

# TRABAJO FIN DE GRADO

## MODIFICACIÓN DE CONOCIMIENTOS SOBRE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL MEDIANTE INTERVENCIÓN CON EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN ADOLESCENTES



---

Universidad de Valladolid  
Facultad de Medicina

Realizado por LUCÍA COLMENERO GARCÍA  
Tutorizado por DR. FERNANDO MONTIEL CARRERAS,  
DRA. LAURA HERGUEDAS HERGUEDAS  
MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA  
CENTRO DE SALUD RONDILLA I  
CURSO 2022-2023



# ÍNDICE

1.	RESUMEN	4
2.	INTRODUCCIÓN	5
	2.1. Métodos de prevención primaria	6
	2.2. Situación nacional	7
	2.3. Infecciones de Transmisión Sexual más frecuentes	7
	2.4. Justificación	8
3.	OBJETIVOS	8
4.	MATERIAL Y MÉTODOS	9
	4.1. Tipo de estudio	9
	4.2. Población y muestra	9
	4.3. Procedimiento	9
	4.4. Consideraciones legales y éticas	11
5.	RESULTADOS	11
	5.1. Datos sociodemográficos	12
	5.2. Formación previa	13
	5.3. Patrón de conducta sexual en adolescentes	14
	5.4. Análisis descriptivo de los ítems del cuestionario	16
6.	DISCUSIÓN	18
7.	CONCLUSIONES	23
8.	BIBLIOGRAFÍA	24
9.	ANEXOS	28

## 1. RESUMEN

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) son actualmente un problema de salud pública, a causa del aumento progresivo de su incidencia, particularmente en adolescentes debido a la falta de información. Por ello, es conveniente llevar a cabo un programa de educación sanitario por parte de los Equipos de Atención Primaria.

El objetivo principal de este trabajo es describir el nivel de conocimientos y el tipo de actitudes adquiridos por los alumnos de 4º de la ESO respecto a la sexualidad y las ITS, tras una intervención con educación para la salud.

Tras el análisis estadístico, se aprecia en la mayoría de los ítems un aumento estadísticamente significativo en el porcentaje de aciertos, así como una mejoría notable en todas las cuestiones a estudio. Además, se observa que estos usuarios obtienen la mayor parte de información por parte de sus familiares.

Debido al deficiente nivel de conocimientos previo respecto a la sexualidad e ITS, y la mejoría notable posterior, es necesario ofrecer una información y herramientas adecuadas por parte de los equipos sanitarios con el objetivo de que los adolescentes lleven a cabo conductas sexuales seguras y responsables.

- PALABRAS CLAVE: Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), Anticoncepción, Adolescentes, Intervención con Educación para la Salud, Atención Primaria.

## 1. ABSTRACT

Sexually transmitted infections (STIs) are currently a public health problem, due to the progressive increase in their incidence, particularly in adolescents due to the lack of information. Therefore, it is advisable to carry out a health education program by the Primary Care Teams.

The main objective of this work is to describe the level of knowledge and the type of attitudes acquired by 4th ESO students regarding sexuality and STIs, after an intervention with health education.

After the statistical analysis, a statistically significant increase in the percentage of correct answers can be seen in most of the items, as well as a notable improvement in all the questions under study. In addition, it is observed that these users obtain most of the information from their relatives.

Due to the deficient level of previous knowledge regarding sexuality and STIs, and the notable subsequent improvement, it is necessary to offer adequate information and tools by health teams in order for adolescents to carry out safe and responsible sexual behaviors.

- KEY WORDS: Sexually Transmitted Infections (STIs), Contraception, Adolescents, Health Education Intervention, Primary Care.

## 2. INTRODUCCIÓN

Actualmente, las infecciones de transmisión sexual (ITS) son un problema de salud prevalente en España, de importancia creciente, debido al aumento progresivo que está suponiendo su incidencia.<sup>1</sup> Las ITS conllevan numerosas complicaciones asociadas, tanto agudas como crónicas. En su forma aguda, destacamos vaginitis, cervicitis, uretritis, proctitis y úlceras genitales y entre las complicaciones crónicas más graves cabe destacar las artritis reactivas, enfermedad inflamatoria pélvica o infertilidad, suponiendo algunas de ellas un factor etiológico de diversos tipos de cáncer. A mayores, padecer una ITS facilita la transmisión de otras infecciones del mismo carácter, como puede ser el VIH.<sup>2</sup>

Según los datos de la Organización Mundial de la Salud, alrededor de un millón de personas diarias padecen una ITS. Esto supone unos 376 millones de personas anuales infectadas por *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Trichomonas vaginalis* y *Treponema pallidum*.<sup>3</sup> En cuanto a la situación actual en nuestro país, hemos de destacar un notable aumento de la infección gonocócica respecto a Europa.<sup>4</sup>

Cuando hablamos de ITS, estamos ante una serie de patologías, de causa infecciosa diversa, siendo predominante la transmisión sexual desde el punto de vista epidemiológico. No obstante, también es posible el contagio a través de transmisión perinatal o por vía parenteral. Los agentes etiológicos de las ITS tienen como único reservorio al hombre, siendo así la transmisión a través de personas infectadas, y mediante contacto directo. Debido a la posibilidad de existencia de lesiones subclínicas con potencial para la transmisión, el paciente puede presentarse en estadio asintomático, así como con formas clínicas agudas o crónicas.<sup>5</sup>

Es de gran importancia recalcar que los episodios pasados no reflejan una inmunidad, y por ello, la infección previa no exime de reinfección ante una nueva exposición, teniendo mayor incidencia desde la propia pareja en caso de no tratar a ambos.<sup>6</sup>

Las relaciones sexuales a edad más temprana, la promiscuidad, el uso irregular de métodos barrera, de drogas y alcohol, y la posibilidad de sufrir abuso sexual, llevan a una alta tasa de prevalencia de múltiples ITS en la adolescencia y juventud, teniendo estos grupos de edad una mayor susceptibilidad a la infección a causa de una inmadurez del tracto genital.<sup>7</sup> Así pues, dichos comportamientos de riesgo pueden predisponer a enfermedades en el adulto.<sup>8</sup>

Para concluir, es indispensable un acceso asequible a los Servicio de Salud, con el objetivo de prevenir ITS. Asimismo, garantizar confidencialidad, asesorar frente a relaciones sexuales fiables y educar en la prevención/reducción de riesgos y conductas seguras.<sup>9</sup> Gracias a esto, es posible llevar a cabo un cribado, en todos los supuestos en

los que la historia sexual del adolescente lo precise, o ante la existencia de signos o síntomas que pudiesen ser provocados por una ITS<sup>10</sup>, siendo necesaria entonces una revisión anual y la notificación a la pareja en caso de diagnóstico definitivo.<sup>7</sup>

## **2.1. Métodos de prevención primaria**

En primer lugar, se debe comenzar con un proceso de EDUCACIÓN SANITARIA. El U.S. *Preventive Services Task Force* es un panel voluntario e independiente de expertos nacionales en prevención de enfermedades y medicina basada en la evidencia, que trabaja con el objetivo de mejorar la salud de las personas. Asimismo, basándose en las evidencias disponibles en la reducción de las ITS, este considera efectivo brindar consejo de “alta intensidad” a la población en riesgo de sufrir ITS. Lo que se pretende con ello, es disminuir sus conductas de riesgo. En definitiva, al consejo se ha de añadir una mayor investigación, para así conseguir intervenciones útiles.<sup>11</sup>

Del mismo modo, es necesario llevar a cabo un ESTUDIO DE CONTACTOS. Se trata de un proceso por el cual, a partir de un caso índice inicial diagnosticado de una ITS, se debe notificar de su exposición de manera activa a los compañeros sexuales, para que estos sean atendidos, evaluados y tratados por un profesional sanitario. Cuenta con numerosos beneficios clínicos y de salud pública.<sup>10</sup> La notificación de contactos puede realizarse de 3 formas diferentes: “*paciente referral*”, siendo el propio paciente infectado el que notifica; “*provider referral*”, cuando se encarga el profesional sanitario; “*contract referral*”, en aquellos casos en los que pasado un tiempo el paciente no lo ha notificado y debe hacerse cargo el profesional sanitario.<sup>12</sup> Es imprescindible llevar a cabo esta medida con la mayor brevedad posible, ya que la intención es evitar la progresión de la enfermedad en parejas enfermas, o en su defecto, reducir las reinfecciones.<sup>10</sup>

Por otra parte, es fundamental la DETECCIÓN PRECOZ, tanto para la persona infectada, como para el resto de la población, ya que es un problema de salud pública. Cabe la posibilidad de que el paciente aun siendo infeccioso, sea asintomático, o, por lo contrario, sintomático, pudiendo en este caso no buscar una asistencia sanitaria adecuada por miedo social.<sup>13</sup>

Hay que añadir el concepto de VACUNACIÓN, teniendo en cuenta que la prevención de las ITS mediante esta medida está limitada a las vacunas de hepatitis A, B y VPH.<sup>14</sup>

Por último, la VIGILENCIA EPIDEMIOLOGICA. En nuestro país, son de declaración obligatoria desde 2015 la infección gonocócica, sífilis, sífilis congénita, infección por *Chlamydia trachomatis* y linfogranuloma venéreo (siendo estas dos últimas incluidas en la modificación más tardía). En el contexto de estas enfermedades, es necesario una declaración individualizada que recoja un número mínimo de variables establecidas.<sup>15</sup>

## 2.2. Situación nacional

Desde el inicio de la década 2000 en España, se ha apreciado un creciente número en los casos de gonococia, clamidia y sífilis, llegando a duplicarse entre los jóvenes de 15 a 19 años. Es importante recalcar el porcentaje exaltado de casos en menores de 25 años, donde la infección por *Chlamydia trachomatis* es prevalente, sin relevante importancia el linfogranuloma venéreo. Además, la incidencia de ITS en hombres que mantienen relaciones sexuales con personas de su mismo sexo se encuentra en aumento.<sup>16</sup>

Según un estudio realizado por Bloom en el Observatorio de Salud Femenina a través de datos de la Red de Vigilancia Epidemiológica del Instituto de Salud Carlos III y las comunidades autónomas respectivas, en 2019 se diagnosticaron más de 16.304 casos de infecciones de transmisión sexual en mujeres, de los cuales la mayoría por *Chlamydia*.

Con respecto a lo dicho, se observó que el 50% de los casos diagnosticados concordaban con mujeres entre 15 y 24 años.<sup>17</sup>

Concluyendo, y teniendo en cuenta los últimos años de una inesperada pandemia a causa del COVID-19, con sus consiguientes medidas de distanciamiento y limitación de movilidad, se apreció aparentemente en este periodo de tiempo una disminución de la incidencia de ITS. Igualmente, las conductas sexuales de riesgo no han llegado a una desaparición completa, por lo que la incidencia de las ITS sigue en tanto una tendencia ascendente en todos los grupos poblacionales.<sup>18</sup>

## 2.3. Infecciones de Transmisión Sexual más frecuentes

De acuerdo con la modificación comentada anteriormente de las enfermedades sometidas a vigilancia en 2015 y su declaración individualizada obligatoria, hemos de tener en cuenta las siguientes:

- Infección gonocócica: se trata de la segunda ITS bacteriana más prevalente, un problema de salud pública mundial. Su agente etiológico es *Neisseria gonorrhoeae*, el cual predispone a resistencias antibióticas. Es por ello por lo que la opción terapéutica más eficaz son las cefalosporinas.<sup>19</sup>
- Sífilis: es provocada por *Treponema pallidum*, dando lugar a una infección bacteriana sistémica. Se le conoce como “la gran imitadora”, a causa de las múltiples manifestaciones clínicas que imitan otras enfermedades, pudiendo afectar a varios órganos y sistemas. Esto conlleva a un retraso y dificultad en el diagnóstico y tratamiento.<sup>20</sup> Respecto a la sífilis congénita, se transmite de la madre al feto,

provocando manifestaciones clínicas que pueden variar desde un parto prematuro asintomático, a multitud de signos y síntomas, e incluso la muerte fetal.<sup>21</sup>

- Infección por Chlamydia: estamos ante una infección por Chlamydia trachomatis, pudiendo en ocasiones existir coinfección con otros parásitos. Mayoritariamente, la infección es asintomática, existiendo así mayor riesgo de transmisión y con ello, a la aparición de lesiones y secuelas graves futuras.<sup>22</sup>
- Linfogranuloma venéreo: se trata de una enfermedad ulcerosa del área genital, causada por la bacteria Chlamydia trachomatis. Es poco habitual en nuestro medio, y su forma de transmisión es mediante sexo por vía vaginal, oral o anal.<sup>23</sup>

## 2.4. Justificación

Conforme a lo comentado anteriormente, las infecciones de transmisión sexual suponen un problema persistente de importancia mundial, que exige tomar medidas eficaces, por su tendencia ascendente. Es por ello por lo que nos encontramos ante un tema de elevada trascendencia, no solo por su frecuencia, sino por el repercusión social, económica y psíquica que es capaz ocasionar en la población.

En España, los adolescentes constituyen uno de los mayores grupos de población de riesgo a padecer ITS, con motivo de la deficiente de información, los conocimientos erróneos sobre las distintas enfermedades, la mayor actividad sexual temprana y la promiscuidad. Actualmente, corroborado por miembros del grupo de trabajo de VIH e ITS de la Sociedad Española de Infectología Pediátrica (SEIP), los adolescentes forman parte de uno de los pocos grupos de población a nivel mundial en los que no ha sido posible un descenso de casos de VIH.<sup>24</sup>

Por consiguiente, es necesario implementar estrategias de prevención primaria con motivo de fomentar la educación para la salud, teniendo la finalidad de modificar y eliminar comportamientos y actitudes de riesgo que tienen impacto en los determinantes de salud, además de ampliar el conocimiento de las prácticas relacionadas con conductas saludables.

## 3. OBJETIVOS

El **Objetivo Principal** es describir el nivel de conocimientos y el tipo de actitudes adquiridos por los alumnos de 4º de la ESO respecto a la sexualidad y las ITS, tras una intervención con educación para la salud.

Como objetivos secundarios:

- Definir el nivel de conocimientos frente a las ITS, prácticas y comportamientos sexuales de una población escogida previamente a un adecuado programa de educación sanitario.
- Concienciar sobre la importancia de implantar formación educativa de prevención de ITS desde Atención Primaria.

## **4. MATERIAL Y MÉTODOS**

### **4.1. Tipo de estudio**

Se trata de un estudio prospectivo, transversal y cuasi – experimental.

### **4.2. Población y muestra**

Se procede a seleccionar una población objeto de estudio adolescente, la cual se encuentra en etapa de riesgo representativo, relacionada con la edad de inicio y experimentación en cuanto al establecimiento de relaciones sexuales.

Se trata de una población de 81 estudiantes de 4º de la ESO. Para el análisis de este estudio se establece una población  $n \geq 30$ , pues mediante el Teorema Central del Límite, los datos se aproximan a una distribución normal, lo que puede ser muy útil en el análisis estadístico de dicho estudio.

Son incluidos todos aquellos alumnos de edades comprendidas entre 15 y 18 años que se encuentran cursando 4ºESO durante el curso 2022/2023 en el “IES Juan de Juni” de Valladolid. Deciden participar de forma voluntaria, bajo consentimiento informado, previamente firmado por su tutor legal correspondiente en caso de ser menor de edad. Por el contrario, son excluidos de la población a estudio todos aquellos sujetos que niegan su interés en participar en el trabajo, así como los usuarios que no traen consigo firmado el consentimiento informado entregado la semana previa.

### **4.3. Procedimiento**

En el transcurso de los meses marzo y abril, se lleva a cabo en el Centro Educativo Juan de Juni de Valladolid una intervención consistente en la entrega de un cuestionario validado y adaptado (*Anexo 1*), previo y posteriormente a la impartición de la intervención, para poder así comparar los resultados de este, y comprobar la efectividad de la sesión formativa. Dicho cuestionario validado por León-Larios F, Gómez-Baya D y colaboradores (junio 2018), está basado en la bibliografía existente de asunciones mitificadas acerca de salud sexual y reproductiva en jóvenes.<sup>25</sup>

El cuestionario está estructurado en una primera parte que incluye variables sociodemográficas y un segundo apartado sobre el patrón de conducta sexual de los jóvenes, añadiendo algunas preguntas básicas sobre el conocimiento de las ITS. Adicionalmente, cuenta con una tercera parte, formada por 9 ítems de verdadero/falso (codificación dicotómica) sobre anticoncepción, sexualidad e ITS y un cuarto apartado compuesto por 9 ítems, con las respuestas codificadas también de forma dicotómica en verdadero/falso. La escala del cuestionario ofrece buena fiabilidad por consistencia interna y evidencias de validez.

La intervención educativa se lleva a cabo en dos días diferentes, de acuerdo con el tutor responsable de cada grupo, con un total de cuatro clases de 4º de la ESO participantes. Para la preparación de la intervención, se utiliza el libro *“Ni héroes ni sirenas”*, un programa de educación en sexualidad y guía didáctica para sesiones en el aula<sup>26</sup>, utilizado para este tipo de formación en el Servicio de Salud de Castilla y León.

La duración de la sesión es de una hora por clase. Inicialmente se informa de la finalidad del estudio y entrega el primer cuestionario para llevar a cabo una valoración inicial. Seguidamente, se imparte un taller de educación de aproximadamente 15 minutos, con un soporte audiovisual en forma de PowerPoint, siendo esta una metodología práctica. Posteriormente se trabajaba con los alumnos en subgrupos para afianzar conocimientos, preguntar dudas e intervenir de forma directa, facilitando así la discusión. Para finalizar, en un corto período de tiempo de aproximadamente 15 días y con el objetivo de observar los efectos de la intervención sobre la población, se pasa a los alumnos la encuesta que se entrega en la pre-intervención, bajo la supervisión de sus tutores correspondientes.

Para la interpretación y el análisis estadístico se utiliza el programa informático de Microsoft Excel®, donde son recogidos y procesados los datos obtenidos en ambos cuestionarios, cada uno de forma independiente.

Con el objetivo de simplificar los resultados y realizar más tarde un análisis comparativo, se agruparon por un lado las variables sociodemográficas describiendo la existencia o no de homogeneidad. Para su análisis se utilizan la moda (Mo) y mediana (Me) como medidas de tendencia central, y la desviación típica (DT) para estudiar la dispersión de los datos.

Con intención de averiguar la relación estadísticamente significativa y cambios pertinentes entre las diferentes variables cualitativas a estudio antes y después de la intervención, se emplea la prueba Chi cuadrado ( $\alpha=0.05$ , IC 95%), siendo las hipótesis

para este análisis:  $H_0$ : las proporciones o porcentajes se mantienen iguales (no hay cambio tras la intervención educativa) y  $H_1$ : las proporciones o porcentajes son diferentes (sí hay un cambio tras la intervención educativa). En este análisis se utiliza el software R-commander.

Entre las variables a estudio, se encuentran las variables sociodemográficas, tales como la edad en años, el sexo, estructura familiar, ideología o religión, niveles de estudios paternos y maternos, experiencia sexual, orientación sexual y fuente de obtención de información sobre sexualidad y planificación familiar.

Por otro lado, las variables sobre las que se va a realizar la actuación las constituyen el nivel de conocimientos y actitudes previos y posteriores a realización de la sesión educativa respecto a las ITS (agentes causales, complicaciones y síndromes asociados, ITS más frecuentes, signos y síntomas, métodos de prevención, situación actual en España), métodos anticonceptivos (tipos, utilización, pautas a seguir en el tratamiento) y píldora del día después (lugares de dispensación, modo de actuación, efectos secundarios).

#### **4.4. Consideraciones legales y éticas**

Previo a la realización de las intervenciones, se solicita permiso al Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) del Área de Salud Este de Valladolid, adjuntando una Carta de Presentación del trabajo que incluye, de forma breve, información respecto a los participantes, lugar de realización, fechas previstas, la consistencia del proyecto, así como cualquier otra información relacionada considerada relevante. El proyecto es aprobado tanto por el Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) del Área de Salud Este de Valladolid (*Anexo 2*) como por la Gerencia de Atención Primaria Valladolid Este y la Dirección del Centro Educativo "IES Juan de Juni" de Valladolid (*Anexo 3*).

Se garantiza a los participantes el anonimato, voluntariedad y confidencialidad de los datos, siendo todos ellos conscientes de los objetivos y finalidad docente del trabajo. Los cuestionarios aportados son completados previo consentimiento informado, y el manejo de datos tras la cumplimentación de estos se procede de acuerdo a la Ley Orgánica 15/1999 de Diciembre de Protección de Datos de carácter personal (LOPD), con el objetivo de garantizar y proteger el tratamiento de datos privados de cada persona individual, la cual es la única facultada para decidir qué quiere o no llevar a cabo con sus datos personales.<sup>27</sup>

### **5. RESULTADOS**

En los resultados de los apartados 5.1, 5.2 y 5.3 se realiza una descripción de las variables sociodemográficas de la población en las cuales no se ha intervenido.

## 5.1. Datos sociodemográficos

La población de alumnos entre 15 y 18 años pertenecientes a 4º de la ESO del IES Juan de Juni Valladolid, durante el curso 2022/2023 es de 85 estudiantes. 4 alumnos no han sido incluidos, por no entregar a tiempo el consentimiento informado firmado por su tutor legal correspondiente. Esta población que participa en el estudio está compuesta por un 59% (48) de varones y un 41% (33) de mujeres, siendo la mediana de edad 16 años (DE 0,81). La edad de los usuarios queda reflejada en la Figura 1.

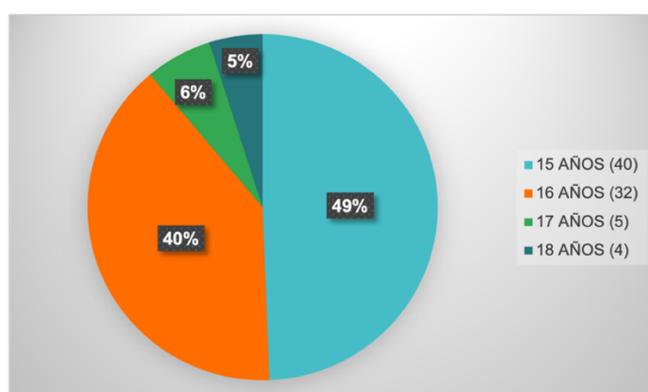


Figura 1. Edad de los participantes del estudio.

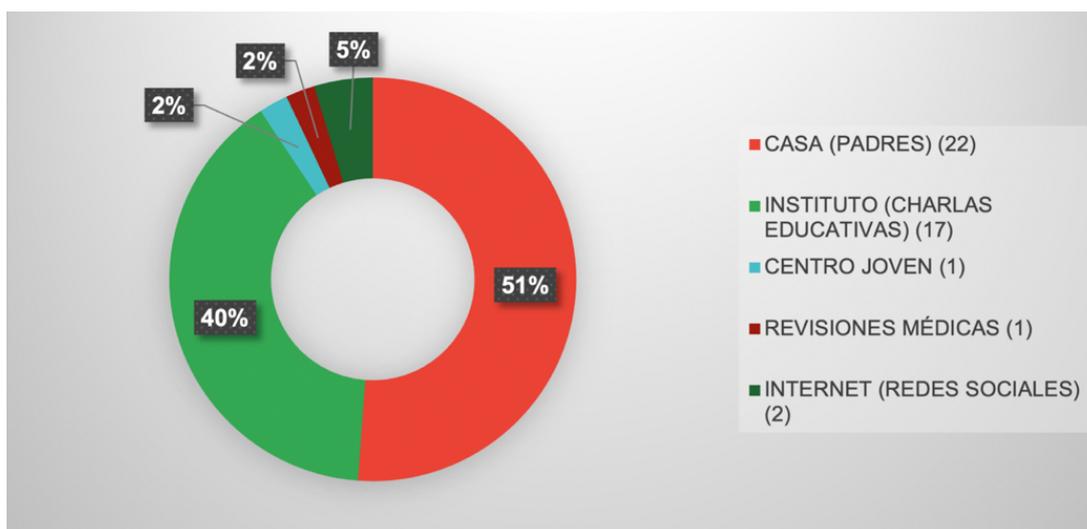
Las características sociodemográficas de la población a estudio se muestran en la tabla 1.

Tabla 1. Características sociodemográficas de la población a estudio.

VARIABLES		TOTAL	
		N	%
<b>Estudios</b>	Ciencias	40	49
	Letras	41	51
<b>Ideología/ religión/ creencias</b>	Ateísmo	23	28
	Católica practicante	11	14
	Católica no practicante	43	53
	Musulmana	1	1
	Otras	3	4
<b>Estructura familiar</b>	Monoparental	4	5
	Padres divorciados/separados	16	20
	Nuclear	57	70
<b>Nivel de estudios materno</b>	Otros	4	5
	Básicos (EGB)	20	35
	Intermedios (ciclos formativos/bachiller)	31	38
<b>Nivel de estudios paterno</b>	Universitarios	30	37
	Básicos (EGB)	27	33
	Intermedios (ciclos formativos/bachiller)	32	40
<b>Orientación sexual</b>	Universitarios	22	27
	Heterosexual	73	90
	Homosexual	0	0
<b>Actualmente pareja</b>	Bisexual	8	10
	Si	22	27
	No	59	73

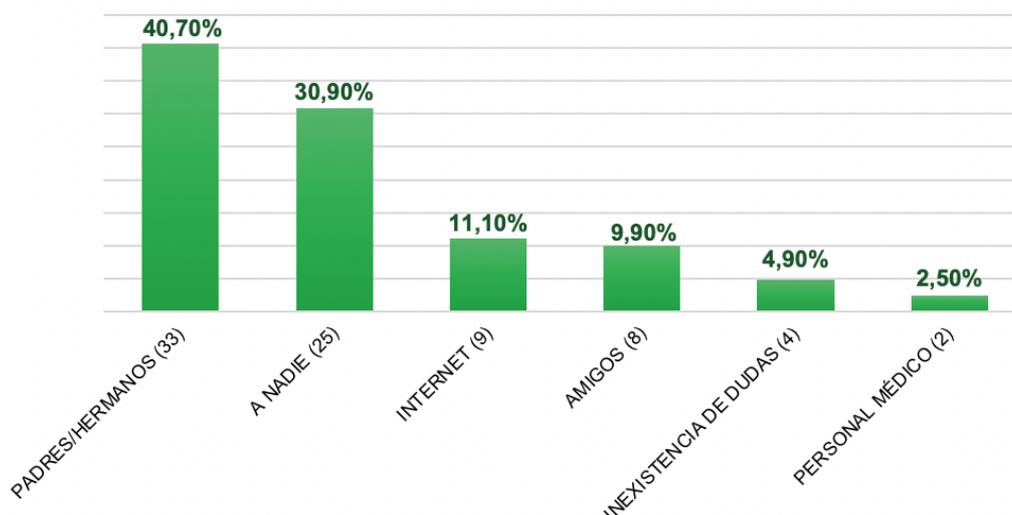
## 5.2. Formación previa

El 53,1% (43) afirma haber realizado alguna formación previa a esta intervención educativa sobre educación sexual y/o planificación familiar. De estos 43 usuarios, el 51% (22) recibe esta información en casa, por parte de sus padres y el resto de los familiares (Figura 2). Casi la otra mitad de la población, un 40% (17), lo hace en los centros escolares mediante intervenciones educativas.



**Figura 2.** Lugares de formación previamente a la intervención educativa sobre educación acerca del sexo y/o planificación familiar.

La vía por la que los usuarios obtienen información en caso de ser necesario resolver sus dudas sobre sexualidad (Figura 3), es principalmente a través de asesoramiento familiar en un 40,7% (33).

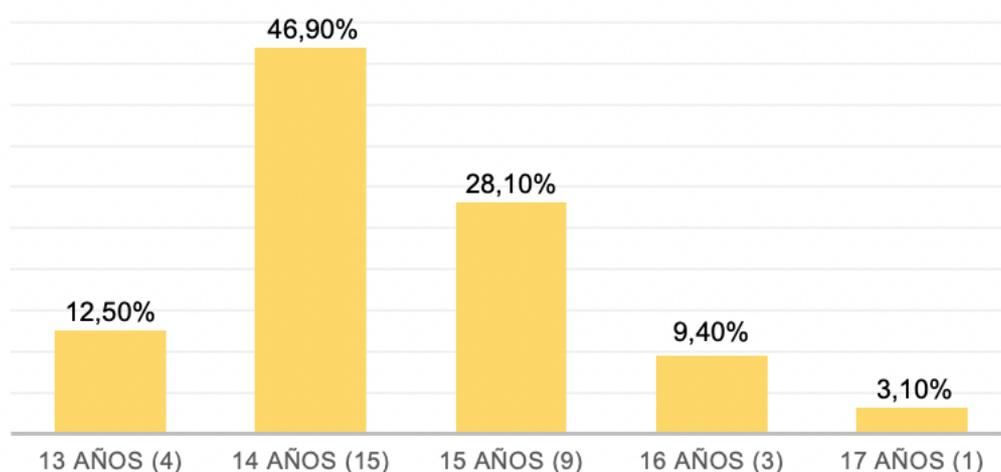


**Figura 3.** Vía informativa de los usuarios sobre sexualidad.

### 5.3. Patrón de conducta sexual en adolescentes

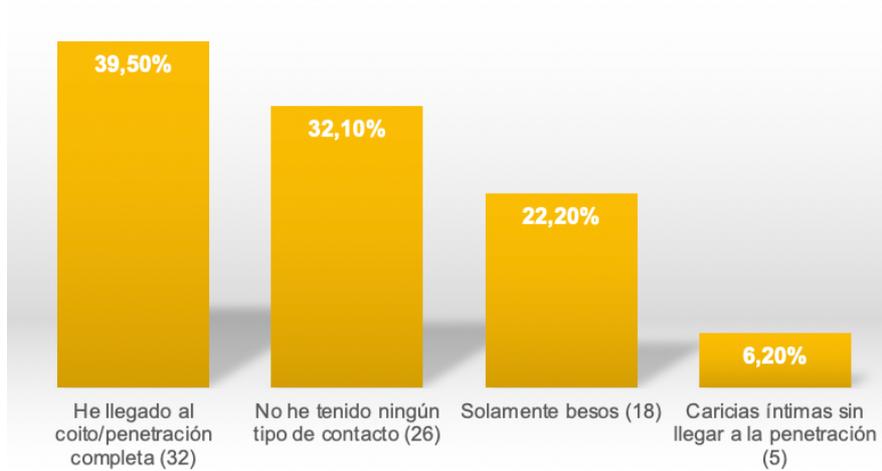
De las personas participantes en el estudio, tan solo un 32,1% (26) refieren no haber tenido ningún tipo de contacto, mientras que el 67,9% (55) restante admite haber tenido relaciones sexuales en mayor o menor medida.

Un 58,2% (32) de aquellos que han mantenido relaciones sexuales corrobora haber llegado al coito/penetración completa, siendo la mediana de edad en la que se ha tenido la primera relación sexual de 14 años (DE 1,07). En cuanto al sexo, la proporción de varones y mujeres en cada rango de edad representada es similar, no existiendo diferencia mayor del 10% entre ambos sexos. Queda representada la edad de la primera relación sexual en la figura 4.



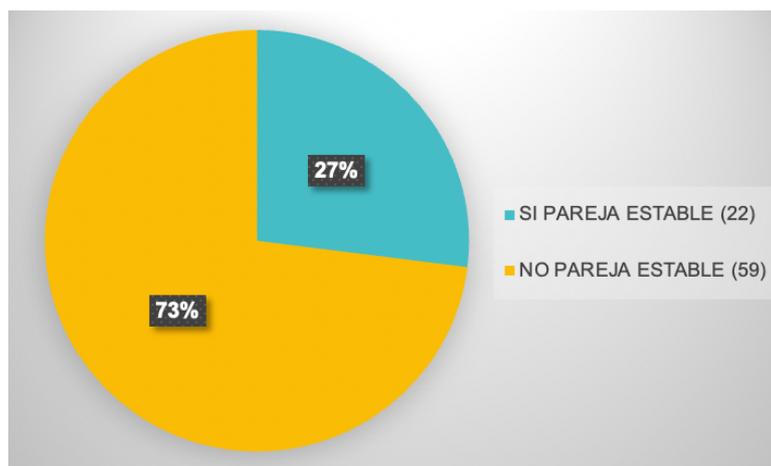
**Figura 4.** Edad de la primera relación sexual en personas que han llegado al coito/penetración completa.

Los datos acerca del grado de intimidad al que han llegado los adolescentes participantes del estudio (Figura 5), reflejan que el 39,5% (32) admite haber establecido relaciones sexuales en algún momento de su vida llegando al coito/penetración completa; 32,1% (26) no refieren haber tenido ningún tipo de contacto. Por otra parte, un 22,2% (18) solamente se ha besado con otra persona, y tanto solo el 6,2% (5) ha realizado caricias íntimas sin llegar a la penetración, siendo esta última cifra significativamente menor. Además, el porcentaje de varones con respecto al de mujeres es relativamente mayor en dos situaciones: “solamente besos”, correspondiendo a un 72,2% (13) de varones y 27,8% (5) de mujeres; y “he llegado al coito/penetración completa”, con un 59,4% (19) de varones con respecto al 40,6% (13) de mujeres.



**Figura 5.** Grado de intimidad al que han llegado los usuarios.

El 27% (22) reconoce mantener una relación sentimental en la época en que se lleva a cabo dicho estudio, de los cuales 68,2% (15) tiene una relación sentimental inferior a un año.

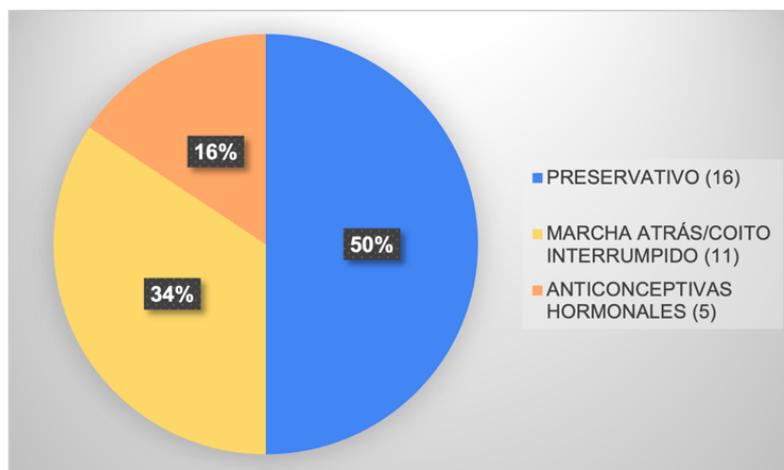


**Figura 6.** Porcentaje de usuarios con/sin pareja estable

De entre la población a estudio, el 90,1% (73) son heterosexuales, mientras que el restante 9,9% (8) se identifican como bisexuales, siendo llamativo el 0% de homosexuales.

Del total de usuarios que han mantenido relaciones sexuales con penetración completa, un 81,3% (26) utilizó algún método anticonceptivo en el transcurso de su primera relación sexual, mientras que el 18,7% (6) no lo hizo. De entre los métodos anticonceptivos más frecuentes, están en primer lugar el preservativo, con una utilidad del 78,1% (25), seguido de la marcha atrás/coito interrumpido, en un 21,9% (7).

En la actualidad, momento en que se lleva a cabo el estudio, el método empleado con más frecuencia aquellos que tienen relaciones sexuales, es el preservativo (Figura 5), siendo un 50% (16) de los adolescentes los que lo emplean, presentando porcentajes más bajos el resto de las opciones.



**Figura 7.** Métodos anticonceptivos empleados.

Entre los usuarios que admiten haber tenido relaciones sexuales con penetración completa, un 62,5% (20) refiere haber sido con su pareja la primera vez. Sin embargo, un 9,4% (3) tuvo su primera relación sexual con un desconocido, y el 28,1% (9) refiere haber sido con otros.

Entre estos participantes, en las sucesivas prácticas sexuales posteriores, un 53% (17) corrobora que nunca ha tenido relaciones sexuales coitales/anales sin protección. Por el contrario, el 44% (14) de los participantes confirman que alguna vez y tan solo el 3% (1) asegura hacerlo siempre sin medidas de protección.

#### **5.4. Análisis descriptivo de los ítems del cuestionario**

En la tabla 2 queda reflejado el porcentaje de aciertos previo y posterior a la intervención, junto a la desviación típica de cada una de las preguntas relacionadas con información básica acerca de las ITS. Así como el p-valor tras Chi cuadrado. La pregunta 2 es la que presenta mayor porcentaje de aciertos, por encima del 96%, mientras que la número 8 presenta más errores (tan sólo un 24,7% de aciertos pre-intervención y un 50,6% post-intervención). Así, la práctica totalidad de la muestra parece saber lo que es una ITS, mientras que muy pocos participantes conocen los métodos de prevención de las ITS.

**Tabla 2.** Porcentaje de aciertos previo y posterior a la intervención educativa acerca de preguntas básicas sobre las ITS.

PREGUNTAS BÁSICAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (Porcentaje de aciertos y desviación típica)					
ÍTEMS	% de aciertos Pre-intervención	Desviación típica	% de aciertos Post-intervención	Desviación típica	p-valor
1. ¿Cuál crees que es la situación actual en nuestro país sobre las ITS en adolescentes?	44,4	0,50	96,3	0,16	< 0,001
2. ¿Qué es una ITS?	96,3	0,19	100	0	0,364
3. ¿Cuáles son los agentes causales de las ITS?	70,4	0,46	90,1	0,30	0,010
4. ¿Cuál NO es una complicación de las ITS?	58	0,49	93,8	0,24	0,002
5. ¿Cuál de los siguientes puede producirse en el contexto de una ITS?	66,7	0,47	90,1	0,30	0,04
6. ¿Cuál no corresponde a una ITS?	46,3	0,50	72,8	0,45	0,069
7. ¿Cuál de los siguientes síntomas puede indicar que se padece una ITS?	75,3	0,43	93,8	0,24	0,226
8. Marque la respuesta incorrecta en cuanto a los métodos de prevención de las ITS	24,7	0,63	50,6	0,50	0,084
9. ¿De qué manera no se puede transmitir una ITS?	67,9	0,47	86,4	0,34	0,220

En la tabla 3 queda reflejado el porcentaje de aciertos y su desviación típica de cada uno de los ítems del cuestionario asociados con los métodos anticonceptivos, tanto antes como después de la intervención. Así como el p-valor tras Chi cuadrado. El ítem 2 es el que presenta mayor porcentaje de aciertos, por encima del 98% en ambos cuestionarios. Así, la práctica totalidad de la población a estudio parece saber que los preservativos no pueden ser reutilizados. Además, todos los ítems presentan un porcentaje de aciertos mayor al 50% en la pre-intervención, que quedan significativamente superados en el cuestionario realizado tras 15 días de la sesión.

**Tabla 3.** Porcentaje de aciertos previo y posterior a la intervención educativa acerca de los métodos anticonceptivos.

PREGUNTAS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS (Porcentaje de aciertos y desviación típica)					
ÍTEMS	% de aciertos Pre-intervención	Desviación típica	% de aciertos Post-intervención	Desviación típica	p-valor
1. La marcha atrás es un método anticonceptivo bastante seguro.	96,1	0,19	95,1	0,22	0,701
2. Si se lava con cuidado podemos utilizar el preservativo varias veces.	98,7	0,11	100	0	0,251
3. Para utilizar anticonceptivos hormonales con objeto de tratamiento pautado se ha de acudir a un centro sanitario.	73,6	0,25	90,1	0,30	0,013
4. Tener relaciones sexuales completas durante la regla es un método seguro para evitar el embarazo.	83,1	0,38	96,3	0,16	0,024
5. Las pastillas anticonceptivas hormonales pautadas son eficaces si se toman antes de cada relación.	66,7	0,47	75,3	0,43	0,173
6. Tomar pastillas anticonceptivas protege frente a las ITS.	83,1	0,38	92,6	0,26	0,088
7. El único método anticonceptivo que protege de las ITS es el preservativo.	74	0,44	92,6	0,26	0,002
8. Todas las mujeres sexualmente activas tienen que hacerse citologías anuales.	80,6	0,40	90,1	0,30	0,059
9. Las ITS son poco frecuentes en nuestra sociedad.	89,6	0,30	98,8	0,11	0,048

En la tabla 4 se identifica el porcentaje de aciertos antes y después de la intervención, junto a la desviación típica de cada uno de los ítems vinculados con la píldora del día después. Así como el p-valor tras Chi cuadrado. Los ítems 1 y 9 presentan una proporción mayor de aciertos, superior al 93% en ambos cuestionarios, por lo que queda reflejado que los estudiantes participantes conocen la función de la píldora del día después, y los síntomas secundarios que provoca. Por el contrario, muy pocos conocen el período de tiempo máximo para tomarla, aunque el porcentaje de aciertos sea mucho mayor en el segundo cuestionario (de 45,9% a 82,7%), sigue siendo el menor acertado.

**Tabla 4.** Porcentaje de aciertos previo y posterior a la intervención educativa acerca de la píldora del día después.

PREGUNTAS PÍLDORA DEL DÍA DESPUÉS (Porcentaje de aciertos y desviación típica)					
ÍTEM	% de aciertos Pre-intervención	Desviación típica	% de aciertos Post-intervención	Desviación típica	p-valor
1. Previene de contraer una ITS.	93,2	0,34	97,5	0,16	0,052
2. Es necesario acudir a un centro sanitario, no la venden libremente en farmacias.	74,7	0,44	83,8	0,37	0,05
3. El tiempo máximo para tomarla es de 24 horas.	45,9	0,50	82,7	0,38	< 0,001
4. Se puede tomar hasta las 72 horas, pero su efecto disminuye cuanto más se retrasa la toma.	81,1	0,39	90,1	0,3	0,021
5. La píldora del día después NO protege del riesgo de embarazo en posteriores relaciones sexuales.	71,2	0,45	84	0,37	0,006
6. Si tomas anticonceptivos orales como tratamiento pautado, tienes que continuar tomándolos de forma habitual, aunque hayas tomado la píldora del día después.	67,6	0,47	85,2	0,36	0,002
7. La píldora del día después no se debe utilizar como método anticonceptivo habitual.	81,1	0,39	91,4	0,28	0,009
8. Pueden utilizarla todas las mujeres a lo largo de la etapa fértil de su vida.	74,6	0,44	93,8	0,24	0,02
9. Pueden aparecer náuseas, dolor de cabeza y desarreglos menstruales tras la toma de la píldora del día después.	93,4	0,25	95,1	0,22	0,460

## 6. DISCUSIÓN

El análisis de los resultados obtenidos en este estudio nos permite explorar el nivel de conocimientos acerca de las ITS y sexualidad en la población estudiada.

El 39,5% del total afirma haber iniciado las relaciones sexuales con penetración de forma precoz. M. Carvajal et al<sup>28</sup> también encontraron que el inicio de las primeras relaciones sexuales con penetración de los adolescentes había ocurrido en mayor porcentaje, un 70% entre los 12-15 años. Sin embargo, la muestra de dicho estudio estaba constituida por adolescentes que provenían de un medio familiar adverso, con situaciones de alcoholismo, divorcio, violencia intrafamiliar, situación socioeconómica desfavorable, etc. En el mismo estudio, se comparó este grupo con situaciones problemáticas con otro grupo de adolescentes que no presentaban medios familiares

aversos, y el porcentaje de usuarios que mantuvieron su primera relación sexual entre 12-15 años fue del 34%, dato que se asemeja a los resultados de nuestro estudio. Aun así, siguen siendo porcentajes muy elevados para edades tan precoces en las que posiblemente no se tiene la información necesaria acerca de los numerosos factores de riesgo e ITS.

Se aprecia que un 62,5% de los participantes de nuestro estudio mantenían una relación de noviazgo con la persona que mantuvieron la primera relación sexual, coincidiendo con la “Encuesta Nacional sobre Sexualidad y Anticoncepción”<sup>29</sup> (en la que también han colaborado la Fundación Española de Contracepción y la Sociedad Española de Concepción), donde el porcentaje fue de 66,5%. De la misma forma, se asemejan los datos en los que no existía relación sentimental, pero sí se conocían previamente, siendo el porcentaje en nuestro caso 28,1%, similar al 23,4% de la encuesta. Estamos de acuerdo con otros autores, como MI Mesa Gallado et al<sup>30</sup>, en que el hecho de que los adolescentes mantengan relaciones sexuales con desconocidos o personas con las que no tienen una relación sentimental establecida favorece el aumento de casos de ITS, pues el riesgo es mayor al no conocer los antecedentes personales o enfermedades previas de esa persona. La afectividad, podemos decir por tanto que es un factor que disminuye el caso de ITS.

Tan sólo el 27% de los encuestados reconoce haber llevado a cabo una una relación sentimental durante la realización de dicho estudio, porcentaje similar al obtenido en la revisión de MI Mesa Gallado et al<sup>30</sup>, en los que un tercio de su estudio tenían pareja o ligue. Se puede concluir así que los adolescentes de ambos estudios no suelen tener en su mayoría pareja estable, convirtiéndolos esto en una población de riesgo, pues existe una mayor posibilidad de mantener relaciones sexuales esporádicas, con personas desconocidas y diversas.

Más de dos tercios de varones (72,2%) declara haberse besado, siendo tan solo un 27,8% de mujeres las que lo han hecho. De la misma forma un 59,4% de varones ha llegado coito/penetración completa frente a un 40,6% de mujeres. Estas diferencias coinciden con otros estudios realizados por Oliva A. et al<sup>31</sup>, pudiendo deberse a la distinta fisiología de ambos sexos.

En nuestro estudio, el porcentaje de adolescentes que corrobora tener relaciones sexuales coitales/anales sin protección es el 53%, mientras que el 44% confirman que alguna vez. De la Cruz Hernández et al.<sup>32</sup> constata en su publicación que esta práctica de riesgo tiende a incrementarse con la edad. Sin embargo, podemos decir que no ha

sido así en el caso de nuestro estudio, pues la edad de la población era de 15 a 18 años, siendo el porcentaje de usuarios que practican relaciones sexuales de riesgo mayor que en la encuesta anterior nombrada (jóvenes de 16 a 25 años).<sup>29</sup> En torno a uno de cuatro jóvenes afirma que no usa el preservativo en todas las ocasiones, lo cual es una cifra notable a tener en cuenta por parte de todos los usuarios, precisándose campañas de formación e información activa lo más precoz posibles con el objetivo de prevenir embarazos no deseados e ITS en adolescentes.

De entre los métodos anticonceptivos más frecuentes, están en primer lugar el preservativo, con una utilidad del 50%, seguido de la marcha atrás/coito interrumpido en un 34% y anticonceptivos hormonales en un 14%. También en la “Encuesta Nacional sobre Sexualidad y Anticoncepción”,<sup>29</sup> el método más utilizado por parte de los jóvenes es el preservativo en un 52%. Sin embargo, los datos acerca del coito interrumpido (4,3%) y el uso de la píldora (22,8%) difieren, debido a que la población de la encuesta es de mayor edad, y por tanto la píldora anticonceptiva es más accesible para ellos. Por lo tanto, estamos de acuerdo con que el coito interrumpido se trata de una práctica que desciende ligeramente con la edad.

La principal razón de no usar siempre métodos anticonceptivos se encuentra en las ocasiones en las que se practica sexo oral, además de confianza o simplemente por creer que no corre peligro.<sup>29</sup> Es por ello, que se considera una situación en la que se requiere de un mayor nivel de conocimiento acerca de estas prácticas por parte de los adolescentes, siendo necesario un manejo adecuado por parte de profesionales sanitarios, ya que las ITS siguen estando presentes en las ocasiones mencionadas en las que no se utiliza el preservativo.

Investigaciones llevadas a cabo por MI. Mesa Gallardo et al<sup>30</sup> señalan que los jóvenes sienten poca preocupación por su salud, sintiéndose invulnerables a cualquier tipo de vivencia de riesgo, además de presentar un interés mínimo por las informaciones negativas y los riesgos que corren llevando a cabo prácticas sexuales de riesgo.

Actualmente, la educación sexual da comienzo a edades más precoces, siendo las escuelas el lugar prioritario donde los alumnos empiezan a obtener información sobre sexualidad y planificación familiar.<sup>33</sup> Sin embargo, aunque los adolescentes de mayor edad siguen llevando a cabo conductas sexuales irresponsables, más de la mitad de los usuarios de nuestro trabajo (53,1%) afirma haber realizado alguna formación previa a esta intervención educativa sobre educación sexual y/o planificación familiar. De esta

población con formación anterior, el 51% recibe esta información en casa, por parte de sus padres y el resto de los familiares. De esta manera, se debe poner de manifiesto la importancia del ámbito familiar en la educación sexual, demostrando nuestro estudio el avance en este aspecto con respecto a décadas previas, en las que tan solo un 12% de adolescentes recibía información por parte de sus padres, predominando internet y las amistades, como concluyó el estudio *“Relaciones afectivas y sexualidad en la adolescencia”* de la Liga Española de la Educación en 2013.<sup>34</sup>

Al comenzar la intervención educativa en el centro escolar, se verifica la existencia de dudas, así como cierta inseguridad por parte de los estudiantes participantes en el estudio para contestar algunas cuestiones relacionadas con la sexualidad. En cuanto a las preguntas básicas sobre ITS, se observa que hay un incremento estadísticamente significativo en el porcentaje de aciertos en varias cuestiones a intervenir. Las cuestiones a las que hacemos referencia y que por tanto tienen una significación estadística, en las que la intervención ha tenido efecto e impacto positivo sobre los adolescentes y su rendimiento, debido a que ha sido efectiva sobre lo que plantean las cuestiones a mencionar, son:

- *“¿Cuál crees que es la situación actual en nuestro país sobre las ITS en adolescentes?”*, ( $p < 0,001$ ).
- *“¿Cuáles son los agentes causales de las ITS?”*, ( $p = 0,010$ ).
- *“¿Cuál no es una complicación de las ITS?”*, ( $p = 0,002$ ).
- *“¿Cuál de los siguientes puede producirse en el contexto de una ITS?”*, ( $p = 0,04$ ).

Sin embargo, existe otro número de cuestiones en las que, aunque se aprecia mejora en el rendimiento, no se refleja un impacto estadísticamente significativo de la intervención, pudiendo ser en estos casos la diferencia observada atribuible al azar. En este caso, el cuestionario no ha tenido efecto para incrementar el conocimiento. El hecho de que no hayan existido cambios valorables estadísticamente en las respuestas puede deberse a que el porcentaje de aciertos previo a la intervención ya era alto, o simplemente porque los alumnos no han entendido esta parte de la sesión. Las preguntas a las que hacemos referencia son:

- *“¿Qué es una ITS?”*.
- *“¿Cuál no corresponde a una ITS?”*.
- *“¿Cuál de los siguientes síntomas puede indicar que se padece una ITS?”*.
- *“Marque la respuesta incorrecta en cuanto a los métodos de prevención de ITS”*.
- *“¿De qué manera no se puede transmitir una ITS?”*.

De forma mayoritaria, se aprecia en nuestro estudio un aumento en el uso correcto de diferentes métodos de protección y anticonceptivos, además de una mejora en el nivel de conocimientos sobre anticoncepción y prevención de las ITS. Las cuestiones en las que se observa un aumento estadísticamente significativo y que, por tanto, la intervención ha sido efectiva sobre la población a estudio hacen referencia a la forma de obtención de las pastillas anticonceptivas hormonales con objeto de tratamiento pautado, los tipos de métodos anticonceptivos seguros para evitar el embarazo, el preservativo como método exclusivo anticonceptivo que ofrece una protección absoluta frente a las ITS y la frecuencia de las ITS en nuestra sociedad. El resto de las cuestiones que fueron abordadas en la intervención siguen siendo útiles a la hora de mejorar el conocimiento en nuestra población a estudio, ya que el porcentaje de aciertos aumenta de forma considerable, y esto nos hace pensar en la importancia y necesidad de estas sesiones educativas, ya que se ha podido observar que los alumnos demostraron posteriormente conocer la responsabilidad en la relación sexual y prevención de ITS en mayor porcentaje. Sin embargo, no son estadísticamente significativas.

En cuanto a la píldora del día después (PDD), se trata de la intervención que más significancia estadística ha tenido, siendo destacable el porcentaje de aciertos previo y posterior a la sesión en relación con el tiempo máximo de toma, prácticamente el doble. Además, otras cuestiones en las que se también existe una diferencia estadísticamente significativa entre las proporciones pre y post sesión son aquellas relacionadas con la venta libre de la PDD, efectividad de la PDD dependiendo de las horas en las que se haya tomado, la no protección del riesgo de embarazo en posteriores relaciones sexuales, la forma en la que interfiere con otras medicaciones, su utilización como método anticonceptivo habitual y tiempo de toma para las mujeres a lo largo de su vida. Es posible una correlación entre el conocimiento sobre la anticoncepción de emergencia y un mayor uso del preservativo, sobre todo en aquellas personas hayan tenido que hacer uso de ella. Por ello, es una razón necesaria de aumentar la información sobre este tema, por el beneficio implicado. En nuestro estudio, más del 90% de la población conocía que no previene de contraer ITS, así como los efectos secundarios que puede ocasionar.

La mayor parte de preguntas, tras el análisis estadístico, presenta un aumento estadísticamente significativo en sus porcentajes de respuestas correctas, por lo que podemos afirmar que la intervención tiene efecto sobre los adolescentes, pues se observa que el nivel de conocimientos antes aplicar la estrategia interventiva era peor

que una vez realizada esta. Así pues, se ha de normalizar la atención que se presta a la salud sexual en el ámbito sanitario, escuela y entorno familiar.

Revisiones llevadas a cabo por Sani (2016)<sup>35</sup> y López (2016)<sup>36</sup> manifiestan que las sesiones educativo – participativas que se imparten en el entorno escolar contribuyen a incrementar la utilización de métodos de prevención del ITS en la población adolescente, concluyendo con la necesidad de más intervenciones.

López (2016) describe el mayor empleo de preservativo, así como del resto de métodos anticonceptivos en las últimas relaciones en aquellos jóvenes participantes de programas educativos basados en sexualidad durante su etapa escolar o universitaria.<sup>36</sup>

En cuanto a las limitaciones del estudio, la deseabilidad social puede suponer un gran problema, ya que el alumnado puede en este caso rellenar el cuestionario según lo que se considere aceptable de forma social en su entorno. Por ello, se ha garantizado el anonimato de los datos obtenidos. Otro punto que tratar es el sesgo de falta respuesta, en caso de que las personas encuestadas decidan no responder a la totalidad del cuestionario por diversas razones. Por último, se ha de tener presente la posibilidad de que se produzca el sesgo de atención o efecto Hawthorne, ya que los participantes del estudio pueden modificar su comportamiento si saben que están siendo observados, suponiendo esto una variación en los resultados del estudio.

Este estudio nos ha permitido evaluar así conocimientos generales sobre prácticas sexuales de riesgo y anticoncepción en adolescentes. Hemos podido explorar los conocimientos de estos usuarios sobre los exámenes de salud requeridos en cuanto a las prácticas sexuales y contraceptivas, así como la detección de leyendas ficticias acerca de prácticas sexuales seguras.

## **7. CONCLUSIONES**

- El nivel de conocimientos del que parten los estudiantes de 4º ESO respecto a la sexualidad y las ITS es deficiente y muy limitado, así como erróneo en algunas cuestiones estudiadas. Además, se aprecia que los adolescentes tienen actitudes sexuales irresponsables y de riesgo.
- Tras llevar a cabo un adecuado programa de educación sanitaria en la población a estudio, se aprecia un aumento significativo en relación con la adopción de actitudes positivas a la hora de llevar a cabo conductas sexuales, una mejora

notable en la adquisición de nuevos conocimientos y actitudes, además de una mayor participación, seguridad y confianza por parte de los adolescentes.

- Desde los Equipos de Atención Primaria es necesario ofrecer una información adecuada, y brindar las herramientas necesarias para que los adolescentes procedan a realizar conductas sexuales seguras y responsables, lo que redundaría en una disminución en la incidencia de ITS a largo plazo.

## 8. BIBLIOGRAFÍA

1. Del Romero J, García-Pérez JN, Espasa-Soley M. Prevention and treatment of sexually transmitted infections in high-risk individuals, including patients with HIV infection. *Enfermedades Infecciosas Microbiología Clínica* (English Ed). 2019 Feb, 37(2), pp. 117-126.
2. López de Munain J. Epidemiology and current control of sexually transmitted infections. The role of STI clinics. *Enfermedades Infecciosas Microbiología Clínica* (English Ed). 2019 Jan, 37(1), pp. 45-49.
3. Rowley J., vander Hoorn S., Korenromp E., Low N., Unemo M., Abu-Raddad L.J., et al. Chlamydia, gonorrhoea, trichomoniasis and syphilis: Global prevalence and incidence estimates, 2016. *Bull World Health Organ.* 2019, 97, pp. 548-562.
4. European Centre for Disease Prevention and Control. Gonorrhoea. En: ECDC, editores. Annual epidemiological report for 2016. Stockholm: ECDC; 2018. Available from: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/gonorrhoea-annual-epidemiological-report-2016>
5. Pattman R, Snow M, Handy P, Sankar KN, Elawad B. Oxford Handbook of genitourinary medicine, HIV, and AIDS. Oxford: Oxford University Press; 2005. Available from: [https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=sTWXAwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT12&ots=6WYc5MID2M&sig=HRCfOsIbPCbEYNACOKG6YdKemTk&redir\\_esc=y#v=onepage&q&f=false](https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=sTWXAwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT12&ots=6WYc5MID2M&sig=HRCfOsIbPCbEYNACOKG6YdKemTk&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false)
6. Díez M, Díaz A. Infecciones de transmisión sexual: epidemiología y control. *Rev Esp Sanid Penit.* 2011, 13(2), pp. 58-66.
7. Sexually transmitted diseases: overview of issues specific to adolescents. Uptodate March 2016. Fortenberry J. Available from: [https://www.uptodate.com/contents/sexually-transmitted-infections-issues-specific-to-adolescents?search=sexually-transmitted-diseases-overview-of-issues-specific-to-adolescents&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/sexually-transmitted-infections-issues-specific-to-adolescents?search=sexually-transmitted-diseases-overview-of-issues-specific-to-adolescents&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1)
8. OMS. Proyecto de Estrategia Mundial del Sector de la Salud contra las Infecciones de Transmisión Sexual para 2016 – 2021. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250253/WHO-RHR-16.09-spa.pdf;sequence=1>

9. Infecciones de transmisión sexual. Diagnóstico, tratamiento, prevención y control. Grupo de trabajo sobre ITS. Madrid. Ministerio de Sanidad. 2011. Available from: <https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/DocITS2011.pdf>
10. Molina JAP, Polo R. Gesida-seimc.org. Available from: [https://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2019/01/gesida\\_DC\\_TAR\\_2019\\_v\\_final.pdf](https://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2019/01/gesida_DC_TAR_2019_v_final.pdf)
11. O'Connor EA, Lin JS, Burda BU, Henderson JT, Walsh ES, Whitlock EP. Behavioral Sexual Risk- Reduction Counseling in Primary Care to Prevent Sexually Transmitted Infections: A Systematic Review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med.* 2014, 161, pp. 874-883.
12. Garcia de Olalla P, Molas E, Barberà MJ, Martín S, Arellano E, Gosch M, Saladie P, Carbonell T, Knobel H, Diez E, Caylà JA. Effectiveness of a pilot partner notification program for new HIV cases in Barcelona, Spain. 2015 Apr 7, 10(4).
13. Redondo Martín S, Morquecho Gil M, Berbel Hernández C, Viña Simón M. Solicitud y realización del test de VIH en atención primaria. Estudio de médicos centinela de Castilla y León. *Gac Sanit.* 2002, 16, pp. 114-20.
14. Workowski KA, Bolan GA; Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015 Jun 5, 64, pp. 1-137.
15. Orden SSI/445/2015, de 9 de marzo, por la que se modifican los anexos I, II y III del Real Decreto 2210/1995, de 28 de diciembre, por el que se crea la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica, relativos a la lista de enfermedades de declaración obligatoria, modalidades de declaración y enfermedades endémicas de ámbito regional. Available from: <https://www.boe.es/eli/es/o/2015/03/09/ssi445>
16. Del Romero J, García-Pérez JN, Espasa-Soley M. Prevención y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual en personas con alto riesgo, incluyendo pacientes infectados por el VIH. *Enfermedades infecciosas microbiología clínica (English Ed).* 2019, 37(2), pp. 117-26.
17. EpData. Evolución de los casos de infecciones de transmisión sexual diagnosticados en mujeres en España. *EpData - La actualidad informativa en datos estadísticos de Europa Press;* 2019. Available from: <https://www.epdata.es/datos/enfermedades-transmision-sexual-espana-graficos/666>
18. Tarín-Vicente EJ, Sendagorta Cudos E, Servera Negre G, Falces Romero I, Ballesteros Martín J, Martín-Gorgojo A, Comunion Artieda A, Salas Marquez C, Herranz Pinto P. Infecciones de transmisión sexual (ITS) durante el estado de alarma por la pandemia de COVID-19 en España [Sexually Transmitted Infections During the First Wave of the COVID-19 Pandemic in Spain]. *Actas Dermosifiliogr.* 2022 Feb, 113(2), pp. 115-122.
19. Barberá MJ, Serra-Pladevall J. Gonococcal infection: An unresolved problem. *Enfermedades Infecciosas Microbiología Clínica (English Ed).* 2019 Aug-Sep, 37(7), pp. 458-466.

20. Tudor ME, Al Aboud AM, Leslie SW, Gossman W. Syphilis. 2022 Nov 28. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan. PMID: 30521201. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30521201/>
21. Hussain SA, Vaidya R. Congenital Syphilis. 2022 Oct 2. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan. PMID: 30725772. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30725772/>
22. Rodrigues R, Sousa C, Vale N. *Chlamydia trachomatis* as a Current Health Problem: Challenges and Opportunities. *Diagnostics (Basel)*. 2022 Jul 25, 12(8), pp. 1795.
23. Rawla P, Thandra KC, Limaiem F. Lymphogranuloma Venereum. 2022 Oct 9. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan. PMID: 30726047. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30726047/>
24. Día Europeo de la Salud Sexual 2022: Los pediatras alertan de que la incidencia de infecciones de transmisión sexual se ha duplicado entre los adolescentes mientras los recursos para abordar la salud sexual son cada vez más limitados [Internet]. Aeped.es. Available from: <https://www.aeped.es/noticias/dia-europeo-salud-sexual-2022-los-pediatras-alertan-que-incidencia-infecciones-transmision-sexual-se>
25. León-Larios F, Gómez-Baya D. Diseño y validación de un cuestionario sobre conocimientos de sexualidad responsable en jóvenes. *Rev Esp Salud Publica* [Internet]. 2018, 92. Available from: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272018000100408](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272018000100408)
26. Rioja Fernández MT. Ni héroes ni sirenas. 1.ª ed. Valladolid, Medina del Campo; 2021.
27. Peña JE, Letrado M, Servicio J, Icom JD. LA LEY ORGANICA DE PROTECCION DE DATOS Y LAS CONSULTAS MEDICAS [Internet]. Fesemi.org. Available from: <https://www.fesemi.org/sites/default/files/documentos/ponencias/xxxii-congreso-semi/23-%20Pena%20Martin.pdf>
28. Carvajal M, Essien J, Rey P, Bardales J. El adolescente, la familia y su educación sexual. *Clin Invest Ginecol Obstet*. 2007, 34(6), pp. 214-9.
29. Sociedad Española de Contracepción. Estudio sobre sexualidad y anticoncepción: jóvenes españoles. Madrid: Colegio Oficial de Médicos de Madrid; Julio 2019. Available from: [https://hosting.sec.es/descargas/Encuesta2019\\_SEXUALIDAD\\_ANTICONCEPCION\\_JOVENES.pdf](https://hosting.sec.es/descargas/Encuesta2019_SEXUALIDAD_ANTICONCEPCION_JOVENES.pdf)
30. Mesa Gallardo MI, Barella Balboa JL, Cobeña Manzorro M. Comportamientos sexuales y uso de preservativos en adolescentes de nuestro entorno [Sexual behaviour and use of condoms by adolescents in our environment]. *Aten Primaria*. 2004 Apr 30, 33(7), pp. 374-80.
31. Oliva A, Serra L, Vallejo R. Patrones de comportamiento sexual y contraceptivo en la adolescencia [Internet]. Personal.us.es. 1997. Available from: <https://personal.us.es/oliva/infanssex.pdf>
32. De la Cruz Hernández Y, Cruz Bello P, Flores Merino MV, Jiménez Vargas D, Martínez Albarrán DMC, de la Cruz Martínez A. Intervención educativa de enfermería para la prevención de conductas sexuales de riesgo en adolescentes. 2022, 15(Supl. 1), pp. 57-64.

33. Ministerio de Sanidad y Consumo. Criterios de calidad para el desarrollo de proyectos y actuaciones de promoción y educación para la salud en el sistema educativo: Guía para las administraciones educativas y sanitarias. 2008. Available from: [https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/saludJovenes/docs/criteriosCalidad2MSC\\_MEC.pdf](https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/saludJovenes/docs/criteriosCalidad2MSC_MEC.pdf)
34. Eresta Plasín MJ, Delpino Goicochea MA, Rivas Pérez C. Relaciones afectivas y sexualidad en la adolescencia. 1ª. Edición. Madrid: Liga Española de la educación; 2013. Available from: [https://www.observatoriodelainfancia.es/ficherosoia/documentos/4113\\_d\\_relaciones-afectivas-y-sexualidad-en-la-adolescencia.pdf](https://www.observatoriodelainfancia.es/ficherosoia/documentos/4113_d_relaciones-afectivas-y-sexualidad-en-la-adolescencia.pdf)
35. Sani AS, Abraham C, Denford S, Ball S. School-based sexual health education interventions to prevent STI/HIV in sub-Saharan Africa: a systematic review and meta-analysis. BMC Public Health. 2016 Oct 10, 16(1), pp. 1069.
36. Lopez LM, Bernholc A, Chen M, Tolley EE. School-based interventions for improving contraceptive use in adolescents. Cochrane Database Syst Rev. 2016 Jun 29, 2016(6).

## 9. ANEXOS

### ANEXO 1

## CUESTIONARIO ALUMNOS 4º ESO IES JUAN DE JUNI VALLADOLID

### “CONOCIMIENTOS SOBRE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y SEXUALIDAD”

- ¿Cuál es tu sexo? Hombre ( ) Mujer ( )
- ¿Qué edad tienes? \_\_\_\_\_ años
- Estudios cursando:
  - a. Ciencias
  - b. Letras
- Ideología/religión/creencias
  - a. Ateísmo
  - b. Católica practicante
  - c. Católica no practicante
  - d. Musulmana
  - e. Otras (especificar):
- Estructura familiar
  - a. Familia monoparental
  - b. Padres divorciados/separados
  - c. Familia nuclear
  - d. Otros (especificar):
- Nivel de estudios materno
  - a. Estudios básicos (EGB)
  - b. Estudios intermedios (ciclos formativos/bachiller)
  - c. Estudios universitarios
- Nivel de estudios paterno
  - a. Estudios básicos (EGB)
  - b. Estudios intermedios (ciclos formativos/bachiller)
  - c. Estudios universitarios
- ¿Has recibido algún tipo de formación sobre sexualidad y/o planificación familiar?  
Si ( ) No ( )
- Dónde (Especificar):
- Si tienes alguna duda sobre sexualidad y/o planificación familiar. ¿A quién recurre?  
Especificar:
- Orientación sexual: Hetero ( ) Homo ( ) Bi ( )
- ¿Tienes actualmente pareja? Si ( ) No ( )
- Duración de la relación en meses \_\_\_\_\_ meses
- En tus relaciones sexuales, ¿a qué grado de intimidad sexual has llegado?
  - a. No he tenido ningún tipo de contacto
  - b. Solamente besos
  - c. Caricias íntimas sin llegar a la penetración
  - d. He llegado al coito/penetración completa
- Edad de la primera relación sexual: \_\_\_\_\_ años

- ¿Con quién tuviste la primera relación sexual?
  - a. Novio/a
  - b. Desconocido/a
  - c. Otros (especificar):
- ¿Usaste algún método anticonceptivo en la primera relación?    Si ( )    No ( )
- ¿Cuál?
  - a. Marcha atrás/coito interrumpido
  - b. Preservativo
  - c. Otros (especificar):
- ¿Qué método utilizas actualmente?
  - a. Marcha atrás/coito interrumpido
  - b. Preservativo
  - c. Anticonceptivos hormonales
  - d. Otro (especificar):
- ¿Has tenido relaciones sexuales coitales/anales sin protección?
  - a. No he tenido nunca relaciones sexuales
  - b. Nunca
  - c. Algunas veces
  - d. Siempre
- ¿Cuál crees que es la situación actual en nuestro país sobre las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) en adolescentes?
  - a. Ha aumentado
  - b. Ha disminuido
  - c. Se mantiene estable
  - d. Los adolescentes no contraen ITS
  - e. No sabe / no contesta
- ¿Qué es una Infección de Transmisión Sexual (ITS)?
  - a. Una enfermedad propia del embarazo
  - b. Una enfermedad tipo cáncer
  - c. Una infección que se transmite por medio de relaciones sexuales (entre otras formas)
  - d. Una infección solamente vaginal producida por hongos
  - e. No sabe / no contesta
- ¿Cuáles son los agentes causales de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)?
  - a. Bacterias y virus
  - b. Hongos
  - c. Parásitos y protozoos
  - d. Todos los anteriores son correctas
  - e. No sabe / no contesta
- ¿Cuál NO es una complicación de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)?
  - a. Esterilidad
  - b. Embarazo extrauterino
  - c. Cáncer genital
  - d. COVID
  - e. No sabe / no contesta

- ¿Cuál de los siguientes puede producirse en contexto de una Infección de Transmisión Sexual (ITS)?
  - a. Síndrome de Down
  - b. Síndrome epiléptico
  - c. Vulvovaginitis
  - d. Diabetes Mellitus
  - e. No sabe / no contesta
- ¿Cuál NO corresponde a una Infección de Transmisión Sexual (ITS)?
  - a. Sífilis
  - b. Herpes genital
  - c. Gonorrea
  - d. Mononucleosis (Enfermedad del beso)
  - e. No sabe / no contesta
- ¿Cuál de los siguientes síntomas puede indicar que se tiene una Infección de Transmisión Sexual (ITS)?
  - a. Ardor al orinar o defecar
  - b. Secreción por la uretra
  - c. Dolor de cabeza
  - d. A y B son correctas
  - e. No sabe / no contesta
- Marque la respuesta INCORRECTA en cuanto a los métodos de prevención de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).
  - a. Tomar pastillas anticonceptivas
  - b. Uso de preservativo
  - c. Vacunación
  - d. Reducir el número de parejas sexuales
  - e. No sabe / no contesta
- ¿De qué manera NO se puede transmitir una Infección de Transmisión Sexual (ITS)?
  - a. Relación sexual vaginal
  - b. Relación sexual oral
  - c. Contacto con la sangre de personas afectadas
  - d. Compartir alimentos o bebidas, abrazos o estornudos
  - e. No sabe / no contesta

Respecto a los siguientes métodos anticonceptivos, contesta lo que consideres verdadero o falso:

- 1.La marcha atrás es un método anticonceptivo bastante seguro. V ( ) F ( )
- 2.Si se lava con cuidado podemos utilizar el preservativo varias veces. V ( ) F ( )
- 3.Para utilizar anticonceptivas hormonales con objetivo de tratamiento pautado se ha de acudir a un centro sanitario. V ( ) F ( )
- 4.Tener relaciones sexuales completas durante la regla es un método seguro para evitar el embarazo. V ( ) F ( )
- 5.Las pastillas anticonceptivas hormonales pautadas son eficaces si se toman antes de cada relación. V ( ) F ( )
- 6.Tomar pastillas anticonceptivas protege frente a las ITS. V ( ) F ( )
- 7.El único método anticonceptivo que protege de las ITS es el preservativo. V ( ) F ( )

8. Todas las mujeres sexualmente activas tienen que hacerse citologías anuales. V( ) F( )  
9. Las ITS son poco frecuentes en nuestra sociedad. V( ) F( )

Respecto a la píldora del día después:

1. Previene de contraer una Infección de Transmisión Sexual (ITS). V( ) F( )
2. Es necesario acudir a un centro sanitario, no la venden libremente en farmacias.  
V( ) F( )
3. El tiempo máximo para tomarla es de 24 horas. V( ) F( )
4. Se puede tomar hasta las 72 horas, pero su efecto disminuye cuanto más se retrasa la toma. V( ) F( )
5. La píldora del día después NO te protege del riesgo de embarazo en posteriores relaciones sexuales. V( ) F( )
6. Si tomas anticonceptivos orales como tratamiento pautado tienes que continuar tomándolos de la forma habitual, aunque hayas tomado la píldora del día después.  
V( ) F( )
7. La píldora del día después no se debe utilizar como método anticonceptivo habitual.  
V( ) F( )
8. Pueden utilizarla todas las mujeres a lo largo de la etapa fértil de su vida. V( ) F( )
9. Pueden aparecer náuseas, dolor de cabeza y desarreglos menstruales tras la toma de la píldora del día después. V( ) F( )

*Este cuestionario es totalmente anónimo.*

---



# MODIFICACIÓN DE CONOCIMIENTOS SOBRE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL MEDIANTE INTERVENCIÓN CON EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN ADOLESCENTES



Autora: **Lucía Colmenero García**  
Tutores: **Dr. Fernando Montiel Carreras, Dra. Laura Herguedas Herguedas**  
Departamento de Medicina, Dermatología y Toxicología  
Facultad de Medicina, Universidad de Valladolid

## INTRODUCCIÓN

Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) son actualmente un problema de salud pública, a causa del aumento progresivo de su incidencia, sobre todo en adolescentes debido a la falta de información. Como consecuencia del impacto social, económico y psíquico, es conveniente llevar a cabo un adecuado programa de educación sanitaria.

## OBJETIVOS

### OBJETIVO PRINCIPAL

- Describir el nivel de conocimientos y el tipo de actitudes adquiridos por los alumnos de 4º ESO respecto a la sexualidad y las ITS, tras una intervención con educación para la salud.

### OBJETIVOS SECUNDARIOS

- Definir el nivel de conocimientos frente a las ITS, prácticas y comportamientos sexuales de una población escogida previamente a un adecuado programa de educación sanitaria.
- Concienciar sobre la importancia de implantar formación educativa de prevención de ITS desde Atención Primaria.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio prospectivo, transversal y cuasi-experimental con una población compuesta por 81 alumnos entre 15 y 18 años de 4º ESO pertenecientes al Centro Educativo Juan de Juni Valladolid durante el curso 2022/2023. Los datos se obtienen tras la cumplimentación de un cuestionario validado previa y posteriormente a una intervención educativa.

Análisis estadístico e interpretación para comparar los resultados mediante el programa Microsoft Excel®. Empleo de la prueba Chi cuadrado ( $\alpha=0.05$ , IC 95%) con el software R-commander para averiguar la relación estadísticamente significativa entre las variables a estudio.

## CONCLUSIONES

- El nivel de conocimientos del que parten los estudiantes de 4º ESO respecto a la sexualidad y las ITS es deficiente y muy limitado, así como erróneo en algunas cuestiones estudiadas. Además, se aprecia que los adolescentes tienen actitudes sexuales irresponsables y de riesgo.
- Tras llevar a cabo un adecuado programa de educación sanitaria en la población a estudio, se aprecia un aumento significativo en relación con la adopción de actitudes positivas a la hora de llevar a cabo conductas sexuales, una mejora notable en la adquisición de nuevos conocimientos y actitudes, además de una mayor participación, seguridad y confianza por parte de los adolescentes.
- Desde los Equipos de Atención Primaria es necesario ofrecer una información adecuada, y brindar las herramientas necesarias para que los adolescentes procedan a realizar conductas sexuales seguras y responsables, lo que redundaría en una disminución en la incidencia de ITS a largo plazo.

Tabla 4. Porcentaje de aciertos previo y posterior a la intervención educativa acerca de la píldora del día después.

PREGUNTAS PÍLDORA DEL DÍA DESPUÉS (Porcentaje de aciertos y desviación típica)					
ÍTEM	% de aciertos Pre-intervención	Desviación típica	% de aciertos Post-intervención	Desviación típica	p-valor
1. Previene de contraer una ITS.	93,2	0,34	97,5	0,16	0,052
2. Es necesario acudir a un centro sanitario, no la venden libremente en farmacias.	74,7	0,44	83,8	0,37	0,05
3. El tiempo mínimo para tomarla es de 24 horas.	45,9	0,50	82,7	0,38	< 0,001
4. Se puede tomar hasta las 72 horas, pero su efecto disminuye cuanto más se retrasa la toma.	81,1	0,39	90,1	0,3	0,021
5. La píldora del día después NO protege del riesgo de embarazo en posteriores relaciones sexuales.	71,2	0,45	84	0,37	0,006
6. Si tomas anticonceptivos orales como tratamiento pausado, tienes que continuar tomándolos de forma habitual, aunque hayas tomado la píldora del día después.	67,6	0,47	85,2	0,36	0,002
7. La píldora del día después no se debe utilizar como método anticonceptivo habitual.	81,1	0,39	91,4	0,28	0,009
8. Pueden utilizarla todas las mujeres a lo largo de la etapa fértil de su vida.	74,6	0,44	93,8	0,24	0,02
9. Pueden aparecer náuseas, dolor de cabeza y desarreglos menstruales tras la toma de la píldora del día después.	93,4	0,25	95,1	0,22	0,460

## RESULTADOS

- El 53,1% afirma haber realizado formación previa sobre educación sexual y/o planificación sexual, mayoritariamente en casa.
- Un 76,9% admite haber tenido relaciones sexuales en mayor o menor medida.
- De los usuarios que han mantenido relaciones sexuales, un 58,2% corrobora haber llegado al coito/penetración completa.

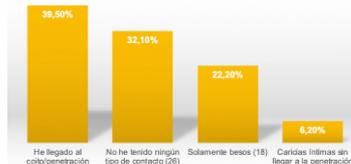


Figura 5. Grado de intimidad al que han llegado los usuarios.

- La mediana de edad en la que se ha tenido la primera relación sexual es de 14 años (46,9%).
- Del total de usuarios que han mantenido relaciones sexuales con penetración completa, un 81,3% utilizó método anticonceptivo en su primera relación sexual.
- Actualmente, el método anticonceptivo más utilizado es el preservativo, en un 50%.

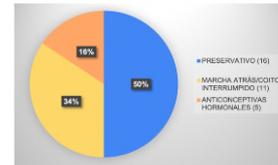


Figura 7. Métodos anticonceptivos empleados.

- Entre los adolescentes que admiten haber tenido relaciones sexuales con penetración completa, un 62,5% refiere haber sido con su pareja la primera vez, y el 44% confirma haberlo hecho sin protección alguna vez en prácticas sucesivas.

## ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS ÍTEMS DEL CUESTIONARIO

Tabla 2. Porcentaje de aciertos previo y posterior a la intervención educativa acerca de preguntas básicas sobre las ITS.

PREGUNTAS BÁSICAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (Porcentaje de aciertos y desviación típica)					
ÍTEM	% de aciertos Pre-intervención	Desviación típica	% de aciertos Post-intervención	Desviación típica	p-valor
1. ¿Cuál crees que es la situación actual en nuestro país sobre las ITS en adolescentes?	44,4	0,50	96,3	0,16	< 0,001
2. ¿Qué es una ITS?	96,3	0,19	100	0	0,364
3. Cuidas con los agentes causales de las ITS?	70,4	0,46	90,1	0,30	0,010
4. ¿Cuál NO es una complicación de las ITS?	58	0,49	93,8	0,24	0,002
5. ¿Cuál de los siguientes puede producirse en el contexto de una ITS?	66,7	0,47	90,1	0,30	0,04
6. ¿Cuál no corresponde a una ITS?	46,3	0,50	72,8	0,45	0,069
7. ¿Cuál de los siguientes síntomas puede indicar que se padece una ITS?	75,3	0,43	93,8	0,24	0,226
8. Marque la respuesta incorrecta en cuanto a los métodos de prevención de las ITS.	24,7	0,63	50,6	0,50	0,084
9. ¿De qué manera no se puede transmitir una ITS?	67,9	0,47	86,4	0,34	0,220

Tabla 3. Porcentaje de aciertos previo y posterior a la intervención educativa acerca de los métodos anticonceptivos.

PREGUNTAS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS (Porcentaje de aciertos y desviación típica)					
ÍTEM	% de aciertos Pre-intervención	Desviación típica	% de aciertos Post-intervención	Desviación típica	p-valor
1. La marcha atrás es un método anticonceptivo bastante seguro.	96,1	0,19	95,1	0,22	0,701
2. Si se lleva con cuidado podemos utilizar el preservativo varias veces.	98,7	0,11	100	0	0,251
3. Para utilizar anticonceptivos hormonales con objeto de retrasar o pausar se ha de acudir a un centro sanitario.	73,6	0,25	90,1	0,30	0,013
4. Tener relaciones sexuales completas durante la regla es un método seguro para evitar el embarazo.	83,1	0,38	96,3	0,16	0,024
5. Las pastillas anticonceptivas hormonales pautadas son eficaces si se toman antes de cada relación.	66,7	0,47	75,3	0,43	0,173
6. Tomar pastillas anticonceptivas protege frente a las ITS.	83,1	0,38	92,6	0,26	0,088
7. El único método anticonceptivo que protege de las ITS es el preservativo.	74	0,44	92,6	0,26	0,002
8. Todas las mujeres sexualmente activas tienen que hacerse citologías anuales.	80,6	0,40	90,1	0,30	0,059
9. Las ITS son poco frecuentes en nuestra sociedad.	89,6	0,30	98,8	0,11	0,048