
PROYECTO DE INVESTIGACIÓN SOBRE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD SEXUAL DE ADOLESCENTES PARA LA PREVENCIÓN DEL VIH

¹A. Pascual

Asociación de ayuda por el VIH-sida "Amigos"

JUSTIFICACIÓN: ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL

La pandemia del SIDA se ha convertido en uno de los temas de verdadera importancia para el sistema de salud español. La Dirección General de Salud Pública se compromete en sus bases a dirigir sus acciones hacia la prevención y concretamente a los grupos susceptibles de contraer la enfermedad. En la actualidad en España existen alrededor de 110.000-150.000 personas que son seropositivas. Alrededor de 65.000-75.000 personas han desarrollado el SIDA desde el comienzo de la epidemia, y actualmente se estima entre 18.000-22.000 las personas que viven estando diagnosticadas de SIDA. En la Generalitat Valenciana las cifras constatan 6040 casos de SIDA registrados hasta la fecha de hoy. El gabinete de prensa del plan nacional de SIDA expone la existencia actual de más de 30.000 personas que desconocen su situación de seropositiv@. El centro nacional de epidemiología Instituto Nacional de Salud Carlos III en el Informe anual de SIDA en España correspondiente al 2007, señala que de los 1464 nuevos casos de SIDA diagnosticados en ese año, el 50,3% son debidos a transmisión por vía sexual, por lo que se evidencia la gran influencia del SIDA en los hábitos sexuales de los españoles. Es de especial interés la clasificación que se establece conforme a los casos de SIDA por grupos de edad, es decir, a que edades esta siendo diagnosticada la enfermedad². Los dos grupos con mayor incidencia de la enfermedad son el de 40-44 años y de 35-39 años, siendo este último el que mayor número de casos presenta para el año señalado. Presuponiendo que el

¹ Trabajador Social en la asociación Amigos. Master en intervenciones en psicoterapia por la universidad de Salamanca. Master en investigación en Atención Primaria por la universidad Miguel Hernández de Elche. Experto en la elaboración y gestión de proyectos de investigación en el ámbito de la salud por la universidad de Barcelona. En la actualidad trabaja como miembro de equipo en el programa de salud sexual desarrollado en el área de salud 15 apascual347w@cv.gva.es

² Es importante tener en cuenta en este análisis de que el SIDA es un estadio de la infección por VIH por lo que se ha de considerar el tiempo en que puede haber ocurrido la primera infección y la aparición del cuadro sintomatológico correspondiente al SIDA. Nosotros nos planteamos el considerar una década como periodo medio, que se corresponde al periodo que la bibliografía científica mantiene.

primer contacto con el virus fue hace unos diez años, se hace evidente que para este grupo la primera infección ocurrió a los 30-34 años y para el segundo grupo de los 25 hasta los 29 años. Así pues tenemos la constatación demográfica de que las infecciones ocurren con mas frecuencia entre la población joven y frecuentemente mediante la vía de transmisión sexual. Pero todavía es más alarmante que el grupo de 30-34 años sea el tercer intervalo de edad en donde más incide la enfermedad. Si practicamos la resta de la década que se corresponde al periodo desde que transcurre la primera infección y la aparición de los síntomas, podemos presuponer que es a los 20-24 años en la edad en la que se produjo el primer contacto con el VIH. En lo que se refiere a la clasificación según el sexo, podemos señalar que de los 1464 diagnosticados en el 2007, 1143 son hombres y 321 mujeres, lo cual refleja una incidencia mayor al triple en el grupo masculino que en el femenino. Respecto al conocimiento de la condición de seropositivo en el momento del diagnostico, un porcentaje de 60,7% entre aquellas que se infectaron por vía heterosexual y un 55,8% entre los hombres que se infectaron a través de relaciones homosexuales desconocían que eran portadores del VIH, lo cual infiere la elevada prevalencia del virus en la población general. En suma podemos atrevernos en enunciar que las nuevas infecciones se dan en una población mayoritariamente de 20 a 34 años, causadas mayoritariamente por vía sexual y a edad media de 40 años, destacando la existencia de un elevado porcentaje desconocedor de su condición de seropositivo.

METODOLOGIA DE INVESTIGACIÓN

Hipótesis general

La hipótesis conceptual del estudio parte de la actual sexuación del VIH en la población española. La elevada incidencia de la transmisión del virus por vía sexual ha edades tempranas requieren de un conocimiento actualizado sobre la sexualidad de los adolescentes frente al VIH de cara a ofrecer respuestas hacia las necesidades existentes a través de políticas eficientes en materia de promoción de salud

OBJETIVO GENERAL

- Estudiar el comportamiento y actitudes de los adolescentes receptores de una intervención educativa para la promoción de la salud sexual frente al VIH

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Evaluar los resultados obtenidos, para el trienio 2004-2007, de un programa comunitario de educación para la salud sexual en la población adolescente respecto al VIH.

2. Contextualizar los resultados ofrecidos en el estudio de la población a estudio en relación a la sexualidad de los adolescentes españoles y europeos para establecer un perfil de semejanza y/o diferencia.
3. Facilitar un modelo actual sobre el comportamiento sexual del adolescente en relación al VIH para el diseño pertinente de estrategias de innovación educativa en educación sexual.

APLICABILIDAD Y UTILIDAD DE LOS RESULTADOS

1. Diferentes estudios españoles (FIPSE, INE) han estudiado el comportamiento sexual de la población española frente al VIH, no introduciendo en su población a estudio al grupo adolescente, periodo que en el se inicia la configuración del modelo de sexualidad en lo referido a las relaciones sexuales. Nuestra investigación contribuye al conocimiento anteriormente aportado, exponiendo un perfil sobre el grupo y problema citado, no contemplado en los estudios nacionales marco pero de máxima relevancia en el campo de la promoción de la salud sexual.
2. El estudio reflexiona sobre la aplicación del concepto percepción del riesgo y su uso en el diseño y ejecución de acciones preventivas en educación sexual, evaluando los posibles errores y/o sesgos cometidos en la teoría como único agente causante del comportamiento de riesgo del adolescente.
3. El proyecto identifica algunos de esos cambios a la vez que detecta las permanencias negativas a razón de la prescripción cultural del género en mujeres. Su relevancia se hace explícita en el diseño de acciones de promoción de salud sexual adolescente en mujeres y hombres.
4. El estudio demuestra las actitudes ligadas a procesos en la actividad sexual como la negociación en el uso del preservativo, la realización voluntaria del acto sexual, la desprotección en las relaciones sexuales con pareja estable y esporádica y otras más. Es relevante la diferenciación del género en las mismas a efectos de conocer el modelo actual de adolescentes masculinos y femeninos para futuras acciones en salud sexual por género.
5. La medición de la variable estigma y discriminación mantiene dos dimensiones clave. Por un lado expone una visión objetiva de los jóvenes ante procesos distorsionadores de realidad y generadores de comportamientos de riesgo. Por el otro, describe el perfil inclusivo y tolerante de una futura sociedad de valores en convivencia social.
6. Los resultados obtenidos sobre los hábitos sexuales demuestran la frecuencia en los intercambios de riesgo entre jóvenes adolescentes a una futura transmisión por VIH, además de establecer un modelo actual sobre la sexualidad de los mismos.

DISEÑO Y METODOLOGÍA

Diseño y Tipo de estudio. Método

La investigación se corresponde con un estudio observacional de corte descriptivo. La metodología de estudio se articula en el método de encuesta. El fenómeno que se pretende estudiar es el comportamiento sexual de los adolescentes para la prevención del VIH. El problema de salud presentado es la sexuación en la transmisión del VIH en la población citada y la población a estudio son los adolescentes receptores de la intervención educativa.

Población de estudio. Captación y/o selección de los sujetos

La población estudio son los adolescentes de 4º ESO receptores de un programa de educación para la salud procedentes de los institutos de educación secundaria intervenidos. Los criterios de inclusión se han basado en la recepción y evaluación del proceso educativo, siendo los excluyentes los referidos a la no recepción.

Cálculo del tamaño muestral y muestreo

La muestra estudiada se refiere a 755 adolescentes receptores de la intervención educativa. El método de muestreo se corresponde con el muestreo intencional.

Método de recogida de datos

Se utiliza un método de encuesta. El sistema de recogida de datos es de carácter cuantitativo y se articula en un cuestionario estructurado en 5 variables desarrolladas sobre 21 ítems, existiendo 4 variables categóricas y 1 variable numérica. Respecto al sistema de respuestas, el cuestionario está estructurado en 23 preguntas para ser respondidas con "SI, NO y No lo se", las variables categóricas y las preguntas sobre hábitos sexuales están dispuestas para ser contestadas con variables numéricas, con una escala Likert de 0-20

Variables y medición.

Las variables definidas a los efectos contemplados en este estudio son las siguientes:

Información relevante. Información útil en materia de promoción de la salud en relación al VIH-sida. No se limita a los aspectos únicamente educativos sino que se extiende al conocimiento sobre recursos sociales y otros elementos de utilidad

Estigma y discriminación. Se entiende por estigma la atribución de un estereotipo negativo asociada al colectivo de enfermos y/o enfermedad. La discriminación es postulada como la respuesta de rechazo hacia las personas por su condición de enfermos.

La percepción del riesgo es comunicada como la valoración que realizan los adolescentes sobre las prácticas relacionadas con la transmisión por VIH en términos de una hipotética infección.

Actitudes en sexualidad. Son entendidas como las valoraciones en temas de sexualidad que generan comportamiento de seguridad o riesgo ante una posible transmisión por VIH.

Hábitos sexuales. Se entiende por los mismos, aquellos comportamientos desarrollados en el intercambio sexual en el que se produzca un contacto directo con los fluidos transmisores del VIH

Estas variables son medidas en el cuestionario a través de 21 preguntas distribuidas de la siguiente forma: Información relevante. 8 preguntas, Hábitos sexuales. 4 preguntas, Creencias en sexualidad. 3 preguntas, Percepción del riesgo. 2 preguntas, Estigma y discriminación 4 preguntas.

Descripción y definición de la intervención

La intervención de estudio se realiza tras recibir un taller de educación para la salud sexual en VIH-sida. La operativa consiste en solicitar a las personas receptoras que cumplimenten una prueba para medir los resultados adquiridos. Las mismas se separan para guardar la confidencialidad en las respuestas y los educadores prestan apoyo de tipo aclaratorio ante dudas en la comprensión de alguna pregunta, respetando la no inclusión de ningún contenido externo a la pregunta. Las personas que completan el instrumento abandonan la sala sin posibilidad alguna de contaminación en las respuestas de sus pares. Se solicita la voluntariedad de participación en la prueba ofreciendo la posibilidad de no hacerlo. El consentimiento queda recogido.

Descripción y definición del seguimiento de los pacientes

Sobre el seguimiento de los pacientes, se ha establecido un mecanismo basado en la petición, durante los talleres, de la voluntad de participar en una segunda fase del proceso, recogiendo su afirmación como también correo electrónico. La metodología a emplear se articula en el envío de un segundo cuestionario estructurado a la muestra determinada y la evaluación del efecto de la intervención al cambio del tiempo. El equipo de investigación ya trabaja en la elaboración del 2º cuestionario, siguiendo los resultados obtenidos en el programa.

Estrategia de análisis y Gestión informática de los datos

En nuestra estrategia de análisis se ha incorporado una sexta variable definida como "Incompabilidad" extraída para valorar la validez de las respuestas ofrecidas en la

variable de hábitos sexuales. Este sistema funciona guardando la coherencia de las respuestas emitidas por los adolescentes sobre los hábitos sexuales¹. Para el plan de análisis de los datos, se construyó una base en ACCESS en las cuales se iban sistematizando la información obtenida, tras un proceso de codificación y depuración. Se elaboró un protocolo de tabulación de datos, para evitar errores en la codificación de los resultados. Se realizaron reuniones de supervisión entre el equipo de tabulación y el directo de la investigación. Se estableció una agenda de tareas para temporalizar la explotación de datos, realizando varios reajustes en la programación inicial

DISCUSION

Dado la amplitud del informe realizaremos una discusión de la información obtenida continuando con el esquema de variables propuesto en la actuación desarrollada.

INFORMACION RELEVANTE

La utilidad y demanda de una educación sexual es una realidad reflejada en multitud de publicaciones y otros contextos². Diferentes estudios practicados (Aulasida 1999, Tarragona 2003, Toledo 2005, etc.) demuestran la validez de la educación sexual en la capacitación de los jóvenes en diversas cuestiones promotoras de la salud sexual frente al VIH-sida. Los elevados resultados obtenidos (>85%) definen un grupo adolescente con recursos de actuación en caso de posible necesidad referida. Los jóvenes intervenidos saben dónde acudir en el caso de una hipotética transmisión por VIH, dando cuenta del conocimiento sobre el recurso sanitario existente, siendo el médico de atención primaria el profesional de referencia afirmado. Sin embargo debemos considerar que existe un elevado porcentaje de población que desconoce la existencia de algún recurso sanitario en caso de emergencia y /o necesidad, siendo los chicos el grupo de mayor demanda. Sobre el conocimiento de las prácticas de riesgo propuestas, el informe concluye con unos excelentes resultados por encima del 80% de población que responde satisfactoriamente a excepción de las erróneas creencias asociadas al inexistente riesgo de transmisión por el mosquito y/o transfusiones sanguíneas, que forman parte de la mitología del sida. Sin embargo, obtenemos un subgrupo de un 10-15% que emite una respuesta no prosaludable. Las chicas han puntuado por encima en respuestas erróneas y los chicos en respuestas de inseguridad no apreciándose otras diferencias significativas en torno al género. De ello podemos inferir que los adolescentes mantienen un elevado conocimiento sobre

¹ Asumimos una persona que se define como no ejecutante de actividad sexual, no puede responder que afirmativamente a la pregunta sobre si ha usado método preventivo en sus relaciones sexuales para el último año, ya que esta respuesta es incompatible

² Hernán, M y otros; "la salud de los jóvenes" Gaceta Sanitaria 2004; 18 (supl 1) 47-55

las acciones de riesgo con capacidad de una transmisión por VIH, actuando con mayor énfasis en la transmisión de la información para las chicas y en una mayor seguridad para los chicos. En lo que se refiere al conocimiento sobre los fluidos transmisores del VIH, es de sorprender que un 92% de las chicas y algo menos en los chicos, hayan contestado correctamente a esta cuestión, ya que son porcentajes que se corresponden con casi la totalidad de la población intervenida. Podemos entender, que los jóvenes intervenidos conocen cuales son los fluidos transmisores aunque exista un grupo de 5-10% de l@s mism@s que todavía siguen requiriendo de mayor aporte de información al respecto. Para la información referente al ciclo evolutivo de la enfermedad hemos detectado el desconocimiento de la fase asintomática del SIDA, el significado de condición de persona seropositiva y la posibilidad de transmisión del VIH en personas de apariencia sana, indicadores que representan algunos errores que se mantienen en un estilo de vida del adolescente y que configuran un determinante en su salud sexual. La mayoría de los jóvenes intervenidos (>79%) conocen el significado del ciclo de la enfermedad del SIDA y su relevancia en la asunción de patrones de salubridad sexual para la determinación de sus parejas sexuales. Sin embargo obtenemos valores considerables de población intervenida que no ofrece una respuesta que facilita salubridad. Otra cuestión de vital importancia es la referida al conocimiento y uso de la prueba serológica de detección del VIH, aunque existen estudios que demuestran un aumento de solicitud en la población (Barrasa Alicia y otros)¹ Los resultados obtenidos siguen demostrando un amplio conocimiento (>60%) en los adolescentes intervenidos sobre el periodo ventana, aunque observamos la existencia de una considerable diferencia de genero a favor de las chicas y demandante de una actuación especializada para los chicos. Asimismo es preocupante la elevada presencia de respuestas no prosaludables (29-38%) que diagnostican una amplia necesidad presente. Sobre la percepción social de la enfermedad asociada a la creencia de epidemia causante de una tasa de mortalidad española de millones de personas, obtenemos valores de eficacia un tanto superiores a la mitad de la población intervenida masculina y por debajo del 50% en la población femenina, concluyendo que existe un importante sesgo en la población adolescente sobre la percepción social enfermedad en el territorio español. Esta situación se hace más extensa en el colectivo femenino que en el masculino aunque en este ultimo. Por lo tanto podemos inferir un sector importante de la población adolescente (>44%) mantiene una visión errónea de la magnitud y delimitación del fenómeno del sida. Esta

¹ Barrasa Alicia; "Prevalencia de VIH entre las personas de ocho ciudades españolas que se realizan la serología tras exposiciones heterosexuales 1992-2003" Revista Española de Salud Publica 2004, 669-766

actitud puede desencadenar respuestas de tipo estigmatizante y/o discriminatorio (FIPSE 2005), dado el significado social de la enfermedad como rasgo de la población (Góngora 2002).

ESTIGMA Y DISCRIMINACION

Multitud de estudios (AMAS, FIPSE, ESHS) apuntan en diversos indicadores la grave sinergia existente entre VIH-sida y el estigma más discriminación. Contrariamente a lo que puede suceder en la población general, los adolescentes intervenidos en el programa no asocian el VIH-sida únicamente con los seculares grupos estigmatizados por la enfermedad, obteniendo cifras de respuestas superiores al 80% en hombres y 88,6% en mujeres. Desde una perspectiva de genero, podemos observar un 16,4% de respuestas no prosaludables emitidos por los chicos frente al 10,3% dado en las chicas, observándose una mayor necesidad educativa en los primeros para fomentar su seguridad y de información educativa para ellas. El estereotipo de enfermo-marginal con la condición de persona enferma es otra de las creencias presentadas en el ideario adolescente. En este sentido, podemos afirmar que más de la mitad de la población intervenida identifica esta asociación como errónea, presentándose en un 61% de los chicos y un 66,3% de las chicas. Los resultados obtenidos nos plantean una demanda de actuación: alrededor de un 25% de los chicos y 21% de las chicas desconocen que una persona seropositiva mantiene una apariencia común. Este dato unido al 13% de los chicos y 11% de las chicas que continúan creyendo que la persona seropositiva es una persona de apariencia enferma, representan un 32%-38% de población intervenida que requiere de una intervención especializada dirigida al no identificar en personas cotidianas el riesgo de transmisión. En el plano de género, encontramos las constantes necesidades de seguridad para ellos y de información en ellas, observados en los análisis anteriores. En lo que se refiere a la confinación de los enfermos de SIDA en hospitales para toda su vida, hemos obtenido interesantes conclusiones. Una parte importante de la población intervenida (80,3%) emite una respuesta de tolerancia e inclusión hacia las personas afectadas por el SIDA, el cual, es un dato que refleja una futura sociedad más tolerante y de convivencia para el colectivo presentado. Desde una óptica de género podemos concluir con una valoración sobre el sector masculino de mayor necesidad de intervención educativa ante los elevados índices de discriminación y desconocimiento observados (>22%) que posicionan a este grupo con carácter de urgencia en el desarrollo de medidas específicas de educación sexual especializadas. La siguiente cuestión comporta un interrogante referido a la cercanía de una persona con SIDA en el aula y/o trabajo para el receptor de la intervención. Una vez más obtenemos valores que reflejan la

dinámica de una sociedad hacia la convivencia e integración social que se describe en una respuesta positiva para un 73,9% de los hombres y un 78,6% de las mujeres. Estos datos obtenidos presentan una interesante referencia sobre los planteados en similares estudios (INE 2003¹) Desde una perspectiva de género, observamos como sigue siendo el grupo masculino el que requiere de mayores esfuerzos educativos ya que presentan valores superiores de respuesta errónea (24%) frente al género femenino (18%). Por otro lado, los elevados valores de respuestas no contestadas en mujeres (3%) pueden indicar una actitud oculta, que sería interesante descifrar a efectos de futuras intervenciones educativas especializadas.

PERCEPCION DEL RIESGO

La percepción del riesgo del adolescente ha sido otro de los aspectos clave de esta investigación. La teoría apuesta por la baja percepción del mismo para la comprensión del comportamiento promiscuo del adolescente. Nuestro equipo conoce la presencia de esta limitación en la valoración del adolescente sobre su comportamiento, aunque ha mantenido la hipótesis de un posible sobreuso en la justificación del comportamiento sexual, motivado por un posible proceso aculturizador de la actual sociedad del riesgo² En una revisión del concepto de riesgo (Puy 2004) se puede describir la multidimensionalidad del mismo aunque conviene delimitar la presencia de 2 modelos de conceptualización: el riesgo objetivo, derivado de la probabilidad y la observación técnica y el riesgo subjetivo, derivado de las ciencias sociales y de la percepción del peligro de carácter personal. En la actualidad se ha extendido el modelo subjetivo para la justificación única del comportamiento de riesgo del adolescente, por lo que se les preguntó directamente al grupo receptor si creen que sus pares piensan que pueden ser transmitidos por el VIH,³ Casi la mitad de la población intervenida responden afirmativamente a esta cuestión, lo cual es un indicador que refuerza la hipótesis planteada para una revisión de los factores etiológicos del comportamiento no saludable en la población adolescente. Asimismo otros estudios (López de Munain y otros 2007, Herrera Fernández y otras 2005) refleja como la población adolescente es más consciente de una posible transmisión por el VIH que grupos de edades superiores. Desde una perspectiva de género

1 Es importante destacar que esta misma cuestión fue planteada en la encuesta de salud y hábitos sexuales en España (INE 2003), extrayendo la alarmante conclusión de que un tercio de la población no trabajaría o estudiaría con una persona afectada por VIH.

2 Oltra, C.; " *Modernización ecológica y sociedad del riesgo*" Papers 78. 2005 Pág. 133-145

3 Nuestro equipo ha mantenido cierto distanciamiento en el planteamiento de la pregunta al receptor a efectos de no activar los procesos de defensa y poder trabajar una cuestión que implica problemática desde una postura que facilite su manejo. Estos procesos han sido ampliamente descritos en la bibliografía de los procesos de cambio desarrollados mediante el enfoque narrativo. White ,M.; " *Medios narrativos con fines terapéuticos*" Paidós. Barcelona

podemos concluir con que un 53,8% de los hombres y un 46,4% de la población femenina no mantienen una posición que les favorece una percepción de riesgo objetiva sobre la posibilidad de transmisión por el VIH en los adolescentes, siendo este uno de los datos más preocupantes. Según los datos obtenidos se infiere un modelo de percepción del riesgo asociado al comportamiento sexual articulado en una primera preocupación relacionada con el embarazo no deseado seguido de la transmisión por VIH, con una elevada incidencia en hombres y mujeres. Ahora esta observación se plantea desde una distancia preventiva, es decir, cuando se pregunta a la población si se han expuesto, con posibilidad o seguridad, a una práctica de riesgo, los valores se reducen considerablemente, es decir, no son riesgos atribuidos a sus patrones de sexualidad. Aunque debemos de ser cautos en esta última declaración, dado la elevada incidencia de personas que no mantienen relaciones sexuales, o que practican la monogamia, o que utilizan el preservativo y que pueden responder desde una postura defensiva/protectora¹; posiciones que facilitan una respuesta negativa hacia una posible atribución de riesgo. Otra de las cuestiones planteadas en este informe es la percepción de riesgo en el ámbito de la pareja o fuera de ella. Los resultados obtenidos concluyen con que un 48% de la población adolescente son conscientes de la posibilidad de transmisión por el VIH tanto dentro como fuera de la pareja. Esta visión es mayor en chicas que en chicos, aunque la diferencia es mínima. Lo más preocupante al respecto es la obtención de un 25% cuya percepción del problema no es prosaludable bien por una visión errónea o porque se declaran indecisos. En un plano de género, continuamos con las apreciaciones anteriores asociadas a la mayor frecuencia en la respuesta de error para ellas y de inseguridad para ellos. Un dato de interés al respecto, en la encuesta de la comunidad valenciana (2005), se les preguntó, para una población de 16-24 años, sobre cuales son los problemas en los que se debería invertir más recursos, exponiendo al VIH-sida en la segunda categoría, dato que refleja la percepción de la sociedad joven valenciana.

ACTITUDES EN SEXUALIDAD

El contexto cultural actual ha facilitado el desarrollo de actitudes específicas que fomentan la frecuencia del intercambio sexual. Es por ello por lo que una de las variables más interesantes de este estudio tiene que ver con el análisis de estas actitudes en los adolescentes. Asimismo, tras preguntar a los adolescentes intervenidos si mantendrían relaciones sexuales con su pareja sin preservativo, sorprendentemente, y tras recibir todo un programa de educación sexual, obtenemos

1 Las personas solemos responder de forma protectora y negativa ante posibles escenarios que impliquen un riesgo directo a nuestra salud, no porque no somos conocedores del riesgo que implica, sino porque se mantiene una actitud de protección hacia nuestra integridad personal.

un 30% de los chicos y un 14,9% de las chicas responden afirmativamente, datos que superan los resultados obtenidos para la misma cuestión en otros estudios (Callejas Pérez y otros 2005). Estos datos evidencian la enorme predisposición de los chicos hacia una relación sexual de riesgo y el preocupante subgrupo de chicas que secundan esta decisión y que deben ser incluidos de forma preferente en los programas de educación sexual para aumentar la percepción del riesgo ante tales decisiones para fomentar actitudes de autocontrol y competencia personal. Debemos ser conscientes de que, en adolescentes, existe un claro determinante de salud basado en un estilo de sexualidad que fomenta las relaciones sexuales protegidas/desprotegidas con diferentes personas, ante el que se debe dar respuesta y que demanda de programas de educación para la salud más extensos y especializados. Por el contrario algo más de un tercio de los chicos (35%) y de dos tercios de las chicas (63,4%), mantienen una actitud de salubridad ante una petición de riesgo como la formulada. Interesante es la diferencia de 28,4 puntos entre chicas y chicos que definen al grupo femenino como de mayor responsabilidad en su salud sexual y al masculino como de mayor necesidad de una educación sexual más especializada. Otro grupo resultante de análisis es el compuesto por los indeterminados. Obtenemos mayores cuotas de los mismos en el colectivo de los chicos sobre las chicas con una diferencia de 12,3 puntos, aunque debemos considerar que ambos grupos mantienen porcentajes elevados de respuestas en esta categoría, y que representa un grupo que no se posiciona en el estatus de respuesta prosaludable, lo cual preocupa al evaluador. Los resultados obtenidos generan sorpresa aunque esta necesidad ya había sido detectada en la evaluación intermedia del programa de prevención sobre el que se realizó esta investigación. La modificación de actitudes exige un cambio en la valoración de una realidad, condicionada por un sistema de creencias y valores, posiblemente desarrollados durante la vida del receptor. La sola idea de una modificación total para toda la población diana de esta configuración tras un taller de una hora y media encuadrado para toda su vida, es un objetivo poco alcanzable y viable. También somos conscientes de que acciones como las que nos ocupan no son suficientes para promover conductas preventivas en todo los jóvenes (Fernández Costa y otros 1999) aunque si creemos que mejoran el empoderamiento de los receptores. Otra de las actitudes planteadas en este estudio tiene que ver con el uso del preservativo, concretamente con la predisposición en la adquisición del mismo en una farmacia, dado los altos índices de relaciones desprotegidas por la no disposición del mismo (Schering (2004) y (FIPSE 2005). Podemos afirmar que más de la mitad de los chicos y algo más de un tercio de las chicas, mantienen una actitud saludable hacia la adquisición de preservativos en un

establecimiento farmacéutico. Los resultados nos ofrecen una actitud positiva en los chicos y mejorables para las chicas. Asimismo podemos observar como la mitad (51,6%) de las chicas responden afirmativamente a la vergüenza que les produce ir a comprar preservativos a una farmacia en contra de los chicos que ocurre en un 27,5%, ofreciendo una diferencia de 24,1 puntos. Esta actitud definida en las chicas, más el uso extendido de los anticonceptivos orales y la principal preocupación del adolescente al embarazo no deseado, ofrece una configuración vulnerable para las mujeres ante una infección de transmisión sexual dado a la ausencia de un patrón extendido de uso del preservativo. Para el género masculino, no debemos obviar el elevado porcentaje de población que no mantiene una actitud prosaludable y que puede ser uno de los causantes de la realización de una relación sexual desprotegida (López de Munain y otros, 2007). Tampoco desmerece la atención ante los resultados obtenidos sobre los indecisos, sobre en el caso de las chicas que alcanzan el 10,5%. En el género masculino esta proporción alcanza el 7,4%, datos que nos obligan a una insistencia recurrente hacia la promoción de actitudes de uso del preservativo, dado los altos índices de relaciones sexuales desprotegidas debido a la ausencia del mismos, sobretodo en el grupo de jóvenes adultos (FIPSE 2005). En el caso de los chicos aunque ofrece una magnitud inferior al de las chicas, también alcanza cuotas de 34,9% de población con actitudes que no favorecen el comportamiento sexual responsable, el cual es un problema extendido. La actitud que mantiene una persona para solicitar a la pareja el uso del preservativo es una cuestión de gran trascendencia dado al resultado de una relación de riesgo o seguridad. Numerosos estudios exponen a la mujer como más vulnerable ante peticiones de no uso del preservativo y al hombre como menos consciente de las implicaciones del no uso dado a su elevada frecuencia de relaciones sin método preventivo barrera. En la muestra analizada hemos extraído sorprendentes resultados dada la saludable homogeneidad de los datos extraídos que representan una actitud similar conjunta. Asimismo obtenemos una respuesta negativa ante un posible escenario en el que se analiza el rubor que provoca el proponer a la pareja el uso del preservativo, con resultados saludables del 79,6% en los chicos y 86,8% en las chicas, datos que representan gran parte de la totalidad de los adolescentes intervenidos. La personas indefinidas ante esta cuestión no representa un elevado colectivo aunque si que lo es el 17,8% de los chicos y 9,9% de las chicas que no mantienen una actitud de salubridad, grupos que merecen una atención especial en el desarrollo de programas específicos dado que se asemejan a las proporciones de personas que mantiene un habito de comportamiento sexual de riesgo (INE 2003, FIPSE 2004).

HABITOS SEXUALES

La dinámica del comportamiento sexual demanda innovaciones en el desarrollo de estrategias actualizadas de promoción de la salud sexual para adolescentes. Numerosos estudios han contemplado la edad de inicio en las relaciones sexuales completas, sobretodo considerando que las personas que han tenido una relación sexual continúan con una vida sexual activa para toda su vida. (INJUVE 2004) En nuestro estudio podemos llegar a la primera conclusión de que más de la mitad de la población masculina y de la femenina todavía no se han iniciado en las relaciones sexuales completas. Alrededor del 40-50% de la población de 4º de la ESO se ha iniciado en el intercambio sexual, siendo las edades con mayor incidencia, los 15 y 16 años (por orden de incidencia). Es interesante considerar al grupo de 14 años como el tercer grupo de inicio, siendo sus valores muy próximos para el caso de los chicos y algo menos para las chicas, pero en cualquier caso, de especial trascendencia por la precocidad presentada. Desde una perspectiva de género apenas apreciamos diferencias al respecto pudiendo concluir que tanto ellas como ellos se inician a las mismas edades. Sobre una contextualización nacional de este fenómeno podemos observar como este dato continua con el patrón de inicio de 15 o 16 años observado en la juventud española (Injuve 2004, Schering 2005). Respecto al área europea, podemos exponer como los adolescente españoles se inician un año antes que los europeos que puntúan mayoritariamente en 16 años (HBSC 2002), destacando la necesidad de una actualización del estudio internacional dada su antigüedad ya que se ha evidenciado que la población adolescente cursa con una evolución en la precocidad sobre el inicio de las relaciones sexuales. (Injuve 2004) Por lo tanto podemos afirmar que los adolescentes valencianos desarrollan un patrón de sexualidad igual que sus pares nacionales en lo que se refiere al inicio en las relaciones sexuales completas. Dado a la evidencia existente sobre la continuidad en el intercambio sexual una vez su inicio, consideramos relevante evaluar cuantas parejas sexuales han desarrollado en el último año a efectos de observar la presencia de un hábito de multiparidad o no, conclusión de trascendencia. Primeramente se debe destacar que alrededor del 54% de la población intervenida se declara como no ejecutante de una relación sexual completa. A partir de este enunciado, los datos observados de nuestra muestra nos permiten extraer la segunda conclusión, la mayoría de las personas que han mantenido relaciones sexuales completas, han tenido una sola pareja en este último año, siendo más frecuente en chicas (25,45%) que en chicos (21,2%). Esta dinámica es similar a sus pares nacionales y europeos donde se puede observar (HBSC 2002, INJUVE 2004) como el dato de mayor

frecuencia respecto al nº parejas para el último año en una población de 15-17 años ha sido una pareja.

El índice de multiparidad de los adolescentes intervenidos se sitúa en torno al 26,98 % de los chicos y un 16,9% de las chicas, observado el sesgo de género presente en la mayoría de informes similares¹. Este parámetro nos presenta un subgrupo de chicos y chicas de 4º ESO que ya mantiene un patrón de sexualidad activo con un número de parejas considerable a una edad temprana y de importante proyección futura. Este comportamiento es traducido en un 14,7% de los chicos y un 13% de las chicas que ya han tenido 2 o 3 parejas en el último año, observado su referencia europea presente (HBSC 2002) donde el nº de personas que han tenido dos y tres parejas, para un grupo de 15-16 años, es del 22,8%,. Para el panorama nacional (Injuve 2004)² observamos como los adolescentes que se declaran con dos y tres parejas, suman un 24,1%, dinámica también observada en otros estudios (Schering 2002). Por lo tanto podemos concluir que los adolescentes intervenidos señalan la ejecución de menos parejas sexuales planteadas que sus pares nacionales y europeos. Bajo la perspectiva de género, observamos un comportamiento de multiparidad en los chicos por encima de las chicas, aunque sus valores referidos son similares y no se aprecian diferencias significativas hasta la cuarta pareja, por lo cual se puede inferir coherencia y veracidad. Para las categorías de quinta a décima pareja observamos una sustancial diferencia que infunde la presencia del posible sesgo anteriormente referido. La realidad sociosanitaria de la población adolescente requiere de un replanteamiento más profundo de cara a una posible transmisión por VIH en lo que se refiere al uso continuo del preservativo por el elevado número de personas que se han iniciado en una vida sexual activa y que mantienen prácticas de multiparidad y continuidad. Es por ello por lo que nos planteamos la evaluación del uso continuo del preservativo en las relaciones sexuales del último año para ver las prácticas de salubridad desarrolladas concluyendo con que tan solo un 35% de los adolescentes intervenidos han mantenido un uso continuo del preservativo en sus relaciones sexuales. Bajo una perspectiva de género, observamos una diferencia sustancial de los chicos sobre las chicas para el uso del mismo. Este dato mantiene la misma dinámica social observada en otros panoramas descritos donde las chicas son más susceptibles al uso de los métodos anticonceptivos orales y los chicos al preservativo. Preocupante es la presencia de un 25% de chicos y un 15,9% en chicas que no emiten una respuesta de salubridad bien

¹ Este sesgo se desarrolla en una puntuación por parte de los chicos en las preguntas asociadas a su vida sexual, presuntamente como parte del sistema de valores del grupo adolescente, y de una respuesta a la baja para el grupo de las chicas por un fundamento similar al grupo masculino.

² En dicho informe, observamos un dato de interés, existe un grupo de chicas de 15-17 que puntúan con mayor porcentaje (por encima de chicos) en la categoría de 3 parejas sexuales en el último año. Esta categoría decrece con la edad (a mayor edad, disminuye enormemente el porcentaje).

porque no lo utilizan o porque contestan con indecisión. La encuesta de salud de la comunidad valenciana nos ofrecen porcentajes de más de 40% de población que no utiliza el preservativo y que por lo tanto mantiene prácticas de riesgo ante una probable transmisión por VIH. Los estudios nacionales (Schering 2002, 2005) ofrecen valores muy por encima de los observados en esta muestra sobre el uso continuo del preservativo. Otra realidad que corrobora la ausencia de un uso continuo de este método barrera es el creciente aumento de las IVE en nuestra comunidad (Informe IVE.2005) y que tiene su mayor impacto negativo para una población femenina de 20-24 años. Por lo tanto podemos concluir que los adolescentes valencianos no utilizan de forma reiterada el preservativo en sus relaciones con otras personas, lo cual nos ofrece un panorama preocupante de cara a la profilaxis ante el VIH u otros problemas relacionados con su sexualidad. El índice de incompatibilidad ofrecido por los menores intervenidos (14,3% chicos y 8,7% en la chicas) se concluye con un elevado porcentaje de respuestas, sobretodo en chicos, que siembran serias dudas sobre la validez de este margen de datos. La utilización del preservativo en la última relación sexual del adolescente nos refiere un indicador sobre la competencia sexual del mismo. Asimismo podemos concluir con unos valores bajos sobre su uso tanto para hombres (44%) como mujeres, concluyendo con una especial preocupación de cara al colectivo femenino donde hemos obtenido valores de utilización del 35% , dato que expone una reflexiva preocupación. Sobre esta cuestión obtenemos un índice de incompatibilidad del 14,6% en chicos y del 7,7% en chicas, dato que se debe ser tomado en cuenta en la estimación sobre la validez de estos datos. Los datos obtenidos sobre un uso del preservativo referido a la última relación sexual y sobre una utilización reiterada del mismo durante el último año nos ofrece la conclusión de que los adolescentes intervenidos se encuentran sensibilizados sobre el uso del preservativo aunque existe un estrecho margen, del 5% en chicos y de un 4% en chicas, que no mantiene esta medida preventiva de forma reiterada en sus comportamientos sexuales para el último año.