



**Universidad de Navarra**

Facultad de Medicina

**DETERMINANTES DE LOS  
ESTILOS DE VIDA Y LAS OPINIONES  
DE LOS JÓVENES ESPAÑOLES SOBRE  
AFECTIVIDAD, AMOR Y SEXUALIDAD**

**Tesis doctoral**

**MARÍA CALATRAVA MARTÍNEZ**

**Pamplona, 2010**



Este trabajo ha sido financiado por el Instituto de Ciencias para la Familia (ICF) de la Universidad de Navarra (código:23017207) y por el Departamento de Salud del Gobierno de Navarra (nº 2007/24).





Universidad de Navarra Facultad de Medicina  
Medicina Preventiva y Salud Pública

D. JOKIN DE IRALA ESTÉVEZ, Profesor Agregado de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra

HAGO CONSTAR QUE:

Dña. María Calatrava Martínez ha realizado bajo mi dirección el presente trabajo, titulado “**Determinantes de los estilos de vida y las opiniones de los jóvenes españoles sobre afectividad, amor y sexualidad**”, que constituye la memoria para optar al grado de Doctor.

Revisado dicho trabajo, quedo conforme en su presentación para ser juzgado por el Tribunal correspondiente

Fdo. Dr. D. Jokin de Irala Estévez

Pamplona, 2010



***A mi marido Jon***

***A mis hijos Xabi, Mar y Jontxu***



# AGRADECIMIENTOS

Quiero dar las gracias a todas las personas que han hecho posible, de una manera u otra, este trabajo.

En primer lugar, a la Universidad de Navarra, que me lo ha dado todo: la formación, el deseo de buscar la verdad en mi ámbito profesional y de querer servir a los demás con ella. Y, en especial, a la Asociación de Amigos de la Universidad de Navarra, por haberme dado la ayuda económica que necesitaba para formarme como investigadora.

A las entidades que han colaborado subvencionando este proyecto: el Instituto de Ciencias para la Familia y el Gobierno de Navarra. Sin su ayuda económica, no habiéramos podido llevar a cabo este estudio. Quiero agradecer su participación a todos los jóvenes que han colaborado en él. Sin ellos, este proyecto tampoco hubiera sido posible.

Al Dr. Miguel Ángel Martínez, director del departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad de Navarra. A quien tanto admiro profesional y humanamente. Su dedicación a los alumnos de la Facultad y a todos los que trabajamos junto a él me ha enseñado que primero son las personas y después las publicaciones. Quiero agradecer especialmente a Carmen y a Karla sus ánimos durante los cafés de las once, y a Juanjo y a Carlos su importante apoyo en esta recta final. Y a todos los demás miembros del departamento, que ya desde el primer día me hicieron sentir parte de él y que han compartido conmigo los buenos y malos momentos de la realización de esta tesis.

A mi compañera y amiga Cristina. Ella me ha enseñado con su ejemplo que merece la pena trabajar por causas que parecen imposibles. Con frecuencia, he tenido que acudir a ella para resolver mis dudas sobre epidemiología y SPSS. Le agradezco que siempre me haya escuchado con atención, dándome soluciones prácticas y enseñándome a desafiar a la estadística.

A mi compañera y amiga Silvia. Sus palabras de aliento siempre llegaban en el mejor momento. Agradezco a su marido Gabi el tiempo que ha empleado y los consejos que me ha dado para maquetar esta tesis.

A Alfonso, por su inestimable ayuda. Quiero agradecerle especialmente todo el esfuerzo que ha puesto en revisarme este trabajo con espíritu constructivo. Sus comentarios y consejos han llenado esta tesis de ideas geniales. De él he intentado aprenderlo todo. Entre otras cosas, la importancia de ir al fondo de las cuestiones, no ir más allá de lo que los datos muestran y saber transmitirlos con rigor científico.

A Jokin, mi director de tesis. Por la oportunidad que me dio de poder formarme con él dentro de un prestigioso equipo. La confianza que depositó en mí desde el primer momento se fue transformando poco a poco en una fuerte exigencia, unida a una interminable paciencia conmigo. De no ser por la atención que recibí de él cuando más lo necesitaba, hubiera dejado todo esto. Con su frase “vamos por buen camino” ha logrado mantener mi ilusión hasta el final.

A Francisco Altarejos, mi maestro durante los años de carrera. Él, sin saberlo, ha contribuido de una manera fundamental a que yo realizase esta tesis. Y a Gerardo Aguado, uno de mis profesores más queridos, quien siempre me animó a seguir formándome para poder dar lo mejor de mí en mi trabajo profesional.

A mis alumnas y a mis compañeras del colegio Irabia que han vivido intensamente el final de mi tesis. También a aquellos que vieron mi esfuerzo y dedicación como algo inútil o sin sentido, en vano o insuficiente. Ellos también me ayudaron a superarme sin buscar honores ni éxitos profesionales.

A mis padres, por el ejemplo que siempre me han dado. Ellos me han mostrado con su vida el valor que tiene el trabajo bien hecho.

A mis hijos Xabi, Mar y Jontxu, que son la alegría de mi vida. Esta tesis la emprendí por muchas razones, pero las más importantes fueron ellos.

Por último, quiero expresar un agradecimiento muy especial a mi marido Jon, por no haber dejado nunca de animarme, de confiar en mí y de sentir admiración por aquello que hacía. Él sabe que esta tesis también es suya.

# INDICE

<b>1. INTRODUCCIÓN</b> .....	1
1.1. LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL: UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA .....	3
1.1.1. Epidemiología descriptiva de las ITS.....	3
1.1.2. Algunos factores de riesgo de las ITS: las conductas sexuales de riesgo.....	6
1.2. LA ACTIVIDAD SEXUAL JUVENIL.....	8
1.2.1. Algunos riesgos y consecuencias de la actividad sexual juvenil	8
1.2.2. La necesidad de un enfoque socio-ecológico en el estudio de la actividad sexual juvenil .....	9
1.3. LA PREVENCIÓN DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN LOS JÓVENES.....	12
1.3.1. El consenso internacional 2004 publicado en The Lancet .....	12
1.3.2. La importancia de retrasar el inicio de las relaciones sexuales en los jóvenes.....	13
1.3.3. Promoción del uso del preservativo a toda la población: limitaciones de este enfoque .....	14
1.4. UNA EDUCACIÓN SEXUAL INTEGRAL.....	17
1.4.1. Un concepto basado en una antropología “personalista” .....	17
1.4.2. La educación de la afectividad .....	18
1.4.3. Familia, escuela y contexto socio-cultural .....	19
<b>2. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS</b> .....	25
<b>3. MÉTODOS</b> .....	30
3.1. DISEÑO DEL ESTUDIO .....	31
3.2. SELECCIÓN DE LA MUESTRA .....	36
3.2.1. Criterios de inclusión .....	36
3.2.2. Criterios de exclusión .....	36
3.2.3. Estimación del tamaño muestral.....	36

3.3.	IMPLEMENTACIÓN DE LOS CUESTIONARIOS .....	37
3.4.	ANÁLISIS ESTADÍSTICO .....	38
3.4.1.	Base de datos.....	38
3.4.2.	Análisis estadísticos utilizados .....	40
3.4.3.	Recodificación de variables.....	40
3.4.4.	Análisis multivariable de regresión logística .....	47
<b>4.</b>	<b>RESULTADOS .....</b>	<b>49</b>
4.1.	CUESTIONARIOS ANALIZADOS.....	51
4.2.	CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA .....	51
4.2.1.	Características sociodemográficas.....	51
4.2.2.	Características familiares .....	52
4.2.3.	Rendimiento académico y educación afectivo-sexual en la escuela .....	56
4.2.4.	Amigos y relaciones sociales.....	57
4.2.5.	Las actividades de ocio o aficiones .....	58
4.2.6.	Algunas características personales .....	62
4.3.	CONOCIMIENTO SOBRE LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE ITS	63
4.3.1.	Las fuentes de información sobre sexualidad.....	63
4.3.2.	Conocimiento del riesgo de embarazo y de ITS en las relaciones sexuales con preservativo.....	65
4.3.3.	Conocimiento de los riesgos de tener múltiples parejas sexuales .....	68
4.4.	LA ACTIVIDAD SEXUAL JUVENIL: RAZONES Y ARREPENTIMIENTO .....	69
4.4.1.	Iniciación sexual .....	70
4.4.2.	Razones por las que comienzan a tener relaciones sexuales..	74
4.4.3.	Razones por las que no han tenido aún relaciones sexuales....	76
4.4.4.	El uso del preservativo en la primera relación sexual.....	77
4.4.5.	Los sentimientos de decepción y arrepentimiento en las primeras relaciones sexuales.....	77
4.4.6.	Las infecciones de transmisión sexual .....	80

4.5.	OPINIONES DE LOS JÓVENES SOBRE SEXUALIDAD Y ACTITUD FRENTE AL ABORTO.....	80
4.5.1.	Las opiniones de los jóvenes sobre sexualidad.....	80
4.5.2.	La opinión de los jóvenes sobre el aborto .....	82
4.6.	MENSAJES Y OPINIONES DEL ENTORNO SOCIAL .....	88
4.6.1.	Los mensajes que transmiten los padres, los profesores y los medios de comunicación social .....	88
4.6.2.	Los mensajes del entorno social sobre las relaciones sexuales .....	89
4.7.	VARIABLES ASOCIADAS A ALGUNOS CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y CONDUCTAS SEXUALES DE RIESGO EN LOS JÓVENES .....	91
4.7.1.	Variables asociadas a creer que el preservativo protege completamente frente al VIH .....	91
4.7.2.	Variables asociadas a tener actividad sexual juvenil.....	91
4.7.3.	Variables asociadas a tener sentimientos de decepción o arrepentimiento frente a la primera relación sexual.....	93
4.7.4.	Variables asociadas a tener una actitud favorable al aborto .....	94
<b>5.</b>	<b>DISCUSIÓN.....</b>	<b>95</b>
<b>6.</b>	<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>125</b>
<b>7.</b>	<b>RECOMENDACIONES FINALES .....</b>	<b>131</b>
<b>8.</b>	<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>135</b>
<b>9.</b>	<b>ANEXOS.....</b>	<b>161</b>
	ANEXO 1: Cuestionario ad-hoc implementado.	
	ANEXO 2: Autorización del Comité de Ética.	
	ANEXO 3: Carta de invitación a participar en el estudio dirigida a los jóvenes	
	ANEXO 4: Mensaje dirigido a los jóvenes al finalizar la encuesta.	
	ANEXO 5: Artículo publicado en la revista científica BMC Public Health <i>“Relationships, love and sexuality: what the Filipino teens think and feel”.</i>	

# TABLAS

<b>Tabla 3.1.</b>	Principales características metodológicas del estudio .....	35
<b>Tabla 4.1.</b>	Características sociodemográficas de los jóvenes de la muestra .....	52
<b>Tabla 4.2.</b>	Proporción de varones y mujeres que refieren dar bastante o mucha importancia a la opinión de sus padres sobre los siguientes temas .....	54
<b>Tabla 4.3.</b>	Proporción de varones y mujeres que refieren haber hablado con sus padres sobre los siguientes temas con bastante o mucha frecuencia .....	55
<b>Tabla 4.4.</b>	Proporción de jóvenes que han manifestado querer hablar más con sus padres sobre los siguientes temas.....	56
<b>Tabla 4.5.</b>	Proporción de jóvenes que refieren que les han explicado bastante o mucho en la escuela los siguientes temas en comparación con los que manifiestan querer saber más sobre ellos.....	57
<b>Tabla 4.6.</b>	Proporción de varones y mujeres que refieren dar bastante o mucha importancia a la opinión de sus amigos sobre los siguientes temas .....	58
<b>Tabla 4.7.</b>	Proporción de jóvenes que refieren dar bastante o mucha importancia a la opinión de sus padres y amigos sobre los siguientes temas .....	59
<b>Tabla 4.8.</b>	Proporción de varones y mujeres que refieren realizar las siguientes actividades de ocio, al menos, una vez a la semana .....	60
<b>Tabla 4.9.</b>	Proporción de jóvenes que refieren no haber realizado nunca las siguientes actividades de ocio .....	60
<b>Tabla 4.10.</b>	Características de los jóvenes según el dinero que gastan semanalmente.....	61
<b>Tabla 4.11.</b>	Proporción de varones y mujeres que refieren acudir casi siempre o siempre a las diferentes fuentes para obtener información sobre temas de amor y sexualidad.....	64
<b>Tabla 4.12.</b>	Proporción de jóvenes que refieren consultar casi siempre o siempre las diferentes fuentes de información en comparación con los que la prefieren para informarse .....	65

<b>Tabla 4.13.</b>	Proporción de jóvenes que creen que el riesgo de embarazo y de infecciones de transmisión sexual en las relaciones sexuales con preservativo es nulo o no saben ...	66
<b>Tabla 4.14.</b>	Características de los jóvenes que creen que el preservativo protege completamente frente al VIH (análisis univariantes).....	67
<b>Tabla 4.15.</b>	Conocimiento que tienen los jóvenes sobre los riesgos de tener múltiples parejas sexuales.....	69
<b>Tabla 4.16A.</b>	Iniciación sexual de los jóvenes según diversas características (análisis univariantes).....	73
<b>Tabla 4.16B.</b>	Iniciación sexual de los jóvenes según diversas características (análisis univariantes).....	74
<b>Tabla 4.17.</b>	Proporción de varones y mujeres que han referido las siguientes razones por las que tuvieron su primera relación sexual.....	75
<b>Tabla 4.18.</b>	Proporción de varones y mujeres que han referido las siguientes razones por las que no han tenido relaciones sexuales.....	76
<b>Tabla 4.19A.</b>	Características de los jóvenes que preferirían haber tenido su primera relación sexual (análisis univariantes).....	79
<b>Tabla 4.19B.</b>	Características de los jóvenes que preferirían haber tenido su primera relación sexual (análisis univariantes).....	80
<b>Tabla 4.20.</b>	Proporción de varones y mujeres que refieren estar de acuerdo con diversas cuestiones sobre afectividad y sexualidad.....	81
<b>Tabla 4.21.</b>	Proporción de varones y mujeres que opinan que determinadas cuestiones debería evitarse.....	82
<b>Tabla 4.22.</b>	Entre los jóvenes favorables al aborto, porcentaje que están afirman diferentes razones.....	83
<b>Tabla 4.23A.</b>	Características de los jóvenes según su opinión sobre el aborto (análisis univariantes).....	85
<b>Tabla 4.23B.</b>	Características de los jóvenes según su opinión sobre el aborto (análisis univariantes).....	86
<b>Tabla 4.24.</b>	Entre los jóvenes que están a favor del aborto sólo en algunas circunstancias, porcentaje que aduce diferentes razones.....	86

<b>Tabla 4.25.</b>	Proporción de jóvenes que refieren que sus padres, profesores y los medios de comunicación les transmiten los siguientes mensajes.....	89
<b>Tabla 4.26.</b>	Proporción de varones y mujeres que refieran que las diferentes personas opinan que les parece bien que los adolescentes de su edad tengan relaciones sexuales para pasárselo bien, sin que haya amor ni compromiso .....	90
<b>Tabla 4.27.</b>	Proporción de varones y mujeres que refieren que las diferentes personas opinan que es mejor esperar al compromiso del matrimonio (casarse) para tener relaciones sexuales.....	90
<b>Tabla 4.28.</b>	Variables asociadas en los jóvenes españoles a haber tenido relaciones sexuales.....	92
<b>Tabla 4.29.</b>	Variables asociadas en los jóvenes españoles a preferir no haber tenido la primera relación sexual.....	93
<b>Tabla 4.30.</b>	Variables asociados en los jóvenes españoles a estar de acuerdo con que una mujer pueda abortar .....	94

## FIGURAS

<b>Figura 1.1.</b>	Los determinantes de los determinantes.....	10
<b>Figura 4.1.</b>	Proporción de varones que han tenido relaciones sexuales	70
<b>Figura 4.2.</b>	Proporción de mujeres que han tenido relaciones sexuales	70
<b>Figura 4.3.</b>	Entre los jóvenes de la muestra que refirieron haber tenido relaciones sexuales, proporción de varones y mujeres que refieren haber tenido su primera relación sexual a una edad determinada .....	71
<b>Figura 4.4.</b>	Proporción de jóvenes que refieren diversas razones por las que no utilizaron un preservativo en su primera relación sexual.....	77
<b>Figura 4.5.</b>	Proporción de jóvenes que señalan cuándo comienza la vida humana.....	82
<b>Figura 4.6.</b>	Proporción de jóvenes que refieren estar o no de acuerdo con el aborto según han visto imágenes de embriones, vídeos de abortos u oído testimonios de gente que ha abortado.....	87

# **1. INTRODUCCIÓN**



## **1.1. LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS): UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA**

### **1.1.1. EPIDEMIOLOGÍA DESCRIPTIVA DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS)**

Las enfermedades de transmisión sexual (ETS) constituyen un problema importante de Salud Pública actualmente, tanto por la magnitud que alcanzan a nivel internacional como por su grado de morbi-mortalidad.

Bajo la denominación de ETS se incluyen una serie de enfermedades que se adquieren por tener relaciones sexuales (vaginales, anales u orales) con alguien que esté infectado, pudiendo no ser éste su principal mecanismo de transmisión. Son causadas por unos 30 agentes infecciosos (virus, bacterias, hongos, protozoos y ectoparásitos) (European Centre for Disease Prevention and Control, 2009). Hoy en día se prefiere hablar de infecciones de transmisión sexual (ITS), las cuales incluyen el estadio asintomático, que también es transmisor y, por tanto, requiere un diagnóstico y un tratamiento (Allsworth, Ratner, & Peipert, 2009; Bignell, 2009; Looker, Gamett, & Schmid, 2008). Este estadio asintomático suele pasar desapercibido para el portador del agente infeccioso. De este modo, se favorece, por un lado, la propagación de la infección y, por otro, que muchos casos no reciban tratamiento adecuado y puedan cronificarse, o incluso, causar la muerte.

Algunas de las ITS más frecuentes actualmente son el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), el virus del Papiloma Humano (VPH), el virus de la hepatitis B (VHB), la clamidia, el herpes genital, la tricomoniasis, la gonococia y la sífilis (ESSTI. Health Protection Agency, 2008; World Health Organization, 2007).

Las manifestaciones clínicas de estas infecciones son muy variadas. En ocasiones cursan con lesiones locales, como verrugas, úlceras o inflamación

del tracto genitourinario. A largo plazo pueden aparecer consecuencias graves como algunas complicaciones durante el embarazo (embarazos ectópicos, partos prematuros o abortos), infecciones congénitas o neonatales (sífilis congénita, *oftalmia neonatorum*), infertilidad e incluso la afectación de diversos órganos o el desarrollo de un cáncer (de Martel & Franceschi, 2009). Cabe destacar también que las lesiones genitourinarias ulcerosas o inflamatorias producidas por las ITS aumentan la susceptibilidad de una persona para infectarse por otra ITS (Galvin & Cohen, 2004; Johnson & Lewis, 2008; McClelland, Lavreys, Katingima, Overbaugh, Chohan, & Mandaliya, 2005).

En los últimos años, asistimos a un aumento mundial de la transmisión sexual del VIH y de otras ITS, siendo este aumento especialmente significativo entre los jóvenes. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), cada año se producen más de 340 millones de casos nuevos de ITS curables (sífilis, gonorrea, *Chlamydia* y tricomoniasis) y otros millones de casos nuevos de ITS virales incurables (Dehne & Riedner, 2005; Senior, 2009). Las tasas más altas se encuentran en jóvenes menores de 25 años. De las más de 2,7 millones de nuevas infecciones por VIH que se produjeron en 2007 en todo el mundo, el 45% de ellas fueron en jóvenes de 15-24 años (UNAIDS, 2008).

También en los últimos años, algunos autores han señalado a las ITS como el principal problema que tiene la Salud Pública en Europa (Fenton, Lowndes, & ESSTI Network, 2004). La incidencia de gonorrea, sífilis y VIH ha aumentado en el período de 1995-2000 (Nicoll & Hamers, 2002). Recientemente, el Centro Europeo de Vigilancia Epidemiológica del Sida (EuroHIV) ha comunicado que la tasa de nuevos diagnósticos de infección por VIH en la Unión Europea se ha duplicado entre 1999 y 2006. Concretamente, en Europa Occidental en 2006 hubo 25.241 nuevos diagnósticos de VIH, de los cuales un 10% correspondían a jóvenes de entre 15 y 24 años (Herida, Alix, Devaux, Likatavicius, Desenclos, & Matic, 2007). Sin embargo, se estima que alrededor del 30% de infectados de la Unión Europea no están diagnosticados y el 65% en el resto de países de la Región Europea de la OMS (Instituto de Salud Carlos III. Centro Nacional de epidemiología, 2009a).

En España, son de declaración obligatoria la infección gonocócica, sífilis y sífilis congénita. El Sistema de Información Microbiológica (SIM) recoge además diagnósticos de laboratorios de 12 CC.AA. de diversos agentes etiológicos de ITS (*Chlamydia trachomatis*, VHS-2, etc.). Desde mediados de la década de 1960 se venía produciendo en España un aumento de las ITS. Con la expansión del sida en los años 80, esta tendencia invirtió, entre otras razones por cambios en los comportamientos sexuales por temor al sida y en respuesta a las campañas de información y prevención. A partir de 2002 se observa un incremento en la incidencia de sífilis. Mientras, la incidencia de infección gonocócica está sufriendo un incremento continuado desde 2004 (Instituto de Salud Carlos III. Centro Nacional de epidemiología, 2009b). Según el SIM, desde el año 2000 ha habido un aumento de diagnósticos microbiológicos de sífilis y desde 2002 de gonococo, herpes y Chlamydia (Instituto de Salud Carlos III. Centro Nacional de epidemiología, 2008). En cuanto al VIH, su transmisión ha disminuido notablemente en nuestro país respecto a la década de los años 90, cuando España presentaba las tasas de incidencia de sida más altas de Europa. Actualmente se sitúa en niveles similares a otros países del entorno de la Unión Europea. Sin embargo, a pesar de esta indudable mejora en la situación respecto a épocas pasadas, en el período analizado parece observarse una tendencia a la estabilización en el número de nuevos diagnósticos, donde la vía sexual ha pasado a convertirse en el principal mecanismo de transmisión (Instituto de Salud Carlos III. Centro Nacional de Epidemiología, 2008). Esto no parece que consiga disminuir el problema.

Por tanto, la situación descrita, que afecta a los adolescentes de manera desproporcionada, sitúa a las ITS (incluido el VIH) como una de las causas más importantes de morbilidad y mortalidad en la gente joven, llegando incluso a representar el mayor riesgo para la salud en adolescentes sexualmente activos (World Health Organization, 2004).

### **1.1.2. ALGUNOS FACTORES DE RIESGO DE LAS ITS: LAS CONDUCTAS SEXUALES DE RIESGO**

Las causas relacionadas con el contagio de ITS entre los jóvenes son muy variadas. Algunos estudios epidemiológicos prueban cómo las diversas formas de entender y vivir la sexualidad no son inocuas o neutras desde el punto de vista de la salud (Centers for Disease Control and Prevention, 2008; Marston & King, 2006). Otros estudios han mostrado la importancia del retraso en el inicio de las relaciones sexuales y de la monogamia mutua en la reducción de muertes atribuibles al comportamiento sexual (Green, 2006; Gregson, Garnett, Nyamukapa, Hallett, Lewis, & Mason, 2006).

Ante el incremento substancial que han tenido ciertas ITS en el Reino Unido, algunos autores han señalado el comportamiento sexual como su principal causa. El descenso de la edad de la primera relación sexual, el aumento del número de parejas sexuales a lo largo de la vida (seriadas o concurrentes) y el comportamiento homosexual son factores que han contribuido especialmente al aumento de la incidencia de ITS en el Reino Unido (Fenton & Hughes, 2003). Pero el incremento de las conductas sexuales de riesgo observado en la población británica no es exclusivo de este país. Diversos informes de la OMS señalan que estamos ante un adelanto global de la edad de inicio de las relaciones sexuales, incluido en España (World Health Organization, 2001; World Health Organization, 2007).

El inicio precoz de la actividad sexual está propiciando un cambio en las pautas de comportamiento sexual durante la adolescencia que ponen a los jóvenes en situación de especial vulnerabilidad frente a las ITS. Los adolescentes que se inician a edades muy tempranas refieren con mayor frecuencia tener una ITS y, a su vez, otras conductas sexuales de riesgo para la salud sexual como son la multiplicidad de parejas sexuales, un menor uso del preservativo y haber tenido parejas sexuales de alto riesgo (personas bisexuales, usuarios de drogas por vía parenteral y personas que son VIH positivo) (de Sanjose, Cortes, & Mendez, 2008; R. J. DiClemente, Crosby,

Wingood, Lang, Salazar, & Broadwell, 2005; Fenton, Mercer, & Johnson, 2005; Kjær et al., 2007; Pettifor et al., 2005; Vaccarella et al., 2006).

A pesar de existir actualmente una evidencia científica consistente sobre los factores de riesgo descritos, sólo una minoría de los jóvenes sabe que estas conductas aumentan el riesgo de ITS (Garside, Ayres, & Owen, 2001). Este desconocimiento generalizado de las conductas sexuales de riesgo de ITS y, especialmente, de los riesgos de la actividad sexual precoz, puede impedir que los jóvenes logren evitarlas de manera eficaz.

De modo simultáneo, estos cambios en las pautas de conducta de la población juvenil europeos en los últimos años están siendo acompañados de una evolución generalizada en las actitudes de estos jóvenes, que son cada vez más favorables hacia la actividad sexual adolescente (Herlitz & Ramstedt, 2005). En otros países, sin embargo, estos cambios parecen estar produciéndose en sentido inverso, como por ejemplo, en Estados Unidos, donde está disminuyendo la sexualidad juvenil (Santelli, Orr, Lindberg, & Diaz, 2009).

Es, por todo ello, que la actividad sexual en la adolescencia está considerada como uno de los grandes problemas de la Salud Pública en el mundo. En este contexto, cobra vital importancia el análisis de las conductas sexuales, como de los conocimientos y actitudes relacionadas con ellas, con el fin de plantear una prevención más eficaz. Y, concretamente, se hace imprescindible abordar el estudio de la actividad sexual en los jóvenes por ser un factor de riesgo de ITS y también un determinante de otras conductas de riesgo.

## **1.2. LA ACTIVIDAD SEXUAL JUVENIL**

### **1.2.1. ALGUNOS RIESGOS Y CONSECUENCIAS DE LA ACTIVIDAD SEXUAL JUVENIL**

La salud sexual puede ser descrita como la integración positiva de los aspectos físicos, emocionales, intelectuales y sociales de la sexualidad. El desarrollo de la sexualidad en adolescentes comprende los cambios físicos asociados con la pubertad, los cambios psicológicos y los acontecimientos interpersonales (Moreno et al., 2008). Por ello, las consecuencias que pueden derivarse de una inadecuada salud sexual pueden surgir no solamente en el ámbito de la salud física sino también en el ámbito psico-social de la persona.

Con respecto a la actividad sexual que tiene lugar a edades tempranas, los riesgos más importantes para la salud biológica son las ITS, los embarazos precoces y los abortos (Bacon, 2000; Fenton & Hughes, 2003; Imamura, Tucker, & Hannaford, 2007). Sin embargo, algunos adolescentes que mantienen relaciones sexuales a edades precoces pueden desarrollar, además, problemas de índole psicológica. En estos casos, el desarrollo emocional de estos jóvenes puede verse afectado por los sentimientos de decepción o de arrepentimiento que aparecen tras estas relaciones sexuales (Ciairano, Bonino, Kliwer, Miceli, & Jackson, 2006; Dickson, Paul, Herbison, & Silva, 1998; D. Wight et al., 2000).

Por otro lado, la actividad sexual juvenil también ha sido asociada con estilos de vida insanos como son el consumo de sustancias tóxicas (tabaco, alcohol u otras drogas), menor rendimiento escolar, un mayor nivel de ocio no constructivo, el uso inadecuado de las tecnologías de la información y la comunicación (TICs) y la pertenencia a grupos violentos (Corcuera, de Irala, Osorio, & Rivera, 2010; de Irala, López-del Burgo, Carlos, & Calatrava, 2008; Standerwick, Davies, & Tucker, 2007; Vivancos, Abubakar, & Hunter, 2008).

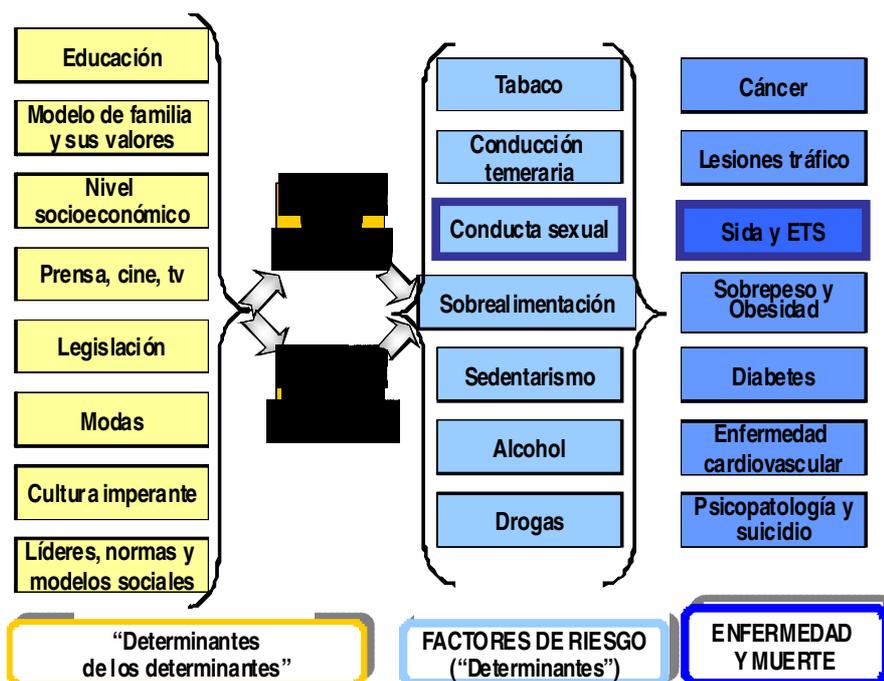
Como se ve, la actividad sexual durante la adolescencia no está exenta de

riesgos y su estudio debería ser prioritario en el ámbito de la Salud Pública debido a las consecuencias adversas que de ella pueden derivarse con respecto a la salud física y psicológica y los estilos de vida de los jóvenes. El estudio de la conducta sexual permitirá implementar políticas públicas que favorezcan estilos de vida saludables con el objetivo de reforzar el desarrollo personal, profesional y social de los jóvenes. Y, en última instancia, el desarrollo de la familia y, por tanto, de la sociedad (Social Trends Institute, 2007; Wilcox et al., 2005).

### **1.2.2. LA NECESIDAD DE UN ENFOQUE SOCIO-ECOLÓGICO EN EL ESTUDIO DE LA ACTIVIDAD SEXUAL JUVENIL**

En estos últimos años, algunos autores han destacado la importancia de llevar a cabo el estudio de la salud adolescente desde una perspectiva socio-ecológica que ponga énfasis en medir las influencias del contexto dado que las conductas, en particular, y los estilos de vida, en general, no se derivan exclusivamente de la propia voluntad del sujeto. Como puede verse representado en la figura 1, distintas conductas que pueden conducir a enfermedades o incluso, llegar a ocasionar la muerte es fruto de la fuerza de voluntad del individuo y de la presión medioambiental o los factores contextuales. Los factores contextuales o socio-ecológicos incluyen las influencias culturales, familiares, de los amigos y de la sociedad (R. J. DiClemente, Salazar, Crosby, & Rosenthal, 2005).

Figura 1.1. Los determinantes de los determinantes



Adaptado de Martínez-González MA. et al. 2007

Históricamente, la epidemia de las ITS se ha visto como un fenómeno a nivel individual y el estudio de la afectividad y la sexualidad juvenil se ha abordado en pocas ocasiones desde la mencionada perspectiva contextual. Una revisión realizada por la OMS muestra cómo la gran mayoría de los estudios han sido realizados en países en vías de desarrollo y se han centrado exclusivamente en el análisis de factores individuales como el consumo de sustancias tóxicas, el nivel educativo del sujeto o su conocimiento sobre las ITS (Blum, 2005). También en Estados Unidos, la mayoría de los esfuerzos en investigación han sido dedicados a la identificación de factores a nivel individual (R. J. DiClemente, Salazar et al., 2005).

Pero el estudio de los factores de riesgo de una enfermedad debe ser completado y enmarcado a través de la búsqueda de sus determinantes. La mejor prevención debe comenzar por los determinantes que influyen sobre cada conducta de riesgo, los llamados "determinantes de los determinantes" (Figura 1) (Martínez-González & Seguí-Gómez M., 2007). El paradigma de los factores de riesgo generalmente culpa al individuo. Sin embargo, se necesita ir

más allá del sujeto individual e identificar las raíces culturales y sociológicas de ciertos estilos de vida autodestructivos. La desigualdad económica, y sobre todo, la desigualdad educativa, el modelo de familia, los valores que transmite el sistema educativo, los mensajes mediáticos, las normas sociales y las modas contribuyen a implantar los estilos de vida (Martínez-González & de Irala, 2005).

Ninguna educación aislada resultará eficaz si los padres, los programas de educación sexual impartidos en los colegios, los programas de televisión, las películas, las revistas juveniles o las autoridades sanitarias y educativas transmiten el mensaje opuesto (de Irala, 2007). Sólo involucrando a todos los agentes sociales y remando todos en la misma dirección se puede transmitir, de la mejor manera, el mensaje más saludable. Para acometer acciones de Salud Pública realmente efectivas resulta muy ilustrativo analizar el caso de la lucha frente al tabaco. Las instancias de salud pública se han encontrado siempre con numerosas dificultades. Quizá los intereses económicos de la industria tabacalera y una amplia aceptación social del tabaco sean los principales. Sólo cuando se ha adoptado una estrategia de riesgo cero y se han acometido acciones ambientales y estructurales (espacios libres de humo), sin limitarse a llevar a cabo medidas de reducción del daño, como la promoción de cigarrillos más seguros, se han empezado a contabilizar logros importantes.

Por todo ello, el estudio de los determinantes de la actividad sexual juvenil, desde una perspectiva contextual o socio-ecológica, puede contribuir a una mejor comprensión de este fenómeno multicausal.

### **1.3. LA PREVENCIÓN DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN LOS JÓVENES**

#### **1.3.1. EL CONSENSO INTERNACIONAL 2004 PUBLICADO EN *THE LANCET***

En diciembre de 2004 se publicó un consenso internacional en la revista científica *The Lancet* sobre la “estrategia ABC” de prevención del sida (Halperin et al., 2004). Lo firmaron profesores e investigadores de universidades prestigiosas, algunos miembros de distintas agencias de Naciones Unidas, el director de algunos programas VIH/SIDA de la OMS y los dirigentes de los programas de VIH/SIDA de varios países.

Este consenso científico propone, con respecto a los jóvenes:

1. Alentar la “abstinencia” (“A: *abstinence*”) o el retraso del inicio de la actividad sexual en las campañas dirigidas a jóvenes y a quienes no hayan empezado a tener relaciones sexuales.
2. Aconsejar el retorno a la “abstinencia” (“A”) o el mantenimiento de relaciones sexuales mutuamente monógamas (“B: *be faithful*”) con una persona no infectada, a los jóvenes que se han iniciado sexualmente.
3. Apoyar el uso correcto y sistemático del preservativo (“C: *condom use*”) en los jóvenes que han decidido continuar manteniendo relaciones sexuales. En este caso, debe informarse siempre de que el uso correcto y sistemático del preservativo disminuye el riesgo de infección pero no lo elimina. Además, deben ser advertidos de las consecuencias de su uso inconsistente.

Se insiste en que los padres deben ser ayudados en su tarea de transmitir sus valores y expectativas en materia de sexualidad a los hijos. También se reconoce el papel que desempeñan, de hecho, muchas organizaciones religiosas, de diferentes denominaciones, que se dedican a difundir los mensajes “A” y “B”.

### **1.3.2. LA IMPORTANCIA DE RETRASAR EL INICIO DE LAS RELACIONES SEXUALES EN LOS JÓVENES**

La promoción de conductas que “evitan” el riesgo de adquirir una ITS (componentes “A” y “B” de la estrategia ABC) ha recibido poca atención por parte de gobiernos y políticas de salud de muchos países con el objetivo de hacer frente a la epidemia del sida. Sin embargo, la importancia de dar este mensaje a los jóvenes se apoya en los siguientes hechos aportados por estudios epidemiológicos recientes (de Irala, Hanley, & López, 2009):

1. Un embarazo precoz, en una persona menor de edad, y en consecuencia, sin recursos propios, puede precipitar su entrada en un grupo social donde la transmisión del VIH/SIDA y otras ITS sea más frecuente.
2. El inicio precoz de la actividad sexual se asocia con un aumento del número de parejas sexuales a lo largo de la vida, factor de riesgo de adquirir una ITS. Y, por el contrario, aquellos que inician las relaciones sexuales a mayor edad tienen menos parejas (de Sanjose et al., 2008).
3. Algunos tipos de VPH tienden a hacerse crónicos y a evolucionar a cánceres genitales. Cuanto antes se infecte una persona o más joven sea, mayor es el riesgo de que adquiera un tipo de infección que evolucione de esta manera (Genuis & Genuis, 2004).
4. Un joven, por su menor edad y/o inmadurez personal, tiene menor capacidad de elegir mejor a su pareja y esto aumenta el riesgo de tener relaciones arriesgadas.
5. La probabilidad de decepción o arrepentimiento por haber tenido ya relaciones sexuales es más alta cuanto más joven es la persona en el momento de iniciar sus relaciones sexuales (Dickson et al., 1998; D. Wight, Parkes, Strange, Allen, Bonell, & Henderson, 2008).
6. Se ha demostrado que la secreción cervical tiene un papel protector frente a bacterias y virus. Las adolescentes no tienen una secreción cervical totalmente madura, por lo que su papel protector es menor (John, Keller, & Fam, 2005).

7. En muchas sociedad existen características propias de la juventud como la sensación de invulnerabilidad personal, tendencia a la experimentación, a la improvisación y a no fijarse en las consecuencias futuras de sus actos, que hacen relevante el consejo del retraso del inicio de las relaciones sexuales.

También la evidencia epidemiológica demuestra claramente el papel crucial que el retraso del inicio de las relaciones sexuales y, sobre todo, la reducción del número de parejas sexuales han tenido en la disminución de la incidencia del VIH/SIDA. Tales son los casos de Uganda, Tailandia, Zimbabwe o Estados Unidos (Underhill, Montgomery, & Operario, 2007).

Por otra parte, organismos sanitarios internacionales como los Centros para el control y la prevención de enfermedades de los EEUU (CDC) y la OMS las recomiendan como dos formas básicas de protección frente al sida (Centers for Disease Control and Prevention. Department of Health & Human Services, 2007; World Health Organization, 2010).

### **1.3.3. PROMOCIÓN DEL USO DEL PRESERVATIVO EN TODA LA POBLACIÓN: LIMITACIONES DE ESTE ENFOQUE**

Las estimaciones científicas más rigurosas, en estudios llevados a cabo por el Gobierno estadounidense, ONUSIDA y universidades de prestigio, concluyen que el nivel de eficacia teórica del preservativo en la prevención de la transmisión del VIH es de una reducción relativa del riesgo del 80-90% (Hearst & Chen, 2004; Weller & Davis, 2002). Sabemos que, de 100 parejas serodiscordantes (donde hay una persona infectada y otra que no lo está) que mantienen relaciones sexuales a lo largo de un año y no usan nunca el preservativo, se contagiarían aproximadamente el 5,7%. Basándonos en la mejor evidencia disponible en la actualidad, de utilizarse el preservativo siempre y correctamente, este riesgo se reduciría en un 80% (Weller & Davis, 2002). De este modo, el número de infectados acabaría siendo del 1,14% (el 80% de 5,7 es 4,56; si a 5,7 le restamos 4,56 nos queda 1,14). En el caso de otras ITS, su eficacia es mucho menor. Es, por ejemplo, el caso del virus del

Papiloma Humano (VPH), ya que se transmite también por contacto cutáneo entre genitales (Winer et al., 2006). Es decir, las ITS que se transmiten por contacto piel-piel entre genitales pueden continuar transmitiéndose a pesar del uso de preservativo (Martin, Krantz, Gottlieb, Magaret, Langenberg, & Stanberry, 2009; Winer et al., 2006).

Por otra parte, la probabilidad de contagio por año se va acumulando de año en año y esto aumentaría inevitablemente el riesgo personal de infectarse a lo largo del tiempo.

Por último, todas estas cifras empeoran con la multiplicidad de parejas (Senn, Carey, Vanable, Coury-Doniger, & Urban, 2009). Así pues, la protección que el preservativo confiere no es absoluta y puede acabar siendo menor si éste se utiliza incorrectamente y de modo inconsistente (sólo en algunas relaciones sexuales). Es más, no existen evidencias de que su uso inconsistente proteja frente a la transmisión del VIH (Ahmed, 2001; Hearst & Chen, 2004). Más bien al contrario, la evidencia demuestra que las personas con un uso inconsistente del preservativo pueden tener un mayor riesgo de VIH que aquellos que nunca usan este método debido a estilos de vida más arriesgados (por ejemplo, más parejas sexuales, mayor consumo de alcohol y drogas, etc.) (Hearst & Chen, 2004). También puede ocurrir que se produzcan roturas o deslizamientos durante la relación sexual. Entre quienes usan preservativos, estos problemas suelen estar presentes en mayor o menor medida. En el caso de la población adolescente, estos riesgos son aún mayores debido, fundamentalmente, a la improvisación que rodea las relaciones precoces y del “estado de euforia” derivado del consumo de alcohol u otras sustancias (Layte, McGee, Rundle, & Leigh, 2007).

La falsa idea de seguridad absoluta presente en las campañas de “sexo seguro” (campañas centradas exclusivamente en la promoción del uso del preservativo) puede hacer que más jóvenes acaben teniendo relaciones sexuales y que las comiencen antes (Richens, Imrie, & Copas, 2000), con el consecuente aumento del riesgo de infección. Es lo que en Salud Pública se ha denominado “fenómeno de compensación del riesgo” y ocurre cuando la introducción de una medida preventiva (más bien “tecnológica” o “biomédica”)

reduce la percepción de riesgo de adquirir una enfermedad en la población que, en consecuencia, “baja la guardia”, abandonando otros comportamientos preventivos básicos. El resultado final es la adopción de comportamientos más arriesgados que superan el posible efecto beneficioso teóricamente asociado a la medida tecnológica (Cassell, Halperin, Shelton, & Stanton, 2006). Se ha comprobado que este efecto existe en los jóvenes. Se ha encontrado una asociación entre “pensar que los preservativos ofrecen una protección completa frente a las ITS” y el inicio más precoz de relaciones sexuales, ajustando por otros determinantes del inicio precoz de relaciones sexuales (de Irala et al., 2009). De este modo, una campaña que promueva exclusivamente el uso del preservativo en las relaciones sexuales, en ausencia de los mensajes “A” y “B”, puede tener el efecto paradójico de no producir el esperado descenso de la incidencia de ITS, especialmente si la campaña transmite una falsa idea de seguridad en la protección que éste confiere.

Por tanto, la actividad sexual en jóvenes es una fuente de riesgos, incluso cuando se utiliza un preservativo. En primer lugar, los preservativos no son completamente eficaces para impedir el incremento de la carga de infecciones de relevancia para la salud pública. Así mismo, son menos efectivos para algunas ITS que no se transmiten exclusivamente a través del líquido seminal (por ejemplo, el VPH o el herpes genital); y son todavía menos efectivos en jóvenes aunque estén bien informados sobre cómo usarlos. Es por ello que el consenso Lancet establece claramente que la actividad sexual debe ser evitada por los jóvenes y los preservativos deben ser promocionados, de modo secundario, en aquellos que eligen libremente no abstenerse de tener relaciones sexuales y una vez que hayan sido informados de lo importante que es la abstinencia para ellos (Halperin et al., 2004).

## **1.4. UNA EDUCACIÓN SEXUAL INTEGRAL**

Si bien es crucial trabajar en la prevención de problemas como las ITS o los embarazos precoces, la educación afectivo-sexual no debe reducirse exclusivamente a ello y necesariamente debe incorporar una visión integral de la persona de modo que potencie un modo de vivir la sexualidad más humana y fundada en conductas y estilos de vida saludables.

### **1.4.1. UN CONCEPTO BASADO EN UNA ANTROPOLOGÍA “PERSONALISTA”.**

La educación de la afectividad y la sexualidad, como toda educación, se inspira en una determinada antropología o concepción del hombre. A la hora de basar nuestras conductas y decisiones en una concepción determinada del ser humano, debe tenerse en cuenta que no todas las concepciones antropológicas tienen el mismo valor. A continuación, se exponen tres visiones antropológicas de la educación afectivo-sexual que predominan en nuestra sociedad actual (Gómara, Serrano, & de Irala, 2009):

La antropología llamada “naturalista” u “observadora” (Kinsey, Master y Johnson), que pretende ser “neutral” y evitar cualquier interpretación moral o social de los hechos, afirma que ninguna educación debe frenar los instintos y que la normalidad es “lo frecuente”, lo que observamos en animales sin la intervención del saber filosófico. La moral nacería de la estadística, lo “frecuente” sería lo moral.

La escuela de pensamiento “permissiva” (Reich, Marcuse, Freud, Marx) habla frecuentemente de “liberación sexual” frente a la religión, la escuela o la familia. Por ejemplo, Marcuse afirmaba que “las perversiones sexuales expresan la rebelión contra el sometimiento de la sexualidad al orden de la procreación y contra las instituciones que salvaguardan este orden”. Esta visión del ser humano nos conduciría más bien a una sexualidad con características animales, por lo que la educación se centraría en dar una “información” biológica sin hacer énfasis en la “formación” de la persona.

Por el contrario, una antropología que podríamos llamar “personalista” (Maritain, Mounier, Guardini, Thibon) afirma la primacía de la persona como objeto de encuentro y amor. La persona es un ser formado por cuerpo y espíritu, abierto a la relación con los demás, capaz de complementarse, de comunicarse y de amar.

No puede existir el don de uno mismo si no somos dueños de nosotros mismos; y esto no es posible sin libertad, voluntad, autodominio y educación. Por esta razón, la antropología “personalista” es la que mejor puede conducir a una educación de la sexualidad plenamente humana sobre todo cuando integra la información con una formación dirigida a la completa maduración de la persona.

#### **1.4.2. LA EDUCACIÓN DE LA AFECTIVIDAD**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido la salud sexual como “la integración de los elementos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual por medios que sean positivamente enriquecedores y que potencien la personalidad, la comunicación y el amor” (World Health Organization, 1974). En esta definición, la sexualidad humana incluye un conjunto de dimensiones biológicas, psicológicas, espirituales y socioculturales que necesitan desarrollarse con armonía durante la infancia y la adolescencia, para dotar a la persona de su capacidad de amar. Por eso, sería un error reducir la educación de la sexualidad exclusivamente a sus aspectos biológicos.

La auténtica sexualidad humana se educa desde que los niños son pequeños a través de la educación de la afectividad. La afectividad prepara para el ejercicio de la sexualidad. Por tanto, educar los afectos y sentimientos precede a la educación sexual y también la acompaña. La educación de la afectividad hace referencia a la educación de los afectos, sentimientos y emociones. Su finalidad es integrar de modo armónico los diferentes sentimientos que se presentan, más o menos espontáneamente, ante

diferentes estímulos externos o internos, de manera que lleven a respuestas y conductas beneficiosas para la persona y la sociedad. En definitiva, aprender a amar lo bueno y lo bello.

Cada persona debe aprender a integrar los sentimientos con las otras dimensiones propias del ser humano, como la inteligencia y la voluntad, la libertad y la dimensión social y ética de sus acciones. Si los afectos y sentimientos están bien integrados llevarán a manifestar respuestas adaptativas a las circunstancias que los provocan. Por el contrario, si hay una deficiente educación de la afectividad, las respuestas serán desadaptativas y, por tanto, causa de sufrimiento propio y de otras personas. Así, la educación de los sentimientos es necesaria y previa a la educación sexual (Gómara et al., 2009).

De acuerdo con ello, las explicaciones sobre sexualidad a los jóvenes deben acompañarse de una constante formación de la voluntad y del carácter en el ámbito familiar y educativo. La educación afectiva favorecerá el desarrollo de las capacidades y habilidades sociales necesarias para elegir en cada situación la conducta más saludable, equilibrada y responsable.

En la educación de la sexualidad no debe separarse lo que está estrechamente unido y funciona unido. Aunque sea frecuente hacerlo para una exposición didáctica, no se puede aislar la educación de la sexualidad de la educación de la afectividad, del carácter y de las demás dimensiones del ser humano. Precisamente esa unidad es lo que diferencia la sexualidad verdaderamente humana de otras concepciones sesgadas que empobrecen el sexo y deshumanizan a la persona como, por ejemplo, la pornografía u otras manifestaciones de sexismo. Por todo ello, se hace imprescindible trabajar con un concepto de la sexualidad humana que integre ambos aspectos de la educación sexual (aspectos afectivos y sexuales).

#### **1.4.3. FAMILIA, ESCUELA Y CONTEXTO SOCIO-CULTURAL**

En una situación ideal la educación de la afectividad y de la sexualidad

debe ser recibida en el ámbito familiar. Numerosos estudios científicos y sociológicos muestran que la familia, en el contexto de un compromiso estable y protegido por la fidelidad mutua, es el entorno más óptimo para la educación de los hijos (Albert, 2007; de Irala et al., 2009; Osorio, Rivas, de Irala, Calatrava, & López del Burgo, 2009; Sturgeon, 2008). Estos estudios han puesto de relieve cómo la estructura y valores familiares así como los mensajes y las actitudes parentales ante las posibles relaciones sexuales de los hijos influyen en la conducta de los adolescentes. Por ello, cuando esa situación ideal no se da es importante que los padres puedan recibir ayuda de otros familiares, de la escuela y de otras instituciones sociales y educativas con el objetivo de facilitar el desarrollo afectivo del joven y su integración social.

Por otra parte, la formación que se imparte en la escuela también debe contribuir al desarrollo afectivo-sexual de los jóvenes. Porque, a pesar del papel primordial que deben desempeñar padres y madres, la educación recibida en la escuela resulta determinante en la adquisición de hábitos y virtudes. A través de ella, la sociedad ha transmitido tradicionalmente la cultura, los conocimientos y los valores por los que se rige y en ella hemos aprendido muchos de nuestros comportamientos (Gavidia, 2003).

Sin embargo, la educación afectivo-sexual corresponde a los padres en primer lugar. La escuela debe colaborar con los padres de modo subsidiario. Los programas educativos de un país deben respetar siempre la formación ética y moral que los padres desean dar a sus hijos. El derecho de los padres a educar a sus hijos según su propio marco de valores y creencias es un derecho irrenunciable que está reflejado en numerosos textos legales y debería respetarse siempre. Actualmente, muchos países están elaborando legislaciones para incluir con carácter obligatorio contenidos específicos de educación sexual en los programas de estudios oficiales (Gobierno de España, 2008; UNESCO, 2009). Este hecho puede ocasionar conflictos y desacuerdos entre las familias y las escuelas si en las asignaturas planteadas los padres no ven respetados y contemplados sus criterios y valores educativos.

En cuanto al contenido de la educación afectivo-sexual en la escuela, un análisis detallado de los contenidos sobre sexualidad presentes en los textos escolares pone de manifiesto que, con frecuencia, estos contradicen u omiten las evidencias científicas más recientes y, por tanto, no constituyen un referente suficiente ni un recurso adecuado para la educación de la sexualidad humana (de Irala, Gómara Urdiain, & López del Burgo, 2008). Además, algunas de las charlas educativas o talleres de educación sexual que se organizan en los colegios se plantean con el objetivo de dar información principalmente sobre el preservativo.

Pero no parece razonable limitar o centrar la educación sexual de los adolescentes en la promoción del uso del preservativo cuando estudios experimentales muestran cómo estos aumentaban las conductas de riesgo para el VIH en el grupo de intervención, donde se promovía el uso y suministro del condón (Kajubi, Kanya, Kanya, Chen, McFarland, & Hearst, 2005). Actuar de este modo puede indirectamente favorecer el inicio precoz de la actividad sexual mediante el mecanismo de la compensación de riesgo anteriormente descrito.

Quizá lo más razonable sería centrar la educación sexual que se imparte en los colegios en medidas que busquen la “evitación del riesgo” en vez de la “reducción del riesgo” (de Irala & Alonso, 2006). La abstinencia y la monogamia mutua son medidas preventivas que evitan el riesgo, mientras que la recomendación del uso del preservativo como estrategia primaria de prevención ante las ITS es insuficiente, ya que puede reducir el riesgo, aunque nunca eliminarlo del todo (Gerberding, 2004). A los adolescentes se les debería presentar mensajes que favorezcan la abstinencia, el retraso de las primeras relaciones sexuales y la monogamia mutua, que han demostrado ser medidas de prevención altamente eficaces en algunos lugares, similares a descubrir una vacuna contra el sida de una eficacia del 80% (Alonso & de Irala, 2004; Stoneburner & Low-Beer, 2004). Algunos investigadores han logrado evitar desenlaces desfavorables de salud reproductiva en programas de educación sexual “centrados en la promoción de la abstinencia” (Cabezón et al., 2005). Proponer la abstinencia a los jóvenes para reducir la incidencia del sida es una

medida realista y de gran eficacia (Weed, Ericksen, Lewis, Grant, & Wibberly, 2008). Esto se ha demostrado en varios países, entre ellos Uganda, donde la tasa de infecciones del VIH descendió del 15% a principios de los noventa al 4% en 2003, debido en gran parte al efecto de programas que promocionan el *riesgo cero* (fidelidad y reducción de parejas sexuales) (Green, 2006).

Como ya se ha explicado, el consenso publicado en la revista *The Lancet* destaca la importancia de adecuar los mensajes de prevención en función de la población diana a la que se dirigen (Halperin et al., 2004). Los firmantes del consenso *Lancet* consideraban que no era acertado que las políticas de Salud Pública diesen el mismo tipo de prioridad a un mensaje (el uso del preservativo) a adolescentes que no han empezado a ser sexualmente activos y a personas que, por ejemplo, se dedicaban al comercio del sexo. Y, en concreto, afirman que el mensaje prioritario que deben recibir los jóvenes es el de posponer la iniciación sexual o volver a la abstinencia para los que mantienen relaciones sexuales esporádicas.

En cambio, se observa que la mayoría de los esfuerzos en educación sexual y sanitaria se están limitando a reducir el riesgo de infección a través de campañas y conferencias que promocionan exclusivamente el uso del preservativo a toda la población juvenil, como muestran, por ejemplo, las campañas llevadas a cabo por el Ministerio de Sanidad y Consumo del Gobierno de España (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010). Estas acciones preventivas y educativas han sido planteadas desde diferentes perspectivas ideológicas y antropológicas, con frecuencia parciales y al margen de los padres, y no han resultado eficaces para lograr los objetivos propuestos (Green, Mah, Ruark, & Hearst, 2009). Algunos de estos programas de educación sexual dirigidos a jóvenes logran un cambio en conductas sexuales como el incremento del uso del preservativo o de anticonceptivos, sin embargo no reducen significativamente las tasas de ITS y de embarazos imprevistos (Kirby, Laris, & Rolleri, 2005). Se necesita de un enfoque preventivo más global que incorpore, además, la prevención de las otras conductas sexuales de riesgo (la actividad sexual juvenil y la multiplicidad de parejas).

Por último, en la educación afectivo-sexual de los jóvenes inciden también el grupo de iguales y la sociedad en general a través de los medios de comunicación. Varios estudios muestran cómo el entorno mediático de los jóvenes –las películas, Internet, la música, los cómics o las revistas, ciertos lugares de ocio, etc.- tiene una importante influencia en el comportamiento sexual y puede ejercer presión sobre el adolescente hacia una actividad sexual precoz (Brown, L'Engle, Pardun, Guo, Kenneavy, & Jackson, 2006; Collins et al., 2004; L'Engle, Brown, & Kenneavy, 2006; S. Martino, Collins, Elliott, Strachman, Kanouse, & Berry, 2006). Por ello, acaba siendo imprescindible analizar y plantear la educación de la afectividad y de la sexualidad teniendo en cuenta también este complejo contexto en el cual vivimos inmersos.

Como ya afirmaba hace años Geoffrey Rose, “tiene poco sentido esperar a que los individuos se comporten de una manera diferente que sus semejantes; es más apropiado cambiar las normas generales de comportamiento y las circunstancias que facilitan dichos cambios” (G. Rose, 1992).

Para poder incidir con mayor eficacia en la educación de la afectividad y de la sexualidad durante la adolescencia y la primera juventud es necesario analizar las relaciones familiares y el contexto socio-cultural y educativo de los jóvenes de hoy profundizando en sus conocimientos, creencias y opiniones sobre la afectividad, el amor y la sexualidad. Ampliar estos conocimientos permitirá describir e identificar las influencias del contexto (familiar, escolar y social) que favorecen desenlaces desfavorables para la salud del joven y desarrollar estrategias de comunicación específicas para jóvenes y más eficaces desde el punto de vista educativo y preventivo. De especial interés será obtener esta información directamente de los jóvenes, ya que con frecuencia no se identifican con los estereotipos de la juventud que se muestran en los medios de comunicación o manifiestan que prefieren como fuente principal de información afectivo-sexual a sus padres aunque después, en la práctica, acudan a otras fuentes (de Irala et al., 2008; de Irala et al., 2009; Moreno Rodríguez, Muñoz Tinoco, Pérez Moreno, & Sánchez Queija, 2006; Moreno et al., 2008).



## **2. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS**



## HIPÓTESIS

En este trabajo se plantearon las siguientes hipótesis:

1. Un elevado porcentaje de los jóvenes españoles desconocen los riesgos derivados de tener múltiples parejas sexuales y creen erróneamente que el preservativo protege completamente de los embarazos y las ITS. La fuente de información sobre sexualidad y otras variables de tipo educativo pueden influir en el conocimiento de los jóvenes sobre estas cuestiones.
2. Algunas variables sociodemográficas (como por ejemplo, el sexo, la edad o el estado civil de los padres) y otros factores relacionados con los estilos de vida y los mensajes dirigidos a los jóvenes pueden influir en la decisión de tener relaciones sexuales durante la juventud.
3. Determinadas características de la primera relación sexual pueden favorecer los sentimientos de decepción y arrepentimiento con respecto al momento de su iniciación sexual.
4. Algunos mensajes del entorno social y otros aspectos relacionados con la educación sexual recibida pueden influir en su opinión sobre el aborto.

## **OBJETIVOS GENERALES**

El objetivo general de este estudio es conocer los estilos de vida y las opiniones de los jóvenes españoles relativos a la afectividad y la sexualidad. Con este conocimiento se podrá valorar si debe mejorarse la información que actualmente se ofrece a los jóvenes sobre sexualidad y prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS) desde los diferentes ámbitos sociales.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Investigar el conocimiento que tienen los jóvenes españoles sobre las medidas de prevención de ITS, en especial, las medidas de reducción del número de parejas sexuales y el uso de preservativos, e identificar los factores educativos que se asocian a los conocimientos erróneos.
2. Identificar los factores que pueden influir en la decisión de iniciarse sexualmente durante la juventud.
3. Conocer las razones por las que los jóvenes tuvieron su primera relación sexual e identificar los factores relacionados con desarrollar sentimientos de decepción y arrepentimiento hacia la primera relación sexual.
4. Valorar el impacto del ambiente social y de otros aspectos de la educación sexual de los jóvenes españoles en su opinión sobre el aborto.

## **3. MÉTODOS**



### 3.1. DISEÑO DEL ESTUDIO

Para conseguir los objetivos anteriormente planteados, se ha realizado un estudio descriptivo transversal.

Los datos se han recogido a través de un cuestionario ad-hoc sobre los estilos de vida y las opiniones de los jóvenes en afectividad, amor y sexualidad.

Inicialmente, se diseñó un cuestionario base destinado a ser implementado en diversos países. Posteriormente, se adaptó para ser implementado en España. La selección de las variables que finalmente compusieron el cuestionario implementado en España se basó en la evidencia científica que han aportado numerosos estudios sobre los factores asociados a ciertos desenlaces desfavorables en salud sexual y reproductiva como referir un diagnóstico de ITS, tener actividad sexual juvenil o sentir decepción o arrepentimiento hacia las primeras relaciones sexuales. Además, se incorporaron preguntas de elaboración propia con el objetivo de estudiar otras asociaciones de interés. El cuestionario implementado se adjunta en el anexo 1. Otra versión del mismo cuestionario base fue implementada en una muestra de jóvenes filipinos de 13-24 años (de Irala et al., 2009). Se trató de un trabajo previo, realizado con vistas al presente estudio que tuvo la finalidad de ir conformando el cuestionario definitivo que se ha implementado en España.

El cuestionario era anónimo con el fin de facilitar la sinceridad en las respuestas de los sujetos y de asegurar la confidencialidad durante el proceso de análisis de datos.

En marzo del año 2008, se realizó una primera prueba piloto de la versión preliminar del cuestionario en castellano con un grupo de 28 jóvenes inmigrantes de 15-17 años (el 60% chicas y el 40% chicos). Con ello pretendíamos estudiar si las preguntas eran bien entendidas por los jóvenes y, en caso necesario, cambiar y/o añadir o suprimir alguna pregunta o aspecto concreto de ellas, con el fin de hacer el cuestionario más inteligible.

Posteriormente, en abril del 2008, se llevó a cabo un segundo estudio piloto del mismo cuestionario con 25 estudiantes (el 60% chicas y el 40% chicos) de la Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra con edades comprendidas entre los 19 y los 22 años. Ambas pruebas piloto nos permitieron obtener información valiosa sobre el diseño del cuestionario procedente de sujetos con edades similares a las de nuestra población de estudio y de distintos niveles socioeconómicos.

En último lugar, se encargó a una empresa de estudios de mercado, la implementación del cuestionario. La empresa seleccionada fue GfK-emer España. Esta empresa hace sus propios análisis de calidad y nos transmitió algunas sugerencias de mejora sobre la encuesta. La empresa GfK-emer España está integrada en el grupo GfK, quinto grupo mundial de investigación de mercados, con más de 140 empresas en 63 países (40 de ellas en países europeos). Además, es miembro de la Asociación Nacional de Empresas de Investigación de Mercados y de la Opinión Pública (ANEIMO) y de la European Society for Opinion and Marketing Research Association (ESOMAR). GfK-emer España sigue los criterios éticos de la Asociación Española de Estudios de Mercado, Marketing y Opinión (AEDEMO)<sup>1</sup>.

La versión final del cuestionario constó de 53 preguntas y su cumplimentación se estimó en aproximadamente 30 minutos (anexo 1).

Las variables que compusieron el cuestionario pueden agruparse en las siguientes categorías:

- Datos sociodemográficos: edad, sexo, nivel educativo del sustentador del hogar, tipo de colegio (público/privado), religión y práctica religiosa.
- Características familiares: personas de la familia con quien vive, grado de satisfacción de las relaciones familiares, supervisión parental durante el tiempo de ocio, temas que hablan padres e hijos y sobre los que

---

<sup>1</sup> El Comité de Ética de AEDEMO tiene como principal objetivo velar por el respeto de los Códigos de Ética Profesional y de las Guías de Conducta a los que está adherida esta Asociación, en especial, del Código Deontológico de la Cámara Internacional de Comercio y de la ESOMAR

- quieren hablar más, la importancia de la opinión de los padres sobre diversas cuestiones.
- Amistades y relaciones sociales: número de amigos, algunas características del grupo de amigos, la importancia de la opinión de los amigos.
  - Estudio y educación sexual en el colegio: si suele aprobar o no todas las asignaturas, horas de estudio entre semana, temas de amor y sexualidad que les han explicado en el colegio y sobre los que les gustaría saber más.
  - Algunas características personales del joven: algunos rasgos de impulsividad, aspectos relacionados con su grado de felicidad.
  - Ocio y aficiones: nuevas tecnologías que poseen, nivel de gastos semanales, actividades de ocio que realizan, programas de televisión que suelen ver.
  - Sexualidad: iniciación sexual, razones por las que han tenido o no su primera relación sexual, sentimientos de decepción y arrepentimiento, diagnóstico de ITS.
  - Conocimientos sobre las medidas de prevención de ITS y las fuentes de información sobre sexualidad.
  - Opiniones sobre temas de afectividad, amor y sexualidad.
  - Contexto social: opiniones del entorno social sobre las relaciones sexuales.

La implementación se realizó on-line. En un primer tiempo, se presentó a los jóvenes un texto introductorio que incluía el consentimiento informado, en el cual se explicaba que la decisión de contestar el cuestionario equivalía a la aceptación de participar en el estudio. En él se recordaba que el cuestionario era anónimo y, por tanto, se les animaba a ser sinceros en sus contestaciones. En el caso de que alguna pregunta les hiciera sentir incómodos, podían elegir la opción de respuesta "No quiero contestar". Finalmente, se les informó del tiempo que podían emplear en contestarla (unos 30 minutos aproximadamente) y se les agradeció su colaboración de antemano.

Una vez que habían leído el texto introductorio, podían comenzar a rellenar la encuesta. Las preguntas se iban presentando al encuestado a través de distintas pantallas en el ordenador.

Al finalizar la encuesta on-line, y una vez cerrada, de modo que no era posible retroceder en ella para modificar las respuestas, cada joven entrevistado recibió un mensaje en forma de recomendación sobre conducta sexual (anexo 4). Dicho mensaje se elaboró teniendo en cuenta las recomendaciones dirigidas a los jóvenes sobre conducta sexual que establece el consenso científico publicado en la revista *The Lancet* (Halperin et al., 2004). Este mensaje tuvo la finalidad de proteger la integridad del joven que no se ha iniciado sexualmente.

Este estudio cuenta con la aprobación pertinente de un Comité de Ética de Investigación (anexo 2).

Las principales características metodológicas del estudio se resumen en la siguiente tabla (tabla 3.1.).

Tabla 3.1. Principales características metodológicas del estudio

PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DEL ESTUDIO	
<b>Ámbito poblacional</b>	Jóvenes de 16-20 años
<b>Representatividad geográfica</b>	España
<b>Período del trabajo de campo</b>	Noviembre 2008-Enero de 2009
<b>Diseño del estudio</b>	Descriptivo transversal
<b>Tipo de muestreo</b>	Aleatorio
<b>Tamaño de la muestra</b>	1052
<b>Selección de la muestra</b>	Jóvenes de 16-20 años de todas las Comunidades Autónomas españolas pertenecientes al banco de datos de la empresa de estudios de mercado GfK-emer Research
<b>Instrumento de recogida de datos</b>	Encuesta auto-administrada de carácter anónimo
<b>Metodología</b>	On-line
<b>Secciones del cuestionario y número de preguntas por sección</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Características sociodemográficas. (9 preguntas)</li> <li>▪ Características familiares (5 preguntas).</li> <li>▪ Estudio y educación sexual en la escuela (3 preguntas).</li> <li>▪ Amigos y relaciones sociales (4 preguntas).</li> <li>▪ Ocio y aficiones (5 preguntas).</li> <li>▪ Características personales (3 preguntas).</li> <li>▪ Sexualidad (11 preguntas).</li> <li>▪ Conocimiento sobre las medidas de prevención de ITS y las fuentes de información sobre sexualidad (4 preguntas).</li> <li>▪ Opiniones sobre afectividad, amor y sexualidad (6 preguntas).</li> <li>▪ Opiniones del entorno social sobre las relaciones sexuales (3 preguntas).</li> </ul>
<b>Tiempo de cumplimentación</b>	30 minutos
<b>Personal implicado en el trabajo de campo</b>	Empresa de estudios de mercado (GfK-emer España)
<b>Instituciones participantes en el proyecto de investigación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra</li> <li>▪ Instituto de Ciencias para la Familia de la Universidad de Navarra</li> <li>▪ Departamento de Salud del Gobierno de Navarra</li> </ul>

### **3.2. SELECCIÓN DE LA MUESTRA**

#### **3.2.1. Criterios de inclusión**

- a. La participación en este estudio ha sido voluntaria y anónima.
- b. Puesto que el estudio investiga los estilos de vida y las opiniones de los jóvenes españoles sobre afectividad, amor y sexualidad se incluyen como participantes a jóvenes de ambos sexos, con edades comprendidas entre 16 y 20 años y pertenecientes a todas las Comunidades Autónomas españolas.
- c. Dado que la metodología de la encuesta es on-line, los sujetos deben poder acceder a Internet desde algún ordenador.

#### **3.2.2. Criterios de exclusión**

- a. Menores de 16 años: En el ámbito jurídico, se fija la “mayoría de edad médica” a los 16 años (Amarilla, 2004). Teniendo en consideración este dato, se prefirió para este estudio una población con una edad mínima de 16 años que pudiera asumir la decisión de participar en él con mayor libertad.
- b. Mayores de 20 años: se decidió incluir a jóvenes mayores de 16 años y hasta una edad de 20 años con la finalidad de tener en la muestra a jóvenes de ambos grupos (menores y mayores de 18 años), dado que la “mayoría de edad legal” en España está establecida a los 18 años.

#### **3.2.3. Estimación del tamaño muestral**

Para estimar el tamaño de la muestra se tuvieron en cuenta los datos de estudios previos en los cuales el 57,8% de los jóvenes españoles de 16-20 años habían tenido relaciones sexuales (Centro de Investigaciones Sociológicas, 2008). Con un nivel de confianza del 95% y una precisión del  $\pm 3\%$ , el tamaño de muestra estimado fue de 1041 para la muestra de jóvenes españoles. Estos parámetros fueron escogidos considerando, por un lado, la necesidad de obtener una muestra suficientemente grande y, por otro, las limitaciones presupuestarias.

Además, las asociaciones entre distintas variables han de ser estudiadas mediante análisis multivariantes que ajustan por posibles variables de confusión. A la hora de estimar el tamaño muestral, se ha tenido en cuenta que serían necesarios 10 sujetos por cada variable continua y/o variable dummy (de una variable categórica) incluida en el modelo estadístico de ajuste. Así, se consideró que un tamaño de muestra de 1052 sujetos aportaba suficiente potencia estadística a los análisis que se realizarían.

### **3.3. IMPLEMENTACIÓN DE LOS CUESTIONARIOS**

El cuestionario fue utilizado en dos estudios de similares características y subvencionados por dos entidades diferentes. Por un lado, se implementó en una muestra representativa de jóvenes españoles de 16-20 años (estudio subvencionado por el Instituto de Ciencias para la Familia de la Universidad de Navarra), y por otro, en una muestra representativa de jóvenes navarros del mismo rango de edad (estudio subvencionado por el Gobierno de Navarra).

La recogida de los datos de ambos estudios se inició a finales del mes de noviembre de 2008 y concluyó a mediados de enero de 2009. Fue llevada a cabo por la empresa de estudios de mercado GfK-emer España, que realizó tanto la captación de los participantes como la implementación del cuestionario.

En el estudio de España, la empresa envió un correo electrónico con información general sobre nuestro estudio a aquellos jóvenes de su banco de datos que reunían las características requeridas de participación en el estudio. El perfil de los entrevistados fue confirmado a través de entrevistas telefónicas llevadas a cabo por la empresa. Los jóvenes que mostraron su interés en la encuesta, accedieron a ella a través de un enlace.

En el estudio de Navarra, la captación se realizó en la calle, de manera personal. La empresa entregó a aquellos jóvenes que cumplían los criterios de inclusión una carta de presentación del estudio en la que se informaba de la finalidad del estudio y se les animaba a participar en él. Se incluyeron, además,

los datos de contacto del investigador principal del proyecto para que pudieran resolver las dudas que les surgieran al respecto (anexo 3). A los jóvenes que mostraron su interés en participar, se les facilitó el enlace web a través del cual podrían acceder a la encuesta desde cualquier ordenador con conexión a Internet.

Se solicitó la participación de los jóvenes de manera consecutiva hasta llegar en cada estudio al número proyectado de participantes (800 sujetos en el estudio de España y 250 en el de Navarra).

### **3.4. ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

#### **3.4.1. Base de datos**

La empresa de estudios de mercado entregó las bases de datos de los dos estudios en el soporte informático SPSS, versión 15.0. Ambas bases se fundieron en una sola. Todos los datos fueron pesados con el objetivo de corregir las diferencias de la muestra de estudio con respecto de la población general. La empresa de estudios de mercado construyó la variable de ponderación de la muestra. Las variables utilizadas para estratificar la muestra y compararla con los datos de la población general fueron el sexo, la edad y la comunidad autónoma de residencia. La muestra, así, cumple con los criterios de representatividad de la población española en dicho rango de edad, según los datos del Padrón del año 2007 (Instituto Nacional de Estadística, 2007).

Las preguntas que recogieron la principal información sociodemográfica del entrevistado (sexo, edad y provincia de residencia) no ofrecían la opción de respuesta “No quiero contestar” como sí hacían el resto de preguntas. Es por ello que no hubo datos faltantes en estas variables principales y no se procedió a eliminar ningún sujeto de la base de datos por este motivo.

Con el objetivo de buscar posibles incongruencias en las respuestas de los sujetos, se realizaron diversos análisis estadísticos que llevaron a cruzar algunas variables relacionadas entre sí. Se analizaron las siguientes respuestas incongruentes:

- Si algún joven señaló que no había tenido aún relaciones sexuales (pregunta 27, anexo 1) y, simultáneamente contestaba a alguna o varias de las siguientes preguntas sobre:
  - La edad de la primera relación sexual (pregunta 30, anexo 1)
  - El uso del preservativo durante la primera relación sexual (pregunta 31, anexo 1)
  - Las razones por las que ha tenido su primera relación sexual (pregunta 32, anexo 1)
  - Las razón principal por la que ha tenido su primera relación sexual (pregunta 33, anexo 1)
  - Haber tenido o no alguna relación sexual con su pareja sin su consentimiento (pregunta 34, anexo 1)
  - Los sentimientos de decepción y grado de satisfacción con respecto a la primera relación sexual (pregunta 35, anexo 1)
  
- Si algún joven contestó que ya había tenido relaciones sexuales (pregunta 27, anexo 1) y, simultáneamente señalaba alguna razón por la que no ha tenido aún relaciones sexuales (pregunta 28, anexo 1).
  
- Si algún joven contestó que no está de acuerdo con que una mujer pueda abortar (pregunta 40, anexo 1) y, simultáneamente señalaba alguna de las dos opciones de respuesta:
  - Siempre que ella lo quiera
  - Siempre que su pareja lo quiera
  - Siempre que ambos lo quieran
  - A condición de que haya sido bien informada de las alternativas al aborto
  - Solamente en ciertas circunstancias
  
- Contestar que se tenía una edad inferior (pregunta 1, anexo 1) a la edad con la que se tuvo la primera relación sexual (pregunta 30, anexo 1).

Sin embargo, no se halló ningún caso que contestara de manera incongruente ante tales cuestiones.

### **3.4.2. Análisis estadísticos utilizados**

Una vez descartada la posible existencia de sujetos con incongruencias en sus respuestas, se realizaron análisis estadísticos descriptivos con medidas de dispersión y tendencia central de las principales variables cuantitativas del cuestionario, como la edad, y medidas de frecuencia para las variables cualitativas. Junto con los análisis descriptivos, se realizaron pruebas de contraste de hipótesis y estimaciones de intervalos de confianza. Para la comparación de variables se utilizó el test exacto de Fisher, el test de ji-cuadrado de Pearson, el test de Mc Nemar, el test de tendencia lineal de ji-cuadrado para variables ordinales y el test de la t de Student para la comparación de medias. Los sujetos que señalaron la opción “No quiero contestar” se consideraron como datos faltantes/perdidos en esa(s) variable(s).

Todos los tests se realizaron a dos colas, ya que al no haber muchos datos previos de otros estudios planteamos las hipótesis alternativas de manera bilateral (Martínez-González, de Irala, & Contraste de hipótesis, 2007).

Las preguntas planteadas en los objetivos de este trabajo se han respondido utilizando el análisis multivariable de regresión logística no condicional para determinar qué variables se asocian a los desenlaces de interés en nuestro estudio:

- (a) Creer que el preservativo protege completamente frente al VIH.
- (b) Haber tenido relaciones sexuales.
- (c) Desear no haber tenido la primera relación sexual.
- (d) Estar de acuerdo con que una mujer pueda abortar.

### **3.4.3. Recodificación de variables**

Se recodificaron algunas variables continuas y se crearon nuevos grupos de variables categóricas que fueron introducidas en los análisis univariantes y multivariantes:

*Frecuencia de asistencia a la iglesia o templo de su religión:*

Las opciones dadas en la pregunta 49 (anexo 1) se agruparon en 2 categorías:

- 1.- Una vez a la semana o más de una vez a la semana
- 2.- Alguna vez al mes, algunas veces al año, casi nunca o nunca.

*Grado de religiosidad*

Para realizar los análisis descriptivos, se creó una variable dicotómica nueva a partir de las preguntas de la encuesta referentes a la religión (preguntas 48-50, anexo 1), que clasificase a los jóvenes según su grado de religiosidad:

- 1.- Jóvenes con religión, que afirman que la fe es una influencia importante en sus vidas y que asisten con frecuencia ( $\geq 1$  vez/semana) a los servicios religiosos.
- 2.- Jóvenes que no cumplen alguna de las condiciones anteriores.

*Nivel de estudios del sustentador principal del hogar:*

Las distintas opciones de la pregunta 51 (anexo 1) se agruparon, inicialmente, en 3 grupos:

- 1.- Sin estudios, estudios básicos (graduado escolar) o formación profesional.
- 2.- Con bachillerato
- 3.- Con estudios universitarios (diplomatura o licenciatura)

Para el análisis de regresión logística reagrupamos en sólo 2 categorías, con el fin de identificar posibles diferencias en ambos grupos:

- 1.- Sin estudios o con estudios básicos
- 2.- Con bachillerato o estudios universitarios.

*Ocio saludable*

Para poder estudiar el tipo de ocio de los jóvenes se creó una variable continua nueva denominada “ocio saludable”, a partir de los 11 ítems de la pregunta 13 del cuestionario (anexo 1). Dichos ítems miden la opinión del entrevistado a través de una escala Likert de 5 puntos.

Con este fin, se dicotomizaron, en primer lugar, los 11 ítems de la pregunta 13. De este modo, se obtuvieron distintas variables que clasificaban a los jóvenes según la frecuencia con la que practicaban cada actividad.

1.- Jóvenes que practican semanalmente una actividad: aquellos que señalan una frecuencia de “1-2 días a la semana”, “3-5 días a la semana” y “casi todos o todos los días”.

2.- Jóvenes que practican una actividad de manera ocasional o nunca: aquellos que señalan una frecuencia de “nunca” o “alguna vez al mes o menos”.

En segundo lugar, se invirtieron las puntuaciones de los siguientes ítems para que una frecuencia semanal significara “frecuencia menos saludable” y una frecuencia ocasional “frecuencia más saludable”:

- “Pasar el rato en la calle, en un parque, en la playa o en otros lugares públicos”
- “Ir a discotecas, bares, etc. “
- “Estar en centros comerciales, salas de juegos, billares, estadio de fútbol”
- “Reunirte en un local donde sólo estáis el grupo de amigos/as, sin adultos presentes”
- “Usar Internet (navegar, chatear, usar el correo electrónico, etc.), jugar con videojuegos”
- “Ver la televisión, escuchar música, leer revistas juveniles”

Una vez invertidas estas puntuaciones, se calculó en cada sujeto el número de ítems de la pregunta 13 en los que tenían una frecuencia saludable. Dicha puntuación es el valor de la nueva variable denominada “ocio saludable” que puede tomar valores entre 0 y 11. Aquellos sujetos que señalaron la opción “no quiero contestar” en más de la mitad de los ítems se consideraron como datos perdidos en esta variable.

#### Valoración de la importancia de la opinión de los padres

Para poder estudiar la valoración general que hacen los jóvenes sobre la opinión de sus padres en las diversas cuestiones sugeridas en el cuestionario

se creó una variable continua nueva denominada “valoración de la importancia de la opinión de los padres”, a partir de los ítems referidos a la opinión de los padres de la pregunta 16 del cuestionario (anexo 1). Dichos ítems miden la opinión del entrevistado a través de una escala Likert de 5 puntos. Con este fin, se calculó en cada sujeto la media de puntuación de todos los ítems. Dicha media es el valor de cada sujeto en la nueva variable denominada “valoración de la importancia de la opinión de los padres”. Aquellos sujetos que señalaron la opción “no quiero contestar” en más de la mitad de los ítems se consideraron como datos perdidos en esta variable.

#### *Valoración de la importancia de la opinión de los amigos*

Del mismo modo que la variable anterior, se creó una variable continua nueva denominada “valoración de la importancia de la opinión de los amigos”, a partir de los ítems referidos a la opinión de los amigos de la pregunta 16 del cuestionario (anexo 1). La opinión del entrevistado en estos ítems se mide a través de una escala Likert de 5 puntos. Con el fin de obtener una puntuación general sobre la importancia de la opinión de los amigos, se calculó en cada sujeto la media de puntuación de todos los ítems. Dicha media es el valor de cada sujeto en la nueva variable denominada “valoración de la importancia de la opinión de los amigos”. Aquellos sujetos que señalaron la opción “no quiero contestar” en más de la mitad de los ítems se consideraron como datos perdidos en esta variable.

#### *Alguna opinión que no fomenta el autocontrol*

Para realizar los análisis estadísticos analíticos, se creó una variable dicotómica nueva, a partir de las opiniones de los jóvenes sobre afectividad, amor y sexualidad (pregunta 26, anexo 1), que clasificase a los sujetos según tuvieran alguna(s) opinión(es) que no fomenta(n) el autocontrol, o ninguna:

- 1.- Jóvenes que están de acuerdo con alguna de estas dos opiniones: “tener relaciones sexuales es una necesidad biológica que hay que satisfacer” y “me parece bien que una pareja tenga contactos físicos de tipo sexual sin llegar a tener relaciones sexuales completas” y/o no están de acuerdo con que la masturbación y el ver pornografía deberían evitarse.
- 2.- Jóvenes que no cumplen alguna de las condiciones anteriores.

Opinión sobre el inicio de la vida:

Las opciones dadas en la pregunta 38 del cuestionario (anexo 1) se agruparon en 2 categorías:

- 1.- En la fecundación.
- 2.- Resto de categorías: en la implantación, a partir de la implantación (es decir, en algún momento del desarrollo embrionario o fetal), en el momento de nacer o no estoy seguro.

Opiniones del entorno social sobre las relaciones sexuales sin compromiso

Para realizar los análisis estadísticos analíticos se crearon 2 variables dicotómicas diferentes:

- 1.- Que alguna(s) persona(s) de su entorno cercano (el padre, la madre, los hermanos, los amigos o algún profesor en quien confía) opine(n) que “está bien tener relaciones sexuales a su edad para pasárselo bien, sin que haya amor ni compromiso”
- 2.- Que nadie de su entorno cercano esté de acuerdo con esa opinión.

Opiniones del entorno social sobre esperar

- 1.- Que alguna(s) persona(s) de su entorno cercano (el padre, la madre, los hermanos, los amigos o algún profesor en quien confía) opine(n) que “es mejor esperar al matrimonio (casarse) para tener relaciones sexuales”
- 2.- Que nadie de su entorno cercano esté de acuerdo con esa opinión.

Dinero que gastan a la semana

Se categorizaron en una variable dicotómica a aquellos jóvenes que refirieron gastar más de 20 euros semanales y aquellos que indicaron 20 euros o menos.

Impulsividad

Para realizar los análisis estadísticos analíticos se creó una variable dicotómica nueva a partir de la pregunta que hace referencia a algunos aspectos de la personalidad del joven (pregunta 44, anexo 1) que clasificase a los jóvenes en dos grupos según tuvieran o no algún(os) rasgo(s) propio(s) de un carácter más impulsivo.

1.- Jóvenes con alguno de los tres rasgos de carácter impulsivo: aquellos que refieren que no suelen terminar las cosas/proyectos que empieza, que tienden a querer conseguir las cosas inmediatamente o que no suelen pensar y planificar el futuro.

2.- Jóvenes que no tienen ninguno de los tres rasgos de carácter impulsivo: aquellos que no refieren ninguna de las características anteriores.

*Tener la primera relación sexual por alguna razón que sugiera presión externa o dejarse llevar por la excitación sexual*

Para el análisis de regresión logística, se creó una variable dicotómica nueva a partir de la pregunta referente a las razones por las que habían tenido su primera relación sexual (pregunta 32, anexo 1) de modo que clasificase a los jóvenes en dos grupos:

1.- Jóvenes que refieren alguna de las siguientes razones: pensar que su pareja podía dejarle, su pareja le dijo que le dejaría si decía que no, no saber decir no a alguien que le estaba insistiendo en tenerlas, querer ser más popular, no querer ser diferente a los amigos que ya las tenían, como consecuencia de haber bebido o tomado drogas, de ver imágenes de sexo o por dejarse llevar de la excitación física del momento sin que fuese su intención inicial.

2.- Jóvenes que no refieren ninguna de las razones anteriores.

*Hablar con los padres sobre temas afectivos*

Para realizar los análisis estadísticos analíticos se creó una variable dicotómica nueva a partir de la pregunta que hace referencia a los temas que han hablado con sus padres (pregunta 19, anexo 1). De este modo, se clasificó a los jóvenes en dos grupos, según el número de temas afectivos que referían haber hablado con sus padres con bastante o mucha frecuencia.

1.- Jóvenes que refieren haber hablado bastante/mucho con los padres más de 3 temas afectivos

2.- Jóvenes que refieren haber hablado bastante/mucho con los padres 3 temas afectivos o menos.

Aquellos sujetos que señalaron la opción “no quiero contestar” en más de la mitad de los ítems se consideraron como datos perdidos en esta variable.

*Opiniones de los padres sobre las relaciones sexuales*

Para realizar los análisis estadísticos analíticos se creó una variable dicotómica nueva a partir de las preguntas que hacen referencia a las opiniones de sus padres sobre las relaciones sexuales (preguntas 21, 22 y 23, anexo 1).

Los siguientes mensajes se consideraron favorables al matrimonio y al retraso del inicio de las relaciones sexuales en los jóvenes: “querer acertar en la elección de la persona con quien formar una familia”, “si te casas, desear que tu matrimonio dure toda la vida” y “opinar que es mejor esperar al compromiso del matrimonio (casarse) para tener relaciones sexuales”.

Este mensaje se consideró que podía fomentar el inicio de las relaciones sexuales en los jóvenes: “me parece bien que los jóvenes de tu edad tengan relaciones sexuales para pasárselo bien, sin que haya amor ni compromiso”.

Se calculó en cada sujeto una puntuación como resultado de restar los mensajes positivos y los negativos. Dicha puntuación es el valor de la nueva variable denominada “Opiniones de los padres sobre las relaciones sexuales” que puede tomar valores entre 0 y 6. Aquellos sujetos que señalaron la opción “no quiero contestar” en más de la mitad de los ítems se consideraron como datos perdidos en esta variable.

#### Conversaciones con los padres

Para realizar los análisis estadísticos analíticos se creó una variable dicotómica nueva a partir de las dos variables creadas anteriormente: “Hablar con los padres sobre temas afectivos” y “Opiniones de los padres sobre las relaciones sexuales”. Así, se clasificó a los jóvenes en dos grupos:

- 1.- Jóvenes que refieren haber hablado bastante/mucho con los padres más de 3 temas afectivos y, simultáneamente, obtienen, al menos, una puntuación de 3 en la variable “opiniones de los padres sobre las relaciones sexuales”.
- 2.- Jóvenes que no cumplen alguna de las dos condiciones anteriores.

Aquellos sujetos que se consideraron como datos perdidos en alguna de las variables sobre “Hablar con los padres sobre temas afectivos” y “Opiniones de los padres sobre las relaciones sexuales”, también se consideraron como datos perdidos en esta variable.

#### **3.4.4. Análisis multivariantes de regresión logística**

Como se ha comentado anteriormente, se utilizó el análisis multivariante de regresión logística no condicional para determinar qué variables independientes se asocian con las siguientes variables dependientes dicotómicas:

- (a) Creer que el preservativo protege completamente frente al VIH.
- (b) Haber tenido relaciones sexuales.
- (c) Desear no haber tenido la primera relación sexual.
- (d) Estar de acuerdo con que una mujer pueda abortar.

Para cada uno de los análisis de regresión logística, se comprobó que no hubiera ningún dato perdido (jóvenes que señalaron “no quiero contestar”) en las variables categóricas consideradas. Inicialmente, se realizaron regresiones logísticas “univariantes” con cada variable independiente que deseábamos valorar como factor asociado al desenlace (variable dependiente). Además, se realizaron modelos multivariantes con respecto a cada desenlace ajustando por todas estas variables. Se comprobó, donde fue considerado oportuno, alguna interacción de interés entre las variables independientes. Todos los análisis se realizaron con la muestra ponderada.



## **4. RESULTADOS**



#### **4.1. CUESTIONARIOS ANALIZADOS**

Se analizaron un total de 1052 cuestionarios. Ningún sujeto presentó datos faltantes en las variables de edad, sexo y provincia de residencia. Tampoco se observó ninguna incongruencia en las respuestas de los sujetos y, por tanto, no hubo que eliminar a ningún sujeto de la base de datos.

#### **4.2. CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA**

##### **4.2.1. Características sociodemográficas**

La muestra de estudio es una muestra aleatoria de jóvenes españoles de 16-20 años. La muestra está ponderada en cuanto a edad, sexo y área demográfica (comunidad autónoma en la que residen).

Los jóvenes que la componen se caracterizan por tener una media de edad de 18,7 (IC 95%: 17,4-20,2) y asistir, en su mayor parte, a una institución educativa pública (colegio/instituto/universidad) (76,9%). Casi la mitad se consideran católicos (47,9%). A continuación, se presentan los datos crudos y ponderados de nuestra muestra de estudio (tabla 4.1.).

**4.1. TABLA. Características sociodemográficas de los jóvenes de la muestra.**

CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA		Datos crudos* n(%)	Datos ponderados† n(%)
<b>Sexo</b>	Varones	408 (38,8)	542 (51,3)
	Mujeres	644 (61,2)	514 (48,7)
	Total	1052 (100)	1052 (100)
<b>Edad</b>	16 años	87 (8,3)	200 (19,0)
	17 años	101 (9,6)	204 (19,4)
	18 años	216 (20,5)	208 (19,8)
	19 años	293 (27,9)	215 (20,5)
	20 años	355 (33,7)	225 (21,4)
	Total	1052 (100)	1052 (100)
<b>Comunidad Autónoma</b>	Andalucía	117 (11,1)	224 (21,3)
	Aragón	27 (2,6)	27 (2,6)
	Asturias	16 (1,5)	20 (1,9)
	Canarias	17 (1,6)	53 (5,0)
	Cantabria	7 (0,7)	12 (1,1)
	Castilla y León	52 (4,9)	54 (5,1)
	Castilla La Mancha	30 (2,9)	53 (5,0)
	Cataluña	146 (13,9)	152 (14,4)
	Comunidad Valenciana	82 (7,8)	114 (10,8)
	Extremadura	15 (1,4)	31 (2,9)
	Galicia	42 (4,0)	59 (5,6)
	Islas Baleares	11 (1,0)	24 (2,3)
	La Rioja	9 (0,9)	6 (0,6)
	Madrid	176 (16,7)	135 (12,8)
	Navarra	254 (24,1)	13 (1,2)
	País Vasco	36 (3,4)	40 (3,8)
	Región de Murcia	15 (1,4)	37 (3,5)
Total	1052 (100)	1052 (100)	

\* Datos de la muestra de estudio.

† Datos de la muestra de estudio ponderados por sexo, edad y comunidad autónoma.

Con relación al nivel educativo del sustentador del hogar, el 14,5% de los jóvenes refiere tener un sustentador del hogar sin estudios. El 22,3% refiere que éste tiene el graduado escolar. Del mismo modo, el 36% y el 27,1% de los jóvenes refieren tener un sustentador del hogar que ha cursado el bachillerato y estudios universitarios, respectivamente.

Con respecto a la religión, el 54% se considera católico, el 39,7% refiere que no tiene ninguna y el 6,3% pertenece a otras religiones distintas a la católica.

**4.2.2. Características familiares**

En el momento de realizar la encuesta, el 88,9% vivía con algún (os) miembro (s) de su familia. De ellos, el 80,4% de los jóvenes vivía con su padre y su

madre, el 14,9% sólo con su madre y el 3% sólo con su padre. Un 1,7% de los jóvenes no vivía con ninguno de los dos.

Entre los jóvenes que refirieron no vivir con ambos padres (19,6%), un 89,9% señalaron que sus padres se encontraban separados o divorciados y el 28% que alguno de ellos había fallecido ya.

El 14,5% de refiere no tener hermanos. Sin embargo, la mayoría de los jóvenes (58,3%) refieren tener un solo hermano y el 27,2% dos o más. La media de hermanos en la muestra es de 1,27.

En relación con el grado de supervisión parental, el 67% de los jóvenes (el 62,3% de los varones y el 72% de las mujeres,  $p < 0,01$ ) opinan que sus padres o las personas responsables de él/ella conocen dónde va o lo que hace durante su tiempo libre (solo o con el grupo).

La opinión de los padres es considerada como bastante o muy importante por una mayoría de jóvenes en temas como el consumo de sustancias tóxicas (tabaco, alcohol y drogas), los estudios y los propios puntos de vista personales. En la mayoría de los temas, las mujeres dan mayor importancia que los varones a la opinión de sus padres. Además, la valoración media sobre la opinión de los padres por parte de las mujeres es de 3,42 mientras en los varones es de 3,28. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos sexos respecto a los siguientes temas: la hora de volver a casa, amor y sexualidad y los propios puntos de vista (tabla 4.2.).

**Tabla 4.2. Proporción de varones y mujeres que refieren dar bastante o mucha importancia a la opinión de sus padres sobre los siguientes temas.**

TEMAS GENERALES	VARONES	MUJERES	TOTAL	p <sup>a</sup>
	n (%)	n (%)	n (%)	
Tomar drogas ilegales (marihuana, cocaína, hachís)	394 (75,8)	398 (78,5)	792 (77,1)	0,298
Los estudios	357 (68,9)	372 (74,1)	729 (71,5)	0,071
Fumar y beber alcohol	343 (65,6)	313 (61,6)	656 (63,6)	0,196
Las opiniones o los propios puntos de vista	265 (50,9)	319 (63,8)	584 (57,2)	<0,001
La hora de volver a casa	225 (43,8)	255 (50,4)	480 (47,1)	0,038
Actividades de tiempo libre	235 (45,1)	207 (40,7)	442 (43)	0,166
Temas de amor y sexualidad	152 (29,6)	191 (37,8)	343 (33,7)	0,006
Temas de religión	113 (21,8)	86 (17,1)	199 (19,5)	0,058

Datos presentados por orden decreciente de frecuencia de elección.

Los totales en cada ítem varían en función del número de sujetos que señalaron "No quiero contestar".

<sup>a</sup> Valor p de significación estadística del test exacto de Fisher.

En general, los jóvenes han hablado con mayor frecuencia con sus padres sobre "las drogas y el consumo excesivo de alcohol" y "los lugares de diversión"

Con respecto a los temas relacionados con la sexualidad, menos de la mitad de los jóvenes han hablado con sus padres sobre ellos con bastante o mucha frecuencia. Incluso, algunos temas como "si no quisiera tener relaciones sexuales, cómo decírselo a su pareja", "cómo manejar mejor el impulso o la pasión sexual" o "cómo distinguir entre deseo, atracción sexual y amor" han sido tratados por menos del 15% de los jóvenes.

En general, las mujeres refieren con mayor frecuencia que los varones haber hablado con sus padres sobre estos temas. Los temas más hablados tanto por los varones como por las mujeres son "las drogas y el consumo excesivo del alcohol" y "los lugares de diversión". En todos los casos, el porcentaje de mujeres que habían hablado sobre estos temas con sus padres fue superior al de varones. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos sexos respecto a los siguientes temas: "las drogas y el consumo excesivo del alcohol", "los lugares de diversión", "los cambios en el cuerpo de las mujeres", "el sida y otras ITS", "el embarazo y el comienzo de la vida", "el

preservativo y los métodos anticonceptivos” y “cómo manejar mejor los sentimientos y afectos” (tabla 4.3.).

**Tabla 4.3. Proporción de varones y mujeres que refieren haber hablado con sus padres sobre los siguientes temas con bastante o mucha frecuencia.**

TEMAS HABLADOS CON LOS PADRES	VARONES	MUJERES	TOTAL	p <sup>a</sup>
	n (%)	n (%)	n (%)	
Las drogas y el consumo excesivo de alcohol	235 (46,3)	303 (59,5)	538 (52,9)	<0,001
Los lugares de diversión	250 (49,1)	262 (51,6)	512 (50,3)	0,452
El embarazo y el comienzo de la vida	159 (31,4)	242 (47,9)	401 (39,7)	
El preservativo y los métodos anticonceptivos	160 (31,9)	210 (41,4)	370 (36,7)	0,002
El sida y otras ITS	148 (29,0)	201 (39,7)	349 (34,4)	<0,001
Los cambios en el cuerpo de las chicas (menstruación, desarrollo del busto, etc.)	81 (16,1)	245 (48,2)	326 (32,2)	<0,001
Cómo reconocer a la persona adecuada para construir un futuro juntos	116 (23,0)	128 (25,3)	244 (24,1)	0,419
Cómo manejar mejor los sentimientos y afectos	107 (21,0)	133 (26,4)	240 (23,7)	0,046
Los cambios en el cuerpo de los chicos (barba, tono de voz, emisión nocturna involuntaria de semen, etc.)	117 (23,2)	104 (20,5)	221 (21,8)	0,323
Qué significa enamorarse	100 (19,6)	112 (22,1)	212 (20,9)	0,355
Cómo saber cuándo estar preparado para tener relaciones sexuales	94 (18,9)	84 (16,6)	178 (17,8)	0,364
Cómo distinguir entre deseo, atracción sexual y amor	87 (17,1)	52 (10,4)	139 (13,8)	0,002
Si no quisiera tener relaciones sexuales, cómo decírselo a su pareja	62 (12,3)	74 (14,7)	136 (13,5)	0,311
Cómo manejar mejor el impulso o la pasión sexual	73 (14,3)	53 (10,6)	126 (12,5)	0,086

Datos presentados por orden decreciente de frecuencia de elección.

Los totales en cada ítem varían en función del número de sujetos que señalaron “No quiero contestar”.

<sup>a</sup> Valor p de significación estadística del test exacto de Fisher.

Por otra parte, la mayoría de los jóvenes señalan que quieren hablar más con sus padres de todos los temas que se ha preguntado. Los temas por los que refieren mayor interés son “cómo manejar mejor el impulso o la pasión sexual”, “los cambios en el cuerpo de los chicos”, “los cambios en el cuerpo de las chicas” y “cómo distinguir entre deseo, atracción sexual y amor” (tabla 4.4.).

**Tabla 4.4. Proporción de jóvenes que han manifestado querer hablar más con sus padres sobre los siguientes temas.**

TEMAS SOBRE LOS QUE QUIEREN HABLAR MÁS CON LOS PADRES	TOTAL n (%)
Cómo manejar mejor el impulso o la pasión sexual	781 (80,8)
Los cambios en el cuerpo de los chicos (barba, tono de voz, emisión nocturna involuntaria de semen, etc.)	783 (80,6)
Los cambios en el cuerpo de las chicas (menstruación, desarrollo del busto, etc.)	765 (78,7)
Cómo distinguir entre deseo, atracción sexual y amor	747 (78,2)
Cómo saber cuándo estar preparado para tener relaciones sexuales	750 (77,1)
Si no quisiera tener relaciones sexuales, cómo decírselo a su pareja	736 (75,4)
Las drogas y el consumo excesivo de alcohol	703 (72,8)
Cómo manejar mejor los sentimientos y afectos	705 (72,1)
Qué significa enamorarse	693 (71,1)
Cómo reconocer a la persona adecuada para construir un futuro juntos	687 (71,0)
El embarazo y el comienzo de la vida	673 (69,8)
El preservativo y los métodos anticonceptivos	669 (69,6)
El sida y otras ITS	649 (68,0)
Los lugares de diversión	637 (66,1)

Datos presentados por orden decreciente de frecuencia de elección.

Los totales en cada ítem varían en función del número de sujetos que señalaron "No quiero contestar".

#### **4.2.3. Rendimiento académico y educación afectivo-sexual en la escuela**

El 94,8% de los jóvenes de nuestra muestra son estudiantes. El 5,2% restando no está matriculado en ningún curso. Entre los jóvenes que estudian, el 82,1% acude a una institución educativa pública (colegio/instituto/universidad), el 16% a una privada y el 1,9% refiere no saberlo.

Se preguntó a los jóvenes estudiantes si suelen aprobar todas las asignaturas durante el curso. El 74,2% contestó afirmativamente mientras un 25,8% señaló que no.

El 39,9% refieren dedicar 4 horas o menos a estudiar entre semana (de lunes a viernes) fuera del horario escolar. Un 29,8% refieren estudiar entre 5 y 7 horas y un 30,3% 8 horas o más.

Con respecto a algunos aspectos afectivos relacionados con la educación sexual que reciben en el colegio, sólo el 43,9% de los jóvenes señala que en el colegio le han explicado alguno de los temas afectivo-sexuales preguntados en la encuesta. Los temas más tratados en la escuela, según los jóvenes, son: “cómo saber cuándo estar preparado para tener relaciones sexuales” y “si no quisiera tener relaciones sexuales, cómo decírselo a su pareja”. Sin embargo, un porcentaje mayor de jóvenes manifiestan querer saber más sobre estos mismos temas. La disparidad entre el deseo de saber más y las explicaciones recibidas en el colegio es mayor en los temas siguientes: cómo manejar los sentimientos y afectos, cómo distinguir entre deseo, atracción y amor y cómo manejar mejor el impulso o la pasión sexual (tabla 4.5.).

**Tabla 4.5. Proporción de jóvenes que refieren que les han explicado bastante o mucho en la escuela los siguientes temas en comparación con los que manifiestan querer saber más sobre ellos.**

TEMAS DE AFECTIVIDAD, AMOR Y SEXUALIDAD	LES HAN EXPLICADO	QUIEREN SABER MÁS
	n (%)	n (%)
Cómo saber cuándo estar preparado para tener relaciones sexuales	269 (26,5)	364 (37,4)
Qué significa enamorarse	144 (14,3)	352 (36,8)
Si no quisiera tener relaciones sexuales, cómo decírselo a su pareja	228 (22,5)	369 (38,5)
Cómo reconocer a la persona adecuada para construir un futuro juntos	136 (13,5)	361 (37,1)
Cómo manejar mejor los sentimientos y afectos	202 (19,9)	421 (43,4)
Cómo manejar mejor el impulso o la pasión sexual	149 (14,7)	352 (36,0)
Cómo distinguir entre deseo, atracción sexual y amor	177 (17,6)	395 (40,7)

Datos presentados por orden de los ítems en el cuestionario.

Los totales en cada ítem varían en función del número de sujetos que señalaron “No quiero contestar”.

#### 4.2.4. Los amigos y las relaciones sociales

La gran mayoría de los jóvenes (76,8%) manifiestan tener entre 1 y 5 amigos íntimos. El 21% más de 5 y sólo el 2,3% dice no tener ninguno.

El 85,9% de los jóvenes (81,5% de los varones y el 90,7% de las mujeres,  $p < 0,001$ ) refieren que pueden opinar libremente en su grupo de amigos porque creen que le van a respetar. Por otra parte, el 56,9% (56,1% de los varones y

57,9% de las mujeres) refieren saber qué hacer en su tiempo libre con el grupo de amigos.

En general, menos de la mitad de los jóvenes considera bastante o muy importante la opinión de los amigos sobre los temas propuestos en la encuesta, excepto en “las propias opiniones o puntos de vista”. Los temas en que consideran menos importante la opinión de los amigos son la religión, la hora de volver a casa y el consumo de tabaco (tabla 4.6.). En la mayoría de los temas, las mujeres dan más importancia que los varones a la opinión de sus amigos. La valoración media sobre la opinión de los padres por parte de las mujeres es de 2,91 mientras en los varones es de 2,73. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos sexos respecto a los siguientes temas: la hora de volver a casa, el amor y la sexualidad, los estudios y los propios puntos de vista.

**Tabla 4.6. Proporción de varones y mujeres que refieren dar bastante o mucha importancia a la opinión de sus amigos sobre los siguientes temas.**

TEMAS GENERALES	VARONES	MUJERES	TOTAL	p <sup>a</sup>
	n (%)	n (%)	n (%)	
Sus puntos de vista personales	235 (45,6)	339 (66,7)	574 (56,1)	<0,001
Temas de amor y sexualidad	195 (37,4)	274 (53,9)	469 (45,6)	<0,001
Tomar drogas ilegales (marihuana, cocaína, hachís)	205 (39,5)	227 (44,7)	432 (42,1)	0,100
Actividades de tiempo libre	179 (35,0)	190 (37,4)	369 (36,2)	0,435
Los estudios	149 (28,7)	217 (42,8)	366 (35,7)	<0,001
Fumar y beber alcohol	146 (28,0)	157 (30,9)	303 (29,4)	0,306
La hora de volver a casa	135 (25,9)	100 (19,7)	235 (22,8)	0,018
Temas de religión	65 (12,6)	46 (9,2)	111 (10,9)	0,088

Datos presentados por orden decreciente de frecuencia de elección.

Los totales en cada ítem varían en función del número de sujetos que señalaron “No quiero contestar”.

<sup>a</sup> Valor p de significación estadística del test exacto de Fisher.

En la tabla 4.7. se compara la proporción de jóvenes que refieren dar bastante o mucha importancia a la opinión de los padres y amigos en los diversos temas preguntados. En casi todos los temas propuestos los jóvenes refieren dar mayor importancia a la opinión de sus padres que a la de los amigos, excepto en los temas de amor y sexualidad.

**Tabla 4.7. Proporción de jóvenes que refieren dar bastante o mucha importancia a la opinión de sus padres y amigos sobre los siguientes temas.**

TEMAS GENERALES	OPINIÓN DE LOS PADRES	OPINIÓN DE LOS AMIGOS	p <sup>a</sup>
	n (%)	n (%)	
La hora de volver a casa	480 (47,1)	235 (22,8)	<0,001
Fumar y beber alcohol	656 (63,6)	303 (29,4)	<0,001
Tomar drogas ilegales (marihuana, cocaína, hachís)	792 (77,1)	432 (42,1)	<0,001
Actividades de tiempo libre	442 (43,0)	369 (36,2)	<0,001
Temas de amor y sexualidad	343 (33,7)	469 (45,6)	<0,001
Temas de religión	199 (19,5)	111 (10,9)	<0,001
Los estudios	729 (71,5)	366 (35,7)	<0,001
Sus puntos de vista personales	584 (57,2)	574 (56,1)	0,500

Datos presentados por orden de los ítems en el cuestionario.

Los totales en cada ítem varían en función del número de sujetos que señalaron "No quiero contestar".

<sup>a</sup> Valor p de significación estadística del test de Mc Nemar.

#### 4.2.5. Las actividades de ocio o aficiones

Las actividades de ocio más realizadas por los jóvenes semanalmente son "usar Internet o jugar con videojuegos" y "ver la TV, escuchar música o leer revistas juveniles". "Hacer voluntariado", "asistir a actividades formativas o culturales" y "realizar actividades artísticas" son las menos practicadas.

En la tabla 4.8. se presentan las proporciones de varones y mujeres que refieren realizar dichas actividades, al menos, una vez a la semana. En general, los varones refieren realizar con mayor frecuencia que las mujeres algún deporte e ir al monte. Las mujeres, por su lado, refieren con mayor frecuencia que los varones pasar el rato en la calle u otros lugares públicos, reunirse en locales con el grupo de amigos/as sin adultos presentes, usar Internet o jugar con videojuegos, ver la televisión, escuchar música o leer revistas juveniles y leer libros o el periódico. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos sexos respecto a estas actividades.

**Tabla 4.8. Proporción de varones y mujeres que refieren realizar las siguientes actividades de ocio, al menos, una vez a la semana.**

ACTIVIDADES DE OCIO QUE REALIZAN SEMANALMENTE	VARONES	MUJERES	TOTAL	p *
	n (%)	n (%)	n (%)	
Usar Internet (navegar, chatear, usar el correo electrónico, etc.), jugar con videojuegos	469 (87,2)	477 (93,2)	946 (90,1)	0,002
Ver la TV, escuchar música, leer revistas juveniles	438 (81,7)	479 (94,5)	917 (87,9)	<0,001
Pasar el rato en la calle, en un parque, en la playa o en otros lugares públicos	317 (58,8)	362 (72,4)	685 (65,4)	<0,001
Leer libros (novelas, literatura, poesía...) o el periódico	307 (57,9)	368 (72,6)	675 (65,1)	<0,001
Ir a discotecas, bares, etc.	314 (58,4)	308 (60,6)	622 (59,5)	0,488
Estar en centros comerciales, salas de juegos, billares, estadio de fútbol	267 (49,7)	258 (50,4)	525 (50,0)	0,853
Hacer algún deporte, ir al monte, etc.	327 (61,1)	187 (36,5)	514 (49,1)	<0,001
Reunirse en un local donde sólo estáis el grupo de amigos/as, sin adultos presentes	209 (39,0)	244 (48,4)	453 (43,6)	0,003
Realizar actividades artísticas (solfeo, cantar en un coro, tocar algún instrumento, pintar, etc.)	149 (27,7)	118 (23,2)	267 (25,5)	0,103
Asistir a actividades formativas (cursillos, charlas, catequesis, etc.), al teatro, a museos,...	99 (18,4)	90 (17,7)	189 (18,1)	0,809
Voluntariado (colaborar con alguna ONG, asociación benéfica, etc.)	73 (13,6)	53 (10,4)	126 (12,0)	0,107

Datos presentados por orden decreciente de frecuencia de elección.

Los totales en cada ítem varían en función del número de sujetos que señalaron "No quiero contestar".

\* Valor p de significación estadística del test exacto de Fisher.

En la tabla 4.9. se muestran los porcentajes de jóvenes que refieren no haber realizado nunca algunas actividades de ocio que son especialmente beneficiosas para su propio desarrollo personal. Entre ellas, destaca que más de dos tercios de los jóvenes españoles refieren que nunca han hecho voluntariado social y la mayoría no han realizado actividades de tipo artístico.

**Tabla 4.9. Proporción de jóvenes que refieren no haber realizado nunca las siguientes actividades de ocio.**

ACTIVIDADES DE OCIO QUE NUNCA REALIZAN	JÓVENES
	n (%)
Voluntariado (colaborar con alguna ONG, asociación benéfica, etc.)	771 (73,8)
Realizar actividades artísticas (solfeo, cantar en un coro, tocar algún instrumento, pintar, etc.)	616 (58,8)
Asistir a actividades formativas (cursillos, charlas, catequesis, etc.), al teatro, a museos,...	466 (44,6)
Hacer algún deporte, ir al monte, etc.	220 (21,0)
Leer libros (novelas, literatura, poesía...)o el periódico	144 (13,9)

Datos presentados por orden decreciente de frecuencia de elección.

Los totales en cada ítem varían en función del número de sujetos que señalaron "No quiero contestar".

Además, se preguntó a los jóvenes por el dinero que suelen gastar en su tiempo libre en una semana normal (que no estén de exámenes, vacaciones, etc.). Los jóvenes refirieron gastarse semanalmente un promedio de 38,3 euros. Algunas características de los jóvenes según el dinero que gastan semanalmente se muestran en la tabla 4.10.

**Tabla 4.10. Características de los jóvenes según el dinero que gastan semanalmente.**

CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA	EUROS SEMANALES	p *
<b>Sexo</b>		
Varón (N=540)	39,3	0,584
Mujer (N=512)	37,2	
<b>Edad</b>		
<18 años (N=373)	31,6	0,006
≥18 años (N=631)	42,2	
<b>Nivel educativo del sustentador principal del hogar</b>		
Sin estudios o estudios básicos (N=355)	32,2	0,015
Con bachillerato o estudios universitarios (N=649)	41,6	
<b>Actividad profesional</b>		
Estudia (N=990)	37,6	0,124
No está matriculado en ningún curso de estudios (N=61)	50,9	

\* Valor p de significación estadística del test de la T de Student para la comparación de medias

El 97,1% de los jóvenes indicaron tener un ordenador en casa. De ellos, el 71,8% dispone de ella en su habitación y el 97,3% tiene acceso a Internet. Entre los jóvenes que tienen un ordenador en su habitación con acceso a Internet, el 52,6% tienen instalado un filtro para evitar que se visualicen contenidos no aptos para menores.

El 47,3% refieren tener televisión en su habitación. La mayoría (el 62,8%) la ven todos o casi todos los días. Las “series juveniles y telenovelas” es el programa más visto por los varones (57%) y las mujeres (83,4%). En segundo lugar, se sitúan los “deportes” para los varones (44,8%) y los “programas de variedades y concursos” para las mujeres (51%). Los programas menos vistos por los jóvenes son los culturales o educativos (12,4% de los varones y el 10,7% de las mujeres).

#### 4.2.6. Algunas características personales

El 82,2% de los jóvenes considera satisfactoria la relación que mantiene con su madre y un 67,7% con su padre. El 72,1% señala como satisfactoria la relación que sus padres mantienen entre sí.

Por otra parte, el 76,8% de los jóvenes refiere sentirse libre en su vida en general. Un porcentaje similar de jóvenes, el 76,3%, refiere sentirse contento con la vida que lleva. El 82,5% refiere sentirse querido/a por los demás (por ejemplo por los amigos o los compañeros).

Con respecto a haber recibido agresiones de tipo físico y/o psicológico por parte de alguien, el 52% de los jóvenes refiere que nunca, el 43,8% alguna vez y el 4,3% bastantes veces.

El 14,3% de los jóvenes refiere que no suele terminar las cosas o proyectos que empieza. El 60,8% señala que tiende a querer conseguir las cosas inmediatamente y un 18,7% de los jóvenes afirma que no suele pensar y planificar su futuro. Utilizando la información que aportan dichas variables se podría afirmar que un 72% de los jóvenes encuestados tendrían, al menos, uno de los tres rasgos de carácter impulsivo.

En la encuesta se preguntó también por su frecuencia de asistencia a la iglesia o templo de su religión y la importancia que daban a la fe en su vida diaria. La mayoría de los jóvenes que refieren tener religión asiste de modo ocasional (una vez al mes o menos) a la iglesia (85,8%) y no considera la fe una influencia importante en su vida (73,8%). El 9,8% de los encuestados tiene una alta religiosidad si se tienen en cuenta la frecuencia de asistencia a la iglesia o templo de su religión y la importancia de la fe en su vida diaria.

Con respecto a la cuestión de si se habían planteado alguna vez cuestiones trascendentales como “si hay otra vida después de la muerte” o “la existencia de un ser superior, un dios” el 16,4% de los jóvenes señaló que nunca, un 45,9% alguna vez y un 37,7%, bastantes veces. Entre aquellos que dicen que

no tienen religión, el 23% indicó que nunca, el 46,3% alguna vez y el 30,7% bastantes veces.

### **4.3. CONOCIMIENTO SOBRE LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE ITS**

En este estudio, cuando hablamos del conocimiento sobre las medidas de prevención de ITS nos referimos al conocimiento que tienen los jóvenes sobre los riesgos de tener múltiples parejas sexuales y sobre el riesgo de que se produzca un embarazo o de infectarse con algunas ITS (VIH, virus del Papiloma Humano, virus del Herpes Genital y Clamidia) si se tienen relaciones sexuales con preservativo.

#### **4.3.1. Las fuentes de información sobre sexualidad**

Si calculamos cuántos jóvenes acuden casi siempre o siempre a las distintas fuentes de información sobre temas de amor y sexualidad, obtenemos que las principales fuentes, tanto para los varones como para las mujeres, son los amigos (56,1%) e Internet y las revistas juveniles (35,4%). La madre es la fuente habitual de información para el 15,4% de los jóvenes y el padre, para el 5,7% (tabla 4.11.).

En la tabla 4.12. se presentan la proporción de varones y mujeres que refieren acudir casi siempre o siempre a cada fuente de información en comparación con aquellos que las eligen como fuentes preferidas para informarse sobre sexualidad. La madre es la única fuente que consultan con menor frecuencia de lo que preferirían.

**Tabla 4.11. Proporción de varones y mujeres que refieren acudir casi siempre o siempre a las diferentes fuentes para obtener información sobre temas de amor y sexualidad.**

FUENTE DE INFORMACIÓN SOBRE SEXUALIDAD	VARONES	MUJERES	TOTAL	p <sup>a</sup>
	n (%)	n (%)	n (%)	
Los amigos/as	248 (46,4)	336 (66,3)	584 (56,1)	<0,001
Internet, revistas juveniles	191 (36,0)	176 (34,8)	367 (35,4)	0,697
Libros	89 (16,7)	103 (20,3)	192 (18,5)	0,150
La madre	54 (10,2)	105 (20,9)	159 (15,4)	<0,001
Algún/a profesor/a en quien confía	54 (10,1)	28 (5,1)	80 (7,7)	0,005
Trabajador social	40 (7,6)	26 (5,1)	66 (6,4)	0,127
El padre	46 (8,6)	13 (2,6)	59 (5,7)	<0,001
Sacerdote o pastor	25 (4,7)	9 (1,8)	34 (3,3)	0,009

Datos presentados por orden decreciente de frecuencia de elección.

Los totales en cada ítem varían en función del número de sujetos que señalaron "No quiero contestar".

<sup>a</sup> Valor p de significación estadística del test exacto de Fisher.

Sin embargo, estos datos sobre la fuente habitual de información contrastan con los obtenidos sobre la fuente que preferirían para informarse sobre amor y sexualidad (tabla 4.12). Los varones prefieren en primer lugar a los amigos (40,8%) y en segundo lugar a las revistas juveniles e Internet (13,8%). Sin embargo, las mujeres refieren preferir en primer lugar a la madre (34,1%) y en segundo lugar a los amigos (31,2%). Es especialmente llamativo que aproximadamente el 35% de los jóvenes consulten Internet y las revistas para informarse sobre sexualidad y menos de un 15% las prefieran como su primera fuente de información. De menor importancia para los jóvenes son el profesor, el trabajador social, los libros y el sacerdote o pastor.

**Tabla 4.12. Proporción de jóvenes que refieren consultar casi siempre o siempre las diferentes fuentes de información en comparación con los que la prefieren para informarse.**

FUENTE DE INFORMACIÓN SOBRE SEXUALIDAD	VARONES		MUJERES	
	n (%)		n (%)	
	HABITUAL	PREFERIDA	HABITUAL	PREFERIDA
El padre	46 (8,6)	40 (7,4)	13 (2,6)	3 (0,6)
La madre	54 (10,2)	51 (9,4)	105 (20,9)	175 (34,1)
Los amigos/as	248 (46,4)	221 (40,8)	336 (66,3)	160 (31,2)
Algún/a profesor/a de confianza	54 (10,1)	14 (2,6)	28 (5,1)	13 (2,5)
Trabajador social	40 (7,6)	26 (4,8)	26 (5,1)	41 (8,0)
Sacerdote o pastor	25 (4,7)	3 (0,6)	9 (1,8)	0 (0,0)
Internet, revistas juveniles	191 (36,0)	75 (13,8)	176 (34,8)	49 (9,6)
Libros	89 (16,7)	7 (1,3)	103 (20,3)	12 (2,3)

Datos presentados por orden de los ítems en el cuestionario.

Los totales en cada ítem varían en función del número de sujetos que señalaron "No quiero contestar".

#### **4.3.2. Conocimiento del riesgo de embarazo y de ITS en las relaciones sexuales con preservativo**

El 23,9% de los jóvenes (el 26,6% de los varones y el 21,0% de las mujeres,  $p=0,04$ ) cree que usando preservativos en sus relaciones sexuales no existe ningún riesgo de que se produzca un embarazo y un 40,7% (el 38,4% de los varones y el 43% de las mujeres,  $p=0,09$ ) piensa que el preservativo impide totalmente el contagio por el virus del sida (VIH). En la misma línea, 1 de cada 3 sujetos cree que la protección del preservativo es completa frente a otras ITS como el VPH, el HP y la Clamidia (tabla 4.13.).

**Tabla 4.13. Proporción de jóvenes que creen que el riesgo de embarazo y de infecciones de transmisión sexual en las relaciones sexuales con preservativo es nulo o no saben.**

	EL RIESGO ES NULO*	NO SABEN
	n (%)	n (%)
VIH	422 (40,7)	5 (0,5)
Virus del Papiloma Humano	339 (32,8)	70 (6,8)
Clamidia	330 (32,4)	127 (12,5)
Herpes Genital	334 (32,1)	55 (5,3)
Embarazo	252 (24,3)	3 (0,2)

Datos presentados por orden decreciente de frecuencia de elección.

Los totales en cada ítem varían en función del número de sujetos que señalaron "No quiero contestar".

\*Hace referencia a aquellos jóvenes que señalaron que el riesgo de infección cuando se tienen relaciones sexuales con preservativo es "nulo".

Los jóvenes que creen que el preservativo protege completamente frente al VIH son, en su mayoría, mujeres con una edad más joven, que acuden a la iglesia de manera ocasional o nunca y cuyo sustentador principal del hogar tiene un menor nivel educativo. Una mayor proporción de estos jóvenes refieren una menor puntuación en la variable ocio saludable y tienen alguna(s) opinión(es) sobre sexualidad que no fomenta(n) el autocontrol. Con respecto a la fuente de información sobre sexualidad, acuden con menor frecuencia a la madre (tabla 4.14.).

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los análisis univariantes realizados respecto a la edad, el grado de asistencia a la iglesia, el nivel educativo del sustentador principal del hogar, la fuente de información sobre sexualidad, las opiniones sobre sexualidad y el tipo de ocio entre los jóvenes que creen erróneamente que el preservativo es completamente eficaz para evitar el contagio por VIH, y los que no lo creen (tabla 4.14.).

**Tabla 4.14. Características de los jóvenes que creen que el preservativo protege completamente frente al VIH (análisis univariantes).**

CARACTERÍSTICAS DE LOS JÓVENES	CREE QUE EL PRESERVATIVO PROTEGE COMPLETAMENTE FRENTE AL VIH *	
	n (%)	p *
<b>Sexo</b>		
Varones (N=540)	203 (37,6)	
Mujeres (N=512)	218 (42,6)	0,102
<b>Asistencia a la iglesia<sup>†</sup></b>		
Semanal (N=94)	27 (28,7)	
Ocasional o nunca (N=957)	393 (41,1)	0,020
<b>Nivel educativo del sustentador del hogar</b>		
Sin estudios o estudios básicos (N=388)	175 (45,1)	
Con bachillerato o estudios universitarios (N=663)	245 (37,0)	0,011
<b>Han tenido relaciones sexuales</b>		
Sí (N=605)	233 (38,5)	
No (N=446)	187 (41,9)	0,279
<b>Tienen alguna(s) opinión(es) sobre sexualidad que no fomenta(n) el autocontrol</b>		
Sí (N=964)	399 (41,4)	
No (N=88)	22 (25,0)	0,003
<b>Han hablado más con sus padres sobre los aspectos afectivos de la sexualidad y sus padres están más de acuerdo con mensajes que favorecen el retraso del inicio de las relaciones sexuales</b>		
Sí (N=59)	26 (44,1)	
No (N=992)	394 (39,7)	0,585
<b>Una o más personas de su entorno cercano opina que “Está bien tener sexo por diversión, aunque no haya amor ni compromiso”</b>		
Sí (N=795)	328 (41,3)	
No (N=256)	92 (35,9)	0,142
<b>Una o más personas de su entorno cercano opina que “Es mejor esperar al matrimonio para tener relaciones sexuales”</b>		
Sí (N=269)	102 (37,9)	
No (N=783)	319 (40,7)	0,428
<b>Suelen ver series juveniles o telenovelas</b>		
Sí (N=734)	299 (40,7)	
No (N=318)	122 (38,4)	0,494
<b>Tienen a su madre como fuente habitual de información</b>		
Sí (N=158)	42 (26,6)	
No (N=894)	379 (42,4)	<0,001
<b>Tienen a los amigos como fuente habitual de información</b>		
Sí (N=581)	245 (42,2)	
No (N=470)	175 (37,2)	0,113
<b>Tienen a Internet y las revistas juveniles como fuente habitual de información</b>		
Sí (N=366)	138 (37,7)	0,291
No (N=686)	282 (41,1)	
<b>Suelen aprobar todas las asignaturas del curso</b>		
Sí (N=262)	117 (44,7)	
No (N=735)	281 (38,2)	0,176
No está matriculado en ningún curso (N=54)	23 (42,6)	
<b>Edad</b>		
16 años (N=200)	91 (45,5)	
17 años (N=204)	102 (50,0)	
18 años (N=208)	65 (31,3)	<0,001
19 años (N=216)	74 (34,3)	
20 años (N=224)	88 (39,3)	

\* Incluye a los jóvenes que señalaron que el riesgo de infección cuando se tienen relaciones sexuales con preservativo es “nulo”.

<sup>†</sup> Variable referida sólo a los jóvenes que declaran tener religión.

<sup>a</sup> Valor p de significación estadística del test exacto de Fisher fue usado para las variables dicotómicas, el test de ji cuadrado ( $\chi^2$ ) de Pearson para las variables categóricas y el test de tendencia lineal de ji cuadrado ( $\chi^2$ ) para variables ordinales.

Con respecto al tipo de ocio, la media entre los que creen que el preservativo protege completamente frente al VIH es 3,49 y entre los que no lo creen es 3,86. Es decir, los jóvenes que creen que el preservativo protege completamente frente al VIH tienen un ocio menos saludable.

#### **4.3.3. Conocimiento de los jóvenes de los riesgos de tener múltiples parejas sexuales**

Para valorar el conocimiento que tienen los jóvenes sobre los riesgos de tener múltiples parejas se les preguntó si creían que las situaciones que se les planteaban aumentaban el riesgo de contagiarse por una ITS en comparación con tener una sola pareja sexual en la vida. En todas las situaciones a comparar debían suponer que siempre se utilizaban preservativos. La respuesta correcta en todos los casos, de acuerdo a la evidencia científica disponible, era que la situación planteada aumentaba el riesgo de infección con respecto a tener una única pareja sexual a lo largo de la vida.

El 21,5% de los jóvenes opina que “tener varias parejas sexuales a la vez” no aumenta el riesgo de infección. Además, la gran mayoría (67,5%) cree erróneamente que “haber tenido 3 ó 4 parejas sexuales a lo largo de la vida” tampoco supone un mayor riesgo. El porcentaje de error es, incluso, más alto en la situación “tener relaciones sexuales casuales y ocasionales con personas diferentes”, donde el 77,4% de los jóvenes refieren que no aumenta el riesgo (tabla 4.15.). Sólo el 14,1% del total de jóvenes que contestaron a todos los ítems de esta pregunta dieron una respuesta correcta a las tres situaciones planteadas.

**Tabla 4.15. Conocimiento que tienen los jóvenes sobre los riesgos de tener múltiples parejas sexuales.**

SITUACIONES QUE INDICAN MULTIPLICIDAD DE PAREJAS SEXUALES	ACIERTA*	NO ACIERTA*	NO SABE
	n (%)†	n (%)†	n(%)
Tener varias parejas sexuales a la vez	752 (72,1)	225 (21,5)	67 (6,4)
Haber tenido 3-4 parejas sexuales a lo largo de la vida	206 (19,8)	705 (67,5)	132 (12,7)
Tener relaciones sexuales casuales y ocasionales con personas diferentes	119 (11,4)	817 (78,4)	106 (10,2)

Los totales en cada ítem varían en función del número de sujetos que señalaron "No quiero contestar".

\*Se clasificaron en el grupo "ACIERTA" a los jóvenes que identificaron la respuesta correcta en cada caso, según la evidencia científica disponible, y en el grupo "NO ACIERTA" a los que no la identificaron. Los jóvenes que en la encuesta contestaron "no sé" se asignaron al grupo "NO SABE".

#### 4.4. LA ACTIVIDAD SEXUAL JUVENIL: RAZONES Y ARREPENTIMIENTO

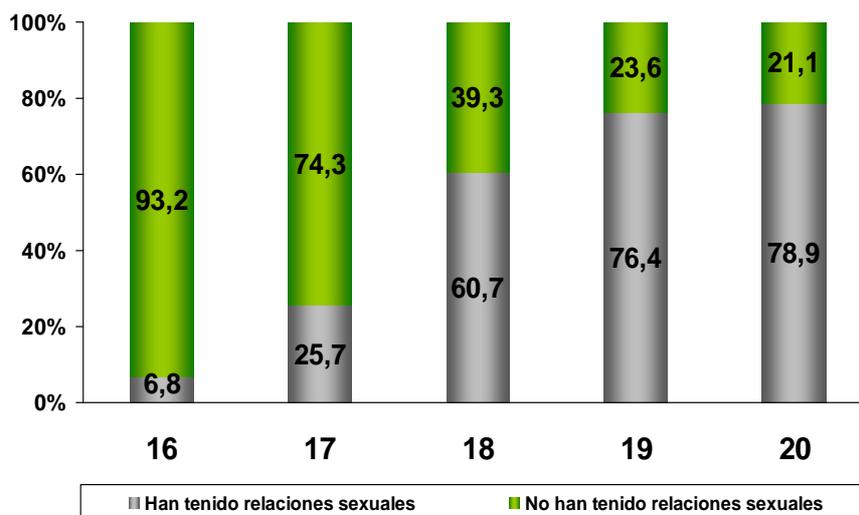
En este estudio, cuando hablamos de "jóvenes que han tenido relaciones sexuales" nos referimos a jóvenes que refieren haber tenido relaciones sexuales completas.

##### 4.4.1. Iniciación sexual

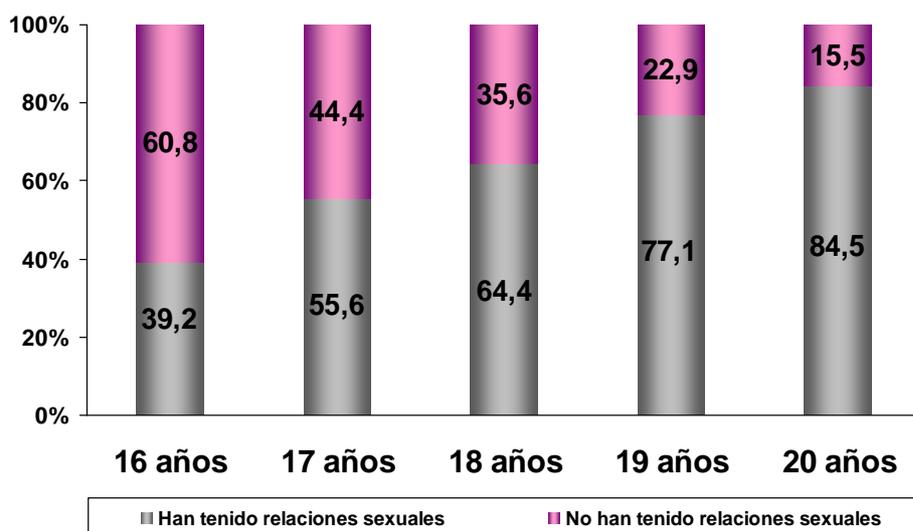
El 57,6% de los jóvenes españoles de 16-20 años refieren haber tenido relaciones sexuales alguna vez en su vida. Este porcentaje es más alto en mujeres que en varones (65,0% y 50,6% respectivamente,  $p < 0,001$ ).

La proporción de jóvenes que refiere haber tenido relaciones sexuales varía entre el 22,5% a los 16 años y el 81,3% a los 20 años. A continuación, se presentan los porcentajes de jóvenes que han tenido relaciones sexuales por sexo y edad (figuras 4.1. y 4.2.).

**Figura 4.1. Proporción de varones que han tenido relaciones sexuales.**

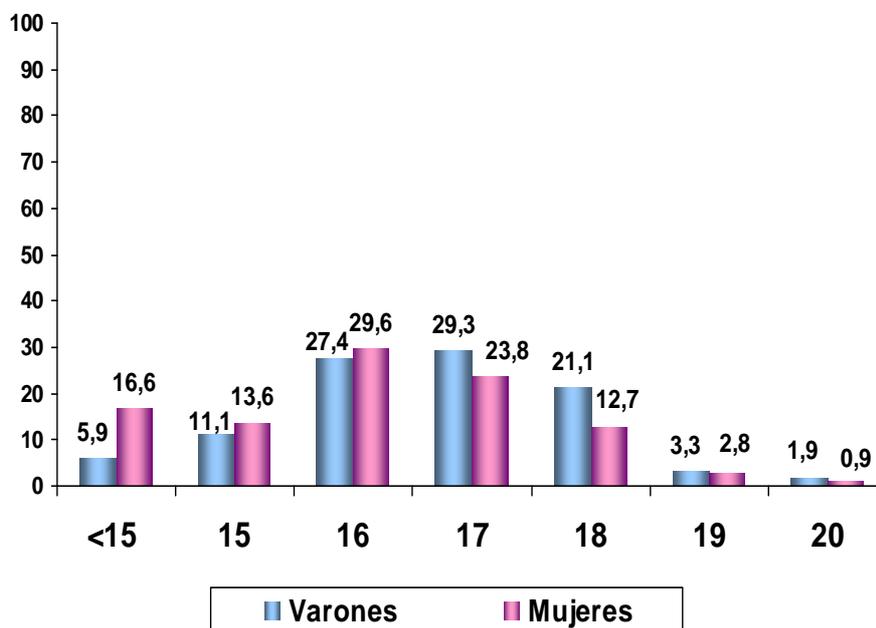


**Figura 4.2. Proporción de mujeres que han tenido relaciones sexuales.**



Entre los jóvenes que refirieron haber tenido relaciones sexuales se observa que un mayor porcentaje de ellos las iniciaron entre los 16 y los 18 años (figura 4.3).

**Figura 4.3. Entre los jóvenes de la muestra que refirieron haber tenido relaciones sexuales, proporción de varones y mujeres que refieren haber tenido su primera relación sexual a una edad determinada.**



El 4,7% de los jóvenes que ha tenido relaciones sexuales (el 4,9% de los varones y el 4,5% de las mujeres,  $p=0,70$ ) refiere que ha tenido alguna relación sexual con su pareja (“novia/o”) sin haber sido consentida por él/ella.

La mayoría de los jóvenes que refieren haber tenido relaciones sexuales no acuden a la iglesia semanalmente y tienen un sustentador principal del hogar con un nivel educativo mayor. Un porcentaje mayor tiene ordenador en su habitación con conexión a Internet y sin filtro de contenidos, gastan más de 20 euros semanales y van, al menos una vez a la semana, a centros comerciales, salas de juegos, billares, estadio de fútbol, discotecas o bares. Además, tienen con mayor frecuencia alguna(s) opinión(es) sobre sexualidad que no fomenta(n) el autocontrol. También es más frecuente en ellos tener algún(os) rasgo(s) de carácter impulsivo. En relación con sus padres, una mayor proporción están separados o divorciados y, en general, los padres saben con menor frecuencia dónde van o qué hacen en su tiempo libre. Con respecto a la fuente de información sobre sexualidad, acuden más habitualmente a los medios de comunicación. Estos jóvenes han hablado menos con sus padres sobre los aspectos afectivos relacionados con la sexualidad y sus padres están menos de

acuerdo con mensajes que favorecen el retraso del inicio de las relaciones sexuales. En su entorno cercano (padres, amigos y algún profesor en quien confía) están más de acuerdo con que está bien tener relaciones sexuales sólo por diversión, sin que haya amor ni compromiso a la vez que opinan que es mejor esperar al matrimonio para tener relaciones sexuales.

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los análisis univariantes realizados, entre los jóvenes que refieren haber tenido relaciones sexuales, y los que no, respecto al sexo, la edad, el grado de asistencia a la iglesia, el nivel educativo del sustentador principal del hogar, el estado civil de los padres, la supervisión parental, impulsividad, tener ordenador en la habitación con Internet y sin filtro de contenidos, las opiniones sobre sexualidad, la fuente de información, el dinero que gastan a la semana, el tipo de ocio, las conversaciones con los padres sobre sexualidad y las opiniones del entorno cercano sobre las relaciones sexuales (tabla 4.16.).

**Tabla 4.16A. Iniciación sexual de los jóvenes según diversas características (análisis univariantes).**

CARACTERÍSTICAS DE LOS JÓVENES	HAN TENIDO RELACIONES SEXUALES	
	n (%)	p <sup>a</sup>
<b>Sexo</b>		
Varones (N= 540)	273 (50,6)	
Mujeres (N= 512)	332 (65,0)	< 0,001
<b>Asistencia a la iglesia†</b>		
Semanal (N=94)	25 (26,3)	
Ocasional o nunca (N=957)	580 (60,6)	< 0,001
<b>Nivel educativo del sustentador del hogar</b>		
Sin estudios o estudios básicos (N= 388)	206 (53,2)	
Con bachillerato o estudios universitarios (N= 663)	399 (60,1)	0,033
<b>Sus padres están separados/divorciados</b>		
Sí (N= 142)	103 (72,5)	
No (N= 909)	502 (55,2)	< 0,001
<b>Sus padres saben habitualmente dónde van o qué hacen en su tiempo libre</b>		
Sí (N= 702)	369 (52,6)	
No (N= 349)	236 (67,6)	< 0,001
<b>Tienen ordenador en su habitación con Internet y sin filtro</b>		
Sí (N= 483)	299 (61,9)	
No (N= 568)	306 (53,9)	0,010
<b>Tienen alguna(s) opinión(es) sobre sexualidad que no fomenta(n) el autocontrol</b>		
Sí (N= 964)	586 (60,9)	< 0,001
No (N=88)	19 (21,6)	
<b>Acuden semanalmente a centros comerciales, salas de juegos, billares, estadio de fútbol, discotecas o bares</b>		
Sí (N=753)	480 (63,7)	
No (N=298)	125 (41,9)	< 0,001
<b>Dinero que gastan a la semana</b>		
>20 euros (N= 534)	362 (67,8)	
≤20 euros (N= 518)	244 (47,1)	< 0,001
<b>Suelen ver series juveniles o telenovelas</b>		
Sí (N=734)	424 (57,8)	
No (N=318)	182 (57,2)	0,892
<b>Tienen un carácter más impulsivo</b>		
Sí (N= 757)	462 (61,0)	
No (N= 295)	144 (48,8)	< 0,001
<b>Han hablado más con sus padres sobre los aspectos afectivos de la sexualidad y sus padres están más de acuerdo con mensajes que favorecen el retraso del inicio de las relaciones sexuales</b>		
Sí (N=59)	24 (40,0)	
No (N=992)	582 (58,7)	0,007
<b>Una o más personas de su entorno cercano le transmite el mensaje “Está bien tener sexo por diversión, sin que haya amor ni compromiso”</b>		
Sí (N=795)	503 (63,3)	
No (N=256)	102 (39,8)	< 0,001
<b>Una o más personas de su entorno cercano le transmite el mensaje “Es mejor esperar al matrimonio para tener relaciones sexuales”</b>		
Sí (N=269)	171 (63,6)	
No (N=783)	434 (55,4)	0,022
<b>Tienen a su madre como fuente habitual de información</b>		
Sí (N=158)	85 (53,8)	
No (N=894)	520 (58,2)	0,337
<b>Tienen a los amigos como fuente habitual de información</b>		
Sí (N=581)	342 (58,9)	
No (N=470)	263 (56,0)	0,347

† Variable referida sólo a los jóvenes que declaran tener religión.

<sup>a</sup> Valor p de significación estadística del test exacto de Fisher fue usado para las variables dicotómicas y el test de tendencia lineal de ji cuadrado ( $\chi^2$ ) para variables ordinales.

**Tabla 4.16B. Iniciación sexual de los jóvenes según diversas características (análisis univariantes). (continuación)**

CARACTERÍSTICAS DE LOS JÓVENES	HAN TENIDO RELACIONES SEXUALES	
	n (%)	p <sup>a</sup>
<b>Tienen a Internet y las revistas juveniles como fuente habitual de información</b>		
Sí (N=366)	242 (66,1)	
No (N=686)	364 (53,1)	< 0,001
<b>Edad</b>		
16 años (N=200)	45 (22,5)	
17 años (N=204)	82 (40,2)	
18 años (N=208)	130 (62,5)	< 0,001
19 años (N=216)	165 (76,7)	
20 años (N=224)	183 (81,3)	

† Variable referida sólo a los jóvenes que declaran tener religión.

<sup>a</sup> Valor p de significación estadística del test exacto de Fisher fue usado para las variables dicotómicas y el test de tendencia lineal de ji cuadrado ( $\chi^2$ ) para variables ordinales.

#### 4.4.2. Razones por las que comienzan a tener relaciones sexuales

Con respecto a las razones por las que los jóvenes refieren haber tenido su primera relación sexual, se encuentran importantes diferencias entre ambos sexos. Las razones más frecuentemente señaladas por los varones son “sentir un impulso físico”, “querer divertirse” y “expresar amor” Las de las mujeres son “sentir un impulso físico”, “expresar amor” y “dejarse llevar por la excitación del momento sin que fuera su intención inicial”. Se encontraron diferencias entre ambos sexos con respecto a las razones: “sentir un impulso físico”, “expresar amor a la otra persona”, “diversión”, “buscar sentirse valorado/a, apreciado/a”, “haber tomado alcohol o drogas”, “no querer ser diferente de los amigos”, “no saber decir “no” a una persona que me insistía”, “como consecuencia de haber visto imágenes de sexo” y “querer ser más popular” (tabla 4.17).

El 78,1% de los jóvenes refiere alguna razón que sugiere presión del entorno del joven (no querer ser diferente, no saber decir que “no”, pensar que su pareja le dejaría o querer ser más popular) o una falta de control sobre la situación (como consecuencia de haber bebido o tomado drogas, de ver imágenes de sexo o por dejarse llevar de la excitación física del momento sin que fuera su intención inicial).

**Tabla 4.17. Proporción de varones y mujeres que han referido las siguientes razones por las que tuvieron su primera relación sexual.**

RAZONES POR LAS QUE TUVIERON SU PRIMERA RELACIÓN SEXUAL	VARONES	MUJERES	TOTAL	p <sup>a</sup>
	n (%)	n (%)	n (%)	
Sentir un impulso físico	225 (85,2)	241 (72,8)	466 (78,3)	0,004
Expresar amor a la otra persona	161 (61,0)	231 (69,4)	392 (65,6)	0,008
Dejarse llevar por la excitación del momento sin que fuera su intención inicial	146 (55,3)	191 (57,5)	337 (56,5)	0,325
Diversión	186 (70,2)	130 (39,5)	316 (53,2)	<0.001
Curiosidad	145 (54,7)	161 (48,6)	306 (51,4)	0,253
Buscar sentirse valorado/a, apreciado/a	91 (34,5)	144 (43,6)	235 (39,6)	0,015
Haber tomado alcohol o drogas	45 (17,1)	31 (9,4)	76 (12,9)	0,010
No querer ser diferente de los amigos	46 (17,4)	20 (6,1)	66 (11,2)	<0.001
No saber decir “no” a una persona que me insistía	37 (14)	28 (8,5)	65 (11,0)	0,048
Pensar que su pareja le dejaría si se negaba	29 (11)	26 (7,9)	55 (9,3)	0,257
Como consecuencia de haber visto imágenes de sexo	35 (13,3)	8 (2,4)	43 (7,3)	<0.001
Querer ser más popular	29 (12,2)	7 (2,1)	36 (6,2)	<0.001
Su pareja le dijo que le dejaría si decía que no	17 (6,4)	11 (3,3)	28 (4,8)	0,119

Datos presentados por orden decreciente de frecuencia de elección.

Los totales en cada ítem varían en función del número de sujetos que señalaron “No quiero contestar”.

<sup>a</sup> Valor p de significación estadística del test exacto de Fisher.

También se preguntó a los jóvenes cuál había sido la razón principal entre ellas. Las razones más señaladas por los varones fueron: sentir un impulso físico (29,4%), querer expresar amor (27,9%) y dejarse llevar por la excitación física del momento (12,8%). Las mujeres indicaron en primer lugar querer expresar su amor (46,7%), en segundo lugar, por dejarse llevar por la excitación física del momento (15,1%) y en tercer lugar, sentir un impulso físico (14,2%).

#### 4.4.3. Razones por las que no han tenido relaciones sexuales

Se preguntó a los jóvenes que no habían tenido relaciones sexuales por las razones que tenían para ello. Las razones más frecuentemente señaladas por los varones son “no encontrar una persona con quien tenerlas”, “no sentirse preparado/a” y “miedo a dejar embarazada a una chica”. Las más frecuentemente señaladas por las mujeres son “no encontrar una persona con quien tenerlas”, “no sentirse preparado/a” y “miedo a infectarse por el VIH u otras ITS” (tabla 4.18). Se encontraron diferencias significativas entre ambos sexos con respecto a las razones: “no encontrar una persona con quien tenerlas” y “su(s) pareja(s) no ha(n) querido”.

**Tabla 4.18. Proporción de varones y mujeres que han referido las siguientes razones por las que no han tenido relaciones sexuales.**

RAZONES POR LAS QUE NO HAN TENIDO RELACIONES SEXUALES	VARONES	MUJERES	TOTAL	p <sup>a</sup>
	n (%)	n (%)	n (%)	
No encontrar una persona con quien tenerlas	158 (72,3)	119 (80,4)	278 (75,5)	0,040
No sentirse preparado/a	80 (39,6)	61 (40,9)	141 (40,2)	0,158
Preferir esperar a la persona adecuada	71 (32,4)	42 (28,6)	113 (30,9)	0,908
Miedo a quedarse embarazada/dejar embarazada a una chica	70 (33,2)	39 (26,2)	110 (30,3)	0,562
Miedo a infectarse por el VIH u otras ITS	57 (26,5)	45 (30,2)	102 (28,0)	0,234
Desacuerdo de los padres	42 (19,1)	20 (13,4)	62 (16,8)	0,320
No tener la edad adecuada	39 (17,9)	26 (17,4)	65 (17,7)	0,781
No estar casado/a	33 (15,1)	25 (16,7)	58 (15,8)	0,465
Su(s) pareja(s) no ha(n) querido	36 (16,9)	9 (6,2)	45 (12,5)	0,008
Creer que es pecado	14 (6,8)	5 (3,3)	19 (5,1)	0,338

Datos presentados por orden decreciente de frecuencia de elección.

Los totales en cada ítem varían en función del número de sujetos que señalaron “No quiero contestar”.

<sup>a</sup> Valor p de significación estadística del test exacto de Fisher.

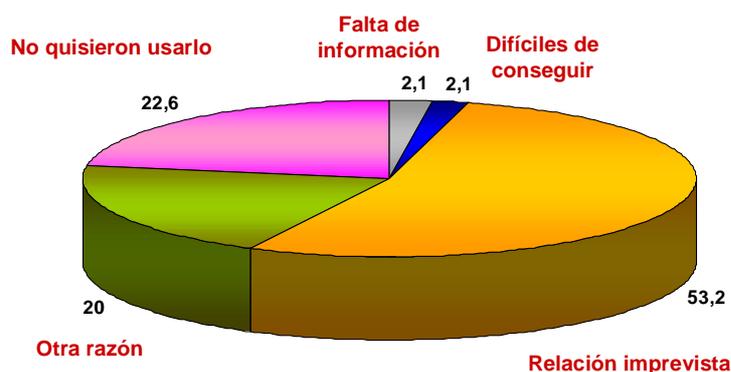
Entre todas las razones anteriores, los jóvenes señalaron como razones principales por la que no habían tenido relaciones sexuales no haber encontrado a una persona con quien tenerlas (el 71% de los varones y el 56% de las mujeres) y no sentirse preparados para ello (el 13% de los varones y el 25,3% de las mujeres).

#### 4.4.4. El uso del preservativo en la primera relación sexual

El 85,3% de los jóvenes que refirieron haber tenido relaciones sexuales usó un preservativo en su primera relación sexual, un 12% no lo utilizó y un 2,7% no lo recuerda. Un 0,3% no contestó a esta pregunta.

Entre las razones por las que no lo utilizaron, los jóvenes indicaron en primer lugar que se tratase de una relación sexual imprevista. No haberlo usado por falta de información o por la dificultad de conseguirlos son las razones menos citadas por los jóvenes (figura 4.4.).

**Figura 4.4. Proporción de jóvenes que refieren diversas razones por las que no utilizaron un preservativo en su primera relación sexual**



#### 4.4.5. Los sentimientos de decepción y arrepentimiento en las primeras relaciones sexuales

Entre los jóvenes que refieren haber tenido relaciones sexuales, el 63,3% (el 70,3% de los varones y el 57,5% de las mujeres,  $p=0,001$ ) guardan un buen recuerdo de su primera relación sexual y volvería a hacerlo igual. El 40,8% de los jóvenes (el 33,7% de los varones y el 46,5% de las mujeres,  $p=0,002$ ) creen que fue una experiencia “menos buena” de lo que esperaban. El 10,4% señalan que les afectó negativamente. Un 19,5% de los jóvenes refieren que hubieran preferido no haber tenido esa relación. Por último, un 9,9% de los jóvenes refieren arrepentirse de haber tenido ya relaciones sexuales.

Los jóvenes que preferirían no haber tenido su primera relación sexual son, en su mayoría, de menor edad. Un porcentaje mayor realiza semanalmente actividades educativas, formativas o culturales y tienen algún(os) rasgo(s) de carácter impulsivo. En relación con su actividad sexual, una mayor proporción refiere haber tenido alguna relación sexual con su novio/a sin que fuera consentida por ella/él, haber tenido su primera relación por alguna razón que sugiera presión externa o dejarse llevar por la excitación sexual y tuvieron su primera relación a una edad más precoz. Con respecto a la fuente de información sobre sexualidad, acuden más habitualmente a los medios de comunicación. Una mayor proporción de estos jóvenes han hablado más con sus padres sobre los aspectos afectivos relacionados con la sexualidad y sus padres están más de acuerdo con mensajes que favorecen el retraso del inicio de las relaciones sexuales.

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los análisis univariantes realizados respecto a la edad, la edad con la que tuvieron su primera relación sexual, haber tenido alguna relación con su novio/a sin su consentimiento, haber tenido la primera relación por alguna razón que sugiera presión externa o dejarse llevar por la excitación sexual, las conversaciones con los padres sobre sexualidad y la fuente de información sobre sexualidad, entre los jóvenes que preferirían no haber tenido su primera relación sexual, y los que no (tabla 4.19).

**Tabla 4.19A. Características de los jóvenes que preferirían no haber tenido su primera relación sexual (análisis univariantes).**

CARACTERÍSTICAS DE LOS JÓVENES QUE HAN TENIDO RELACIONES SEXUALES	PREFERIRÍAN NO HABER TENIDO SU PRIMERA RELACIÓN SEXUAL	
	n (%)	p <sup>a</sup>
<b>Sexo</b>		
Varones (N=272)	50 (18,4)	
Mujeres (N=332)	68 (20,5)	0,537
<b>Asistencia a la iglesia<sup>†</sup></b>		
Semanal (N=25)	3 (12,0)	
Ocasional o nunca (N=580)	115 (19,8)	0,444
<b>Nivel educativo del sustentador del hogar</b>		
Sin estudios o estudios básicos (N=206)	45 (21,8)	
Con bachillerato o estudios universitarios (N=399)	74 (18,5)	0,334
<b>Relación sexual no consentida</b>		
Sí (N=29)	18 (62,1)	
No (N=576)	101 (17,5)	< 0,001
<b>Alguna razón de presión o dejarse llevar por la excitación sexual</b>		
Sí (N=472)	109 (23,1)	
No (N=132)	9 (6,8)	< 0,001
<b>Relaciones sexuales sin preservativo</b>		
Sí (N=90)	22 (24,4)	
No (N=515)	97 (18,8)	0,250
<b>Realizan semanalmente actividades educativas o culturales</b>		
Sí (N=116)	49 (42,2)	
No (N=490)	70 (14,3)	< 0,001
<b>Tienen algún(os) rasgo(s) de carácter impulsivo</b>		
Sí (N=462)	106 (22,9)	
No (N=143)	13 (9,1)	< 0,001
<b>Han hablado más con sus padres sobre los aspectos afectivos de la sexualidad y sus padres están más de acuerdo con mensajes que favorecen el retraso del inicio de las relaciones sexuales</b>		
Sí (N=23)	9 (39,1)	
No (N=581)	109 (18,8)	0,028
<b>Una o más personas de su entorno cercano le transmite el mensaje “Está bien tener sexo por diversión, sin que haya amor ni compromiso”</b>		
Sí (N=503)	98 (19,5)	
No (N=102)	21 (20,6)	0,786
<b>Una o más personas de su entorno cercano le transmite el mensaje “Es mejor esperar al matrimonio para tener relaciones sexuales”</b>		
Sí (N=170)	41 (24,1)	
No (N=435)	78 (17,9)	0,089
<b>Tienen a su madre como fuente habitual de información</b>		
Sí (N=86)	17 (19,8)	
No (N=520)	102 (19,6)	1,000
<b>Tienen a los amigos como fuente habitual de información</b>		
Sí (N=342)	59 (17,3)	
No (N=264)	60 (22,7)	0,100
<b>Tienen a Internet y las revistas juveniles como fuente habitual de información</b>		
Sí (N=242)	58 (24,0)	
No (N=363)	61 (16,8)	0,037

<sup>†</sup> Variable referida sólo a los jóvenes que declaran tener religión.

<sup>a</sup> Valor p de significación estadística del test exacto de Fisher fue usado para las variables dicotómicas y el test de tendencia lineal de ji cuadrado ( $\chi^2$ ) para variables ordinales.

**Tabla 4.19B. Características de los jóvenes que preferirían haber tenido su primera relación sexual (análisis univariantes).**

CARACTERÍSTICAS DE LOS JÓVENES QUE HAN TENIDO RELACIONES SEXUALES	PREFERIRÍAN NO HABER TENIDO SU PRIMERA RELACIÓN SEXUAL	p <sup>a</sup>
	n (%)	
<b>Edad</b>		
16 años (N=45)	13 (28,9)	
17 años (N=82)	30 (36,6)	
18 años (N=130)	12 (9,2)	<0,001
19 años (N=165)	29 (17,6)	
20 años (N=183)	34 (18,6)	
<b>Edad de la primera relación sexual</b>		
<15 años (N=69)	27 (39,1)	
15 años (N=74)	27 (36,5)	
16 años (N=170)	34 (20,0)	
17 años (N=155)	26 (16,8)	<0,001
18 años (N=98)	11 (11,2)	
19 años (N=17)	3 (17,6)	
20 años (N=7)	1 (12,5)	

<sup>a</sup> Valor p de significación estadística del test exacto de Fisher fue usado para las variables dicotómicas y el test de tendencia lineal de ji cuadrado ( $\chi^2$ ) para variables ordinales.

#### 4.4.6. Las infecciones de transmisión sexual

Un 3,1% de los jóvenes que ha tenido relaciones sexuales refiere haber sido diagnosticado de alguna ITS. Un 2,3% no sabe o no está seguro de que alguna vez un profesional de la salud le haya diagnosticado una.

Del mismo modo, el 5,3% de los jóvenes que han tenido ya relaciones sexuales refiere haber visto verrugas en/cerca de sus genitales y un 0,7% no sabe.

#### 4.5. OPINIONES DE LOS JÓVENES SOBRE SEXUALIDAD Y ACTITUD FRENTE AL ABORTO

##### 4.5.1. Las opiniones de los jóvenes sobre sexualidad

La proporción de varones y mujeres que manifestaron estar de acuerdo con diversas cuestiones sobre afectividad y sexualidad se presenta en la tabla 4.20. Se encontraron diferencias significativas entre ambos sexos en todas las cuestiones evaluadas.

**Tabla 4.20. Proporción de varones y mujeres que refieren estar de acuerdo con diversas cuestiones sobre afectividad y sexualidad.**

AFIRMAN QUE ESTÁN DE ACUERDO CON...	VARONES	MUJERES	TOTAL	p <sup>a</sup>
	n (%)	n (%)	n (%)	
El amor para siempre es posible pero necesita que los dos estén dispuestos a sacrificarse el uno por el otro	393 (76,5)	429 (85,0)	822 (80,7)	<0,001
Me parece bien que una pareja tenga contactos físicos de tipo sexual sin llegar a tener relaciones sexuales completas ("petting")	375 (76,5)	489 (85,0)	822 (80,7)	<0,001
Tener relaciones sexuales es una necesidad biológica que hay que satisfacer	369 (71,9)	389 (77,3)	758 (74,6)	0,006
Estoy preparado/a para iniciar una relación afectiva estable con una chica/o	323 (63,2)	405 (80,7)	728 (71,9)	<0,001
Estoy preparado/a para decir que no quiere tener relaciones sexuales, si esa fuera su decisión	302 (59,3)	378 (75,6)	680 (67,4)	<0,001
Que los jóvenes de su edad tengan relaciones sexuales para pasárselo bien, sin que haya amor ni compromiso	315 (60,0)	210 (42,0)	525 (51,2)	<0,001
En mi entorno, los que no tienen pareja pueden sentirse presionados/as por no tenerla	189 (37,0)	146 (29,0)	335 (33,0)	0,025
Es mejor esperar al compromiso del matrimonio para tener relaciones sexuales	46 (8,7)	23 (4,5)	69 (6,6)	0,009

Datos presentados por orden decreciente de frecuencia de elección.

Los totales en cada ítem varían en función del número de sujetos que señalaron "No quiero contestar".

<sup>a</sup> Valor p de significación estadística del test exacto de Fisher.

La proporción de jóvenes que opinan a favor de que los medios de comunicación deberían evitar mostrar a la mujer y al varón como "objetos sexuales" es mayor en mujeres que en varones. Del mismo modo, más mujeres creen que los medios deberían evitar asociar la feminidad (ser "más mujer") con tener un "buen cuerpo" para atraer a los varones y la masculinidad (ser "más varón") con tener más relaciones sexuales. En todos estos casos, las diferencias entre ambos sexos fueron estadísticamente significativas. Por otra parte, no se encontraron diferencias en cuanto a creer que la masturbación o la visualización de material pornográfico deberían evitarse. En ambos casos, una minoría de jóvenes opina de esta manera (tabla 4.21.).

**Tabla 4.21. Proporción de varones y mujeres que opinan que determinadas cuestiones deberían evitarse.**

OPINAN QUE DEBERÍA EVITARSE...	VARONES	MUJERES	TOTAL	p <sup>a</sup>
	n (%)	n (%)	n (%)	
Que los medios asocien la feminidad con tener un buen cuerpo	306 (59,8)	425 (84,3)	731 (71,9)	<0,001
Que los medios asocien la masculinidad con tener más relaciones sexuales	294 (57,3)	419 (83,0)	713 (70,0)	<0,001
Que los medios muestren a la mujer como un "objeto sexual"	248 (48,4)	330 (65,3)	578 (56,8)	<0,001
Que los medios muestren al varón como un "objeto sexual"	252 (49,0)	294 (58,6)	546 (53,7)	<0,001
Ver pornografía	94 (18,4)	124 (24,9)	218 (21,6)	0,008
La masturbación	51 (10,0)	45 (9,1)	96 (9,5)	0,749

Datos presentados por orden decreciente de frecuencia de elección.

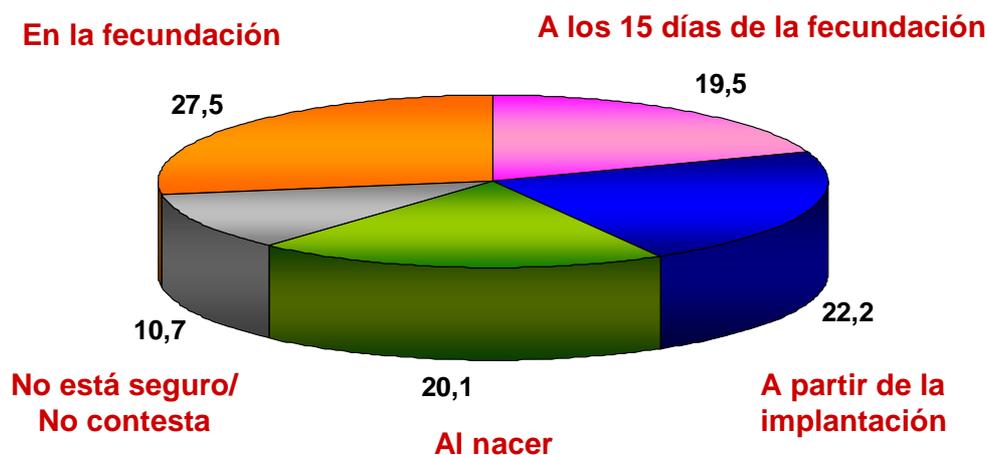
Los totales en cada ítem varían en función del número de sujetos que señalaron "No quiero contestar".

<sup>a</sup> Valor p de significación estadística del test exacto de Fisher.

#### 4.5.2. La opinión de los jóvenes sobre el aborto

Respecto a cuándo consideran los jóvenes que comienza a existir la vida humana, el 27,5% opina que comienza en la fecundación frente al resto de jóvenes que señalan otro momento del desarrollo embrionario, al momento del nacimiento o no saben o no están seguros (figura 4.5.).

**Figura 4.5. Proporción de jóvenes que señalan cuándo comienza la vida humana**



Por otro lado, el 90,9% ha visto imágenes de embriones o fetos, el 46,6% ha visto imágenes de embriones o fetos abortados o algún video de un aborto y el 68,8% ha oído algún testimonio de alguien que ha abortado.

En relación con la opinión sobre el aborto (N=795), el 78,2% de los jóvenes está a favor, un 13,8% en contra y un 8% se muestra indeciso. El 3,7% no contesta a esta pregunta. En la siguiente tabla, se muestran la proporción de jóvenes que están de acuerdo con el aborto en los casos señalados (tabla 4.22.).

**Tabla 4.22. Entre los jóvenes favorables al aborto, porcentaje que afirman diferentes razones.**

RAZONES PARA ESTAR A FAVOR DEL ABORTO	JOVENES*
	n (%)
Siempre que la mujer, la pareja o ambos lo quieran	229 (28,9)
Solamente en algunas circunstancias	202 (25,4)
A condición de que la mujer haya sido bien informada de las alternativas al aborto	197 (24,8)
No especifican	166 (20,9)

Datos presentados por orden decreciente de frecuencia de elección.

Los totales en cada ítem varían en función del número de sujetos que señalaron "No quiero contestar".

\*Hace referencia al número de jóvenes que refirieron están a favor del aborto

La mayoría de los jóvenes que refieren estar a favor del aborto son varones, de menor edad, que acuden a la iglesia de manera ocasional o nunca y cuyo sustentador principal del hogar tiene un mayor nivel educativo. Una mayor proporción de estos jóvenes ha tenido relaciones sexuales, practica un tipo de ocio menos saludable y tiene alguna(s) opinión(es) sobre sexualidad que no fomenta(n) el autocontrol. Además, creen en menor medida que la vida humana comienza en el momento de la fecundación. Suelen dar más importancia a la opinión de los amigos sobre temas de amor y sexualidad y menos importancia a la opinión de sus padres sobre estos temas. Con respecto a la fuente habitual de información sobre sexualidad, acuden más habitualmente a los medios de comunicación y con menor frecuencia a la madre. En su entorno cercano (padres, amigos y algún profesor en quien confía) están más de acuerdo con que está bien tener relaciones sexuales sólo por diversión, sin que haya amor ni compromiso y, por el contrario, están menos de acuerdo con que es mejor esperar al matrimonio para tener relaciones sexuales.

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los análisis univariantes realizados entre los jóvenes que refieren estar a favor del aborto y los que no, respecto a las siguientes características: el sexo, la edad, el nivel educativo del sustentador principal del hogar, el grado de asistencia a la iglesia, la iniciación sexual, el tipo de ocio, las opiniones sobre sexualidad, la creencia sobre el momento en que comienza la vida humana, la importancia de la opinión de los padres y de los amigos sobre temas de amor y sexualidad, la fuente de información sobre sexualidad y las opiniones del entorno cercano sobre las relaciones sexuales (tabla 4.23.).

**Tabla 4.23A. Características de los jóvenes según su opinión sobre el aborto (análisis univariantes)**

CARACTERÍSTICAS DE LOS JÓVENES	ESTÁN A FAVOR DEL ABORTO	
	n (%)	p <sup>a</sup>
<b>Sexo</b>		
Varones (N=540)	413 (76,5)	
Mujeres (N=512)	378 (74,0)	0,353
<b>Asistencia a la iglesia<sup>†</sup></b>		
Semanal (N=94)	27 (28,4)	
Ocasional o nunca (N=957)	765 (79,9)	<0,001
<b>Nivel educativo del sustentador del hogar</b>		
Sin estudios o estudios básicos (N=388)	271 (69,8)	
Con bachillerato o estudios universitarios (N=663)	521 (78,5)	0,002
<b>Han tenido relaciones sexuales</b>		
Sí (N=605)	502 (83,0)	
No (N=446)	290 (64,9)	<0,001
<b>Tienen alguna(s) opinión(es) sobre sexualidad que no fomenta(n) el autocontrol</b>		
Sí (N=964)	746 (77,4)	
No (N=88)	46 (52,3)	<0,001
<b>Creer que la vida comienza en la fecundación</b>		
Sí (N=283)	164 (58,0)	
No (N=768)	628 (81,8)	<0,001
<b>Han visto imágenes de embriones o fetos</b>		
Sí (N=946)	719 (76,0)	
No (N=105)	73 (69,5)	0,152
<b>Han visto imágenes de embriones o fetos abortados</b>		
Sí (N= 482)	377 (78,2)	
No (N= 569)	415 (72,9)	0,052
<b>Han oído algún testimonio de alguien que ha abortado</b>		
Sí (N=702)	538 (76,6)	
No (N=349)	254 (72,8)	0,172
<b>Dan bastante/mucha importancia a la opinión de los padres sobre temas de amor y sexualidad</b>		
Sí (N=342)	225 (65,8)	
No (N=710)	567 (79,9)	<0,001
<b>Dan bastante/mucha importancia a la opinión de los amigos sobre temas de amor y sexualidad</b>		
Sí (N=467)	369 (79,0)	
No (N=585)	423 (72,3)	0,014
<b>Han hablado más con sus padres sobre los aspectos afectivos de la sexualidad y sus padres están más de acuerdo con mensajes que favorecen el retraso del inicio de las relaciones sexuales</b>		
Sí (N=59)	39 (66,1)	
No (N=992)	753 (75,9)	0,118
<b>Una o más personas de su entorno cercano le transmite el mensaje “Está bien tener sexo por diversión, sin que haya amor ni compromiso”</b>		
Sí (N=795)	655 (82,4)	
No (N=256)	137 (53,5)	<0,001
<b>Una o más personas de su entorno cercano le transmiten el mensaje “Es mejor esperar al matrimonio para tener relaciones sexuales”</b>		
Sí (N=269)	184 (68,7)	
No (N=783)	608 (77,7)	0,004
<b>Tienen a su madre como fuente habitual de información</b>		
Sí (N=158)	109 (69,0)	
No (N=894)	683 (76,5)	0,046
<b>Tienen a los amigos como fuente habitual de información</b>		
Sí (N=581)	447 (76,9)	
No (N=470)	345 (73,2)	0,173

<sup>†</sup> Variable referida sólo a los jóvenes que declaran tener religión.

<sup>a</sup> Valor p de significación estadística del test exacto de Fisher fue usado para las variables dicotómicas y el test de tendencia lineal de ji cuadrado ( $\chi^2$ ) para variables ordinales.

**Tabla 4.23B. Características de los jóvenes según su opinión sobre el aborto (análisis univariantes).**

CARACTERÍSTICAS DE LOS JÓVENES	ESTÁN A FAVOR DEL ABORTO	
	n (%)	p <sup>a</sup>
<b>Tienen a Internet y las revistas juveniles como fuente habitual de información</b>		
Sí (N=366)	299 (81,7)	
No (N=686)	493 (72,0)	0,001
<b>Edad</b>		
16 años (N=200)	128 (64,0)	
17 años (N=204)	145 (71,1)	
18 años (N=208)	172 (82,7)	<0,001
19 años (N=216)	167 (77,3)	
20 años (N=224)	181 (80,4)	

† Variable referida sólo a los jóvenes que declaran tener religión.

<sup>a</sup> Valor p de significación estadística del test exacto de Fisher fue usado para las variables dicotómicas y el test de tendencia lineal de ji cuadrado ( $\chi^2$ ) para variables ordinales.

Con respecto a la variable ocio saludable, la media entre los que están a favor del aborto es de 3,63 y entre los que están en contra en todos los casos es de 3,95. Es decir, los jóvenes que están en contra del aborto tienen un ocio más saludable.

Entre los jóvenes que refieren estar de acuerdo con el aborto sólo en algunas circunstancias, los motivos más referidos son: cuando el embarazo es consecuencia de una violación o existe la posibilidad de una malformación o enfermedad grave que puede poner en peligro la vida del hijo (tabla 4.24.).

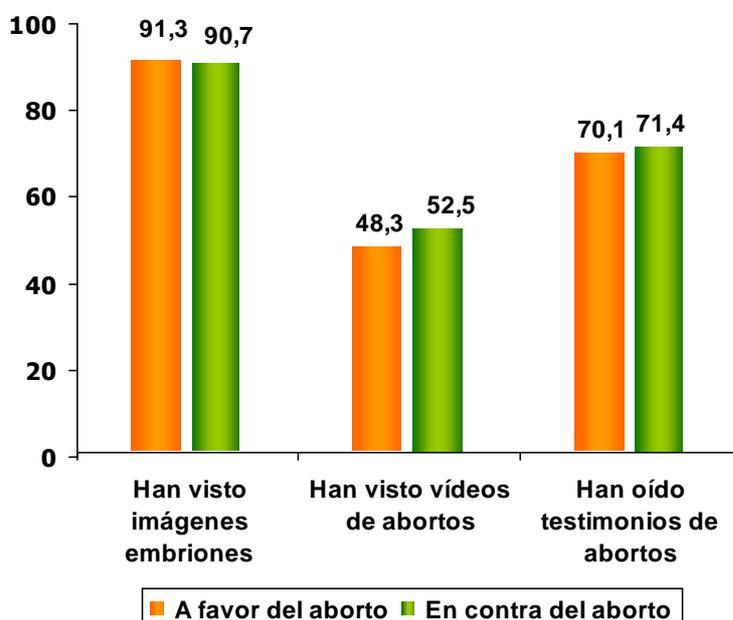
**Tabla 4.24. Entre los jóvenes que están a favor del aborto sólo en algunas circunstancias, porcentaje que aduce diferentes razones.**

RAZONES PARA ESTAR A FAVOR DEL ABORTO	JOVENES n (%)
Cuando el embarazo es consecuencia de una violación	195 (97,0)
Cuando hay algún riesgo de que el niño tenga una malformación o una enfermedad grave (puede morir antes o al poco de nacer)	181 (89,9)
Cuando peligran la vida de la madre	172 (85,4)
Cuando exista cualquier razón de salud físico y/o psicológica de la madre sin peligro de muerte para ella	143 (71,1)
Cuando hay algún riesgo de que el niño tenga una malformación o una enfermedad que no pone en riesgo su vida (p. ejem. Síndrome de Down)	109 (54,3)
Por razones económicas o sociales (por ejemplo: no tener trabajo, ser soltera, tener miedo al rechazo social o familiar, etc.)	90 (44,9)

Datos presentados por orden decreciente de frecuencia de elección.

A continuación se presentan los porcentajes de jóvenes que refieren estar de acuerdo con el aborto según han visto imágenes de embriones, vídeos de abortos y oído testimonios de gente que ha abortado (figura 4.6.). La proporción de jóvenes que indican haber visto vídeos sobre abortos u oído testimonios de personas que han abortado es ligeramente superior en los jóvenes que refieren estar en contra del aborto. En todos los casos no se encontraron diferencias significativas con respecto a la opinión sobre el aborto.

**Figura 4.6. Proporción de jóvenes que refieren estar o no de acuerdo con el aborto según han visto imágenes de embriones, vídeos de abortos u oído testimonios de gente que ha abortado.**



Sin embargo, entre los jóvenes que refirieron estar a favor del aborto, el 48,3% (el 42,9% varones y el 54,2% mujeres,  $p=0,01$ ) cambiarían su opinión si el embarazo está avanzado. con respecto al mes que consideran avanzado, encontramos una gran dispersión entre las respuestas de los jóvenes.

Por otro lado, el 28,2% (el 25,5% varones y el 31,1% mujeres,  $p=0,10$ ) refirieron que cambiarían su opinión si existieran más ayudas para la mujer (económicas y psicológicas) y el 11,2% (el 12,8 varones y el 9,5% mujeres,  $p=0,15$ ) si realmente estuviera convencido/a de que hay vida humana desde la

fecundación. Un 28,9% (33% varones y el 24,5% mujeres,  $p=0,10$ ) indica que ninguna de las tres circunstancias anteriores cambiaría su opinión.

#### **4.6. MENSAJES Y OPINIONES DEL ENTORNO SOCIAL**

##### **4.6.1. Los mensajes y valores que les transmiten sus padres, profesores y los medios de comunicación social**

La gran mayoría de los jóvenes refieren que sus padres les transmiten mensajes que les ayudan a ser solidario, leal, a respetar a los demás, tener paciencia, a mostrarse como uno es y piensa, a mantener los propios puntos de vista, a esforzarse, ser fuerte ante las dificultades y a pensar en las consecuencias de sus actos. Otros mensajes de tipo familiar como acertar en la elección de la persona con quien formar una familia o que desear que su matrimonio dure toda la vida son también transmitidos por la mayor parte de los padres pero en menor medida que los anteriores (tabla 4.25.).

Todos estos mensajes son transmitidos en menor medida por los profesores y los medios de comunicación. Con respecto a los mensajes que les transmiten sus profesores, más de la mitad de los jóvenes refieren que estos les ayudan principalmente a ser solidarios, respetar a los demás y a esforzarse por conseguir sus propios objetivos. La solidaridad y el respeto a las demás personas son los mensajes que más se transmiten en los medios, aunque lo hacen en menor medida que los padres y los profesores (tabla 4.25.).

**Tabla 4.25. Proporción de jóvenes que refieren que sus padres, profesores y los medios de comunicación les transmiten los siguientes mensajes.**

MENSAJES	PADRES	PROFESORES	MEDIOS
	n (%)	n (%)	n (%)
Ser solidario (ayudar a los demás)	806 (76,7)	617 (58,6)	399 (38,0)
Ser leal (no hablar mal ni traicionar a tus amigos/as)	829 (78,9)	413 (39,3)	208 (19,8)
Respetar a las demás personas, no hacerles daño	882 (83,9)	622 (59,2)	239 (22,7)
Tener paciencia	843 (80,1)	396 (37,7)	96 (9,1)
Mostrarse como uno es y piensa, sin aparentar	812 (77,2)	385 (36,6)	198 (18,9)
Tener personalidad para mantener los puntos de vista	806 (76,7)	414 (39,4)	187 (17,8)
Esforzarse por conseguir sus objetivos	846 (80,4)	667 (63,5)	189 (18,0)
No depender de las circunstancias, ser fuerte ante las dificultades	822 (78,2)	391 (37,2)	162 (15,4)
Pensar en las consecuencias que pueden tener sus actos	888 (84,4)	492 (46,8)	185 (17,6)
Acertar en la elección de la persona con quien formar una familia	656 (62,4)	166 (15,8)	148 (14,1)
Que su matrimonio dure toda la vida (si decide casarse)	588 (56,0)	161 (15,3)	139 (13,2)
Considerar la posibilidad de no casarse para dedicar totalmente su vida a servir a los demás (como misionero/a, sacerdote, en celibato apostólico, etc.)	275 (26,2)	195 (18,5)	178 (17,0)

Datos presentados por orden de los ítems en el cuestionario.

Los totales en cada ítem varían en función del número de sujetos que señalaron "No quiero contestar".

#### 4.6.2. Los mensajes del entorno social sobre las relaciones sexuales

Se les preguntó a los jóvenes si creían que las personas o instituciones de su entorno social estaban de acuerdo o no con la frase "Me parece bien que los adolescentes de tu edad tengan relaciones sexuales para pasárselo bien, sin que haya amor ni compromiso". Los varones refieren percibir este mensaje con mayor frecuencia que las mujeres desde casi todas las fuentes estudiadas (tabla 4.26.). Los amigos y los medios de comunicación son las dos fuentes que según más jóvenes están de acuerdo con la citada frase. Así mismo, el 75,6% de los jóvenes (el 80,4% de los varones y el 70,6% de las mujeres,  $p < 0,001$ ) señala que una o más personas de su entorno más cercano (familia, amigos o algún profesor en quien confía) opina de esta manera.

**Tabla 4.26. Proporción de varones y mujeres que refieren que las diferentes personas opinan que “les parece bien que los adolescentes de su edad tengan relaciones sexuales para pasárselo bien, sin que haya amor ni compromiso”.**

PERSONAS DE SU ENTORNO SOCIAL	VARONES	MUJERES	TOTAL	p <sup>a</sup>
	n (%)	n (%)	n (%)	
Los amigos (as)	403 (76,3)	345 (68,0)	748 (72,3)	0,012
Los medios de comunicación (TV, revistas, cine)	315 (59,0)	310 (61,8)	625 (60,3)	0,491
Los hermanos (as)	210 (40,3)	140 (28,5)	350 (34,6)	<0,001
El padre	140 (26,4)	58 (11,5)	198 (19,1)	<0,001
Algún(a) profesor(a) en quien confía	115 (21,7)	65 (12,9)	180 (17,4)	<0,001
La madre	105 (19,7)	59 (11,6)	164 (15,8)	<0,001

Datos presentados por orden decreciente de frecuencia de elección.

Los totales en cada ítem varían en función del número de sujetos que señalaron “No quiero contestar”.

<sup>a</sup> Valor p de significación estadística del test exacto de Fisher.

También se les planteó si creían que las personas de su entorno cercano estaban de acuerdo o no con la frase “Es mejor esperar al compromiso del matrimonio (casarse) para tener relaciones sexuales”. La madre y el padre son las dos fuentes que según más jóvenes están de acuerdo con esa opinión. En este caso, las mujeres refirieron percibir más frecuentemente este mensaje en su entorno familiar mientras los varones refirieron percibirlo más de los amigos, algún profesor y en los medios de comunicación. Sin embargo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos sexos, excepto en el caso de los medios de comunicación (tabla 4.27.). Así mismo, el 25,5% de los jóvenes refirió que una o más personas de su entorno más cercano están de acuerdo con esa opinión.

**Tabla 4.27. Proporción de varones y mujeres que refieren que las diferentes personas opinan que “es mejor esperar al compromiso del matrimonio (casarse) para tener relaciones sexuales”**

PERSONAS DE SU ENTORNO SOCIAL	VARONES	MUJERES	TOTAL	p <sup>a</sup>
	n (%)	n (%)	n (%)	
La madre	99 (18,6)	97 (19,1)	196 (18,8)	0,813
El padre	84 (15,8)	101 (20,2)	185 (17,9)	0,089
Algún(a) profesor(a) en quien confía	59 (11,1)	46 (9,1)	105 (10,1)	0,305
Los hermanos (as)	32 (6,1)	31 (6,3)	63 (6,2)	1,000
Los medios de comunicación (TV, revistas, cine)	42 (7,9)	17 (3,4)	59 (5,7)	0,002
Los amigos (as)	21 (3,9)	17 (3,4)	38 (3,7)	0,741

Datos presentados por orden decreciente de frecuencia de elección.

Los totales en cada ítem varían en función del número de sujetos que señalaron “No quiero contestar”.

<sup>a</sup> Valor p de significación estadística del test exacto de Fisher.

#### **4.7. VARIABLES ASOCIADAS A ALGUNAS CONDUCTAS Y ACTITUDES SEXUALES DE RIESGO EN LOS JÓVENES**

Mediante el análisis de regresión logística multivariable se ha analizado qué variables independientes se asocian significativamente con:

- Creer que el preservativo protege completamente frente al VIH
- Haber tenido relaciones sexuales
- Preferir no haber tenido su primera relación sexual
- Estar de acuerdo con que una mujer pueda abortar

##### **4.7.1. Variables asociadas a creer que el preservativo protege completamente frente al VIH**

Las variables que se asocian significativamente con creer que el preservativo protege completamente frente al VIH son: tener una menor edad (OR=0,84, IC al 95%=0,77-0,92), que el sustentador del hogar tenga un nivel educativo más bajo (OR=0,72, IC al 95%=0,56-0,94), practicar un ocio menos saludable (OR=0,83, IC al 95%=0,77-0,91), tener alguna opinión sobre sexualidad que no fomenta el autocontrol (OR= 2,09, IC al 95%=1,24-3,54) y no tener a la madre como fuente de información habitual sobre sexualidad (OR=0,45, IC al 95%=0,30-0,66).

El modelo está ajustado por sexo, asistencia a la iglesia, rendimiento académico, iniciación sexual, ver series juveniles y telenovelas, algunas opiniones sobre sexualidad del entorno cercano, las conversaciones con los padres sobre sexualidad y las fuentes de información sobre sexualidad.

##### **4.7.2. Variables asociadas a tener actividad sexual juvenil**

Las variables que se asocian significativamente con haber tenido ya relaciones sexuales son: ser mujer, tener una mayor edad, no asistir semanalmente a la iglesia, que los padres estén separados o divorciados, que los padres no sepan

dónde va o qué hace en su tiempo libre, practicar un ocio más saludable, gastar más de 20 euros a la semana, tener alguna opinión sobre sexualidad que no fomenta el autocontrol, acudir habitualmente a los medios (Internet y revistas juveniles) para obtener información sobre sexualidad y que alguna(s) persona(s) de su entorno le transmita(n) que “Está bien tener sexo por diversión, sin que haya amor ni compromiso ” (tabla 4.28.).

**Tabla 4.28. Variables asociadas en los jóvenes españoles a haber tenido relaciones sexuales.**

CARACTERÍSTICAS DE LOS JÓVENES	HAN TENIDO RELACIONES SEXUALES*	
	OR Ajustada† (IC 95%)	
<b>Edad (años)</b>	2,10	(1,86-2,38)
<b>Sexo</b>		
Varones	1	Ref.
Mujeres	2,08	(1,52-2,85)
<b>Frecuencia de asistencia a la iglesia</b>		
Ocasional o nunca	1	Ref.
Semanal (≥ 1vez/semana)	0,33	(0,19-0,58)
<b>Sus padres están separados o divorciados</b>		
No	1	Ref.
Sí	2,48	(1,55-3,98)
<b>Sus padres saben casi siempre/siempre qué hace o dónde va en su tiempo libre</b>		
No	1	Ref.
Sí	0,52	(0,37-0,73)
<b>Dinero que gastan a la semana</b>		
≤ 20 euros	1	Ref.
> 20 euros	1,68	(1,24-2,29)
<b>Asisten semanalmente a centros comerciales, salas de juegos, billares, estadio de fútbol, discotecas o bares</b>		
No	1	Ref.
Sí	1,46	(1,04-2,06)
<b>Tienen alguna(s) opinión(es) sobre sexualidad que no fomenta(n) el autocontrol</b>		
No	1	Ref.
Sí	2,66	(1,43-4,96)
<b>Tienen a Internet y las revistas juveniles como fuente habitual de información sobre sexualidad</b>		
No	1	Ref.
Sí	2,08	(1,51-2,86)
<b>Una o más personas de su entorno cercano le transmiten el mensaje “Está bien tener sexo por diversión, sin que haya amor ni compromiso ”</b>		
No	1	Ref.
Sí	1,72	(1,20-2,49)

†El modelo está ajustado por el nivel educativo del sustentador del hogar, tener ordenador en la habitación con Internet y sin filtro, ver series juveniles y telenovelas, tener rasgo(s) de carácter impulsivo, algunas opiniones del entorno cercano sobre sexualidad, las conversaciones con los padres sobre sexualidad y las fuentes de información sobre sexualidad.

IC 95%: Intervalo de confianza al 95%.

#### 4.7.3. Variables asociadas a tener sentimientos de decepción o arrepentimiento frente a la primera relación sexual

Las variables que se asocian significativamente con preferir no haber tenido esa primera relación sexual son: una edad de iniciación sexual más precoz, haber tenido alguna relación sexual con su pareja sin haber sido consentida por él/ella, haber tenido su primera relación sexual por alguna razón que sugiera presión social o falta de autonomía personal, no haber tenido su primera relación sexual para expresar amor a la otra persona, tener algún(os) rasgo(s) de carácter impulsivo y no realizar semanalmente actividades formativas y/o culturales (tabla 4.29).

Se comprobó si la interacción entre “haber tenido relaciones sexuales para expresar amor a la otra persona” y “por alguna razón que sugiera presión externa o falta de control sobre la situación” se asociaba con preferir no haber tenido la primera relación sexual. Esta asociación no resultó significativa.

**Tabla 4.29. Variables asociadas en los jóvenes españoles a preferir no haber tenido la primera relación sexual.**

CARACTERÍSTICAS DE LOS JÓVENES	HUBIERAN PREFERIDO NO HABER TENIDO SU PRIMERA RELACIÓN* OR Ajustada† (IC 95%)	
<b>Han tenido relaciones sexuales por alguna razón que sugiera presión externa o falta de control sobre la situación</b>		
No	1	Ref.
Sí	2,96	(1,42-6,16)
<b>Han tenido relaciones sexuales para expresar amor a la otra persona</b>		
No	1	Ref.
Sí	0,54	(0,34-0,85)
<b>Han tenido alguna relación sexual no consentida</b>		
No	1	Ref.
Sí	5,26	(2,15-12,88)
<b>Realizan semanalmente actividades educativas y/o culturales</b>		
No	1	Ref.
Sí	3,25	(1,98-5,35)
<b>Tienen algún(os) rasgo(s) de carácter más impulsivo</b>		
No	1	Ref.
Sí	2,12	(1,12-4,01)
<b>Edad de la primera relación sexual (años)</b>		
	0,74	(0,64-0,85)

†El modelo está ajustado por sexo, edad, asistencia a la iglesia, nivel educativo del sustentador del hogar, no usar preservativo en la primera relación sexual, opiniones del entorno cercano sobre sexualidad, conversaciones con los padres sobre sexualidad y las fuentes de información sobre sexualidad.

IC 95%: Intervalo de confianza al 95%.

#### 4.7.4. Variables asociadas a tener una actitud favorable al aborto

Las variables que se asocian significativamente con estar de acuerdo con el aborto son: ser varón, no asistir semanalmente a la iglesia, haber tenido relaciones sexuales, no creer que la vida comience en la fecundación, tener alguna(s) opinión(es) sobre sexualidad que no fomentan el autocontrol, no dar bastante/mucha importancia a la opinión de los padres en los temas de amor y sexualidad y, en cambio, dar importancia a la opinión de los amigos, que una o más personas de su entorno cercano le transmita(n) que “está bien tener relaciones sexuales sólo por diversión” y que nadie de su entorno cercano esté de acuerdo con que “es mejor esperar a casarse para tener relaciones sexuales” (tabla 4.30).

**Tabla 4.30. Variables asociadas en los jóvenes españoles a estar de acuerdo con que una mujer pueda abortar.**

CARACTERÍSTICAS DE LOS JÓVENES	ESTAR DE ACUERDO CON QUE UNA MUJER PUEDA ABORTAR* OR Ajustada <sup>†</sup> (IC 95%)	
<b>Sexo</b>		
Varones	1	Ref.
Mujeres	0,68	(0,47-0,96)
<b>Frecuencia de asistencia a la iglesia</b>		
Ocasional o nunca	1	Ref.
Semanal (≥ 1 vez/semana)	0,20	(0,11-0,35)
<b>Han tenido relaciones sexuales</b>		
No	1	Ref.
Sí	2,11	(1,50-3,01)
<b>Tienen alguna(s) opinión(es) sobre sexualidad que no fomenta(n) el autocontrol</b>		
No	1	Ref.
Sí	2,37	(1,30-4,32)
<b>Creer que la vida humana comienza en la fecundación</b>		
No	1	Ref.
Sí	0,40	(0,28-0,58)
<b>Una o más personas su entorno cercano le transmiten el mensaje “Está bien tener sexo por diversión, sin que haya amor ni compromiso ”</b>		
No	1	Ref.
Sí	2,58	(1,75-3,79)
<b>Una o más personas de su entorno cercano le transmiten el mensaje “Es mejor esperar al matrimonio para tener relaciones sexuales”</b>		
No	1	Ref.
Sí	0,52	(0,36-0,76)
<b>Dan bastante/mucha importancia a la opinión de los padres sobre temas de amor y sexualidad</b>		
No	1	Ref.
Sí	0,40	(0,28-0,58)
<b>Dan bastante/mucha importancia a la opinión de los amigos sobre temas de amor y sexualidad</b>		
No	1	Ref.
Sí	1,83	(1,29-2,59)

<sup>†</sup> El modelo está ajustado por edad, nivel educativo del sustentador del hogar, tipo de ocio, haber visto imágenes de embriones o fetos vivos y abortados, haber escuchado algún testimonio de alguien que ha abortado, las conversaciones con los padres sobre sexualidad y las fuentes de información sobre sexualidad.

IC 95%: Intervalo de confianza al 95%.

## **5. DISCUSIÓN**



La adolescencia puede caracterizarse por tratarse de un periodo de desarrollo y crecimiento, particularmente en el área de la afectividad y la sexualidad. Aunque el desarrollo afectivo-sexual tiene lugar a lo largo de toda la vida, en esta etapa se dan importantes cambios en la persona. En España, muchos jóvenes comienzan a tener sus primeras relaciones sexuales en estas edades. Esta situación entraña numerosos riesgos para la salud y el bienestar general de estos jóvenes como pueden ser los embarazos precoces, las ITS, las relaciones sexuales forzadas, los sentimientos de decepción o arrepentimiento ante las relaciones sexuales. Los costes emocionales, médicos y económicos de estos riesgos subrayan la importancia de estudiar la iniciación sexual juvenil y sus elementos asociados.

### **El conocimiento de los jóvenes sobre las medidas de prevención de ITS**

Los datos de nuestro estudio muestran que 4 de cada 10 jóvenes creen que el preservativo protege completamente frente al VIH. Un porcentaje menor cree que su eficacia es completa frente a otras ITS (un tercio de los jóvenes) o un embarazo (un cuarto de los jóvenes). Todos estos porcentajes se consideran elevados. Y, además, hay que tener en cuenta que la proporción de jóvenes que refiere no saber su eficacia frente a algunas ITS (Herpes genital, VPH y Clamidia) no es despreciable (entre un 5,3% y un 12,5%) Sin embargo, la eficacia del preservativo no es completa para estos desenlaces no deseados para la salud. Según se expuso en la introducción de este trabajo, de utilizarse el preservativo siempre y correctamente, el riesgo de VIH se reduciría en un 80% (Weller & Davis, 2002). Para el caso de otras ITS como el virus del Papiloma Humano, el Herpes Genital o la Clamidia, su eficacia es mucho menor (Martin, Krantz, Gottlieb, Magaret, Langenberg, & Stanberry, 2009; Winer et al., 2006). Y como método anticonceptivo para prevenir embarazos, el preservativo tiene una eficacia media. Se ha estimado que su eficacia práctica es de 17 embarazos/100 mujeres-año de uso (Kost, Singh, Vaughan, Trussell, & Bankole, 2008).

Esta cuestión ha sido preguntada en otros estudios similares llevados a cabo con jóvenes filipinos, salvadoreños y peruanos. El porcentaje de jóvenes

filipinos que contestó “riesgo nulo” o “no sé” era del 42,9% para el VIH, 43,7% para las verrugas genitales y 40,6% para el embarazo (de Irala et al., 2009). En los estudios emprendidos en El Salvador y Perú, las proporciones de jóvenes que señalan “riesgo nulo” (sin considerar el “no sé) son inferiores (15,4% para el riesgo de ITS –incluido el VIH- y 11,4% para el embarazo, en jóvenes salvadoreños y 20,4% para el riesgo de VIH y 22,7% para el embarazo, en jóvenes peruanos) (Corcuera et al., 2010; de Irala et al., 2008). A pesar de las diferencias encontradas en los distintos países, los datos muestran un desconocimiento bastante generalizado entre los jóvenes sobre la eficacia del preservativo. No se ha encontrado ningún otro estudio internacional que pregunte por este conocimiento.

En España, una encuesta nacional señala que más del 95% de los jóvenes encuestados de 18-19 años indicó que el preservativo era una medida eficaz frente al VIH (Fundación para la investigación y prevención del sida en España, 2006). Sin embargo, la formulación de la pregunta no permite saber cuántos jóvenes creen que evita el riesgo de adquirir el VIH y cuántos creen que lo reduce.

Además, en nuestro estudio, se han encontrado algunas variables asociadas a creer que el preservativo protege completamente frente al VIH o virus del sida. Los jóvenes de mayor edad, cuyo sustentador principal del hogar tiene un nivel educativo más elevado (estudios de bachillerato o superiores), que practican un ocio más saludable y acuden habitualmente a su madre para informarse sobre temas de amor y sexualidad creen con menor frecuencia en el “sexo seguro” con preservativo. Sin embargo, los que tienen alguna opinión sobre sexualidad que favorece la actividad sexual juvenil tienen mayor frecuencia de opinar así. Hay que destacar cómo las fuentes de información toman un papel importante en los conocimientos que adquieren los jóvenes y, la madre aparece como la fuente más fidedigna en esta cuestión. Sin embargo, dada la falta de estudios con los que comparar nuestros resultados, se hacen necesarias más investigaciones al respecto.

Por otra parte, entre el 21,5% y el 78,4% no consideró alguna de las situaciones que indican multiplicidad de parejas sexuales como situaciones que aumentan el riesgo de adquirir una ITS en comparación con tener una sola pareja sexual en la vida. Es sorprendente que sólo un 14,1% de los jóvenes de la muestra posea un conocimiento correcto de que las tres situaciones planteadas (“tener varias parejas sexuales a la vez”, “haber tenido 3-4 parejas sexuales a lo largo de la vida” y “tener relaciones sexuales casuales y ocasionales con personas diferentes”) aumentan el riesgo de adquirir una ITS en comparación con tener una única pareja sexual en la vida y suponiendo que se utiliza siempre un preservativo.

En otra encuesta nacional realizada en España, menos de la mitad de los jóvenes de 18-19 años (43,6%) señalaron que tener pocas parejas era una medida eficaz frente al VIH (Fundación para la investigación y prevención del sida en España, 2006). Estudios realizados en otros países también concluyen que son muchos los jóvenes que desconocen las principales medidas de prevención de ITS. Por ejemplo, según UNICEF, sólo el 24% de los jóvenes de 15-24 años en países de bajo y medio desarrollo identifican el uso de preservativos y tener relaciones sexuales mutuamente monógamas con una única pareja no infectada como medidas de prevención del VIH (UNICEF, 2005).

Los datos de nuestro estudio parecen confirmar la hipótesis de que los jóvenes españoles presentan un desconocimiento bastante generalizado sobre estas medidas de prevención de ITS. En segundo lugar, nuestro estudio viene a demostrar también que las conclusiones a las que podemos llegar sobre el conocimiento de los jóvenes pueden ser muy diferentes dependiendo de la formulación y/o del carácter ambiguo de la pregunta empleada para medirlo. La encuesta de Salud y Hábitos Sexuales del año 2003 podría estar aportando una medida sobreestimada del conocimiento que tienen los jóvenes españoles sobre la eficacia del preservativo frente al VIH, porque no pregunta concretamente sobre el grado de eficacia del preservativo. Sólo plantea la disyuntiva de si el preservativo es eficaz o no para prevenir el VIH. El carácter ambiguo de las preguntas usadas en este tipo de encuestas nacionales es

puesto de manifiesto por otros autores europeos. Kouznetsov et al. investigaron el conocimiento que tenía una población de Munich sobre la transmisión sexual del VIH y compararon sus conclusiones con las de un estudio nacional alemán (BZgA, 2006). Los resultados del estudio de Munich concluyen que sólo el 55,5% de los encuestados conocía que el VIH podría ser transmitido a través de las tres vías de infección (vaginal, anal y oral). Se trata de una proporción bastante inferior a la referida por el estudio anual BZgA's (99%). Según los autores, las diferencias encontradas en el conocimiento referido en ambas encuestas podrían ser debidas principalmente a las distintas formulaciones de las preguntas usadas. Mientras en el estudio de Munich se utilizan tres ítems sobre tres conductas sexuales de riesgo distintas, en la encuesta BZgA se emplea un único término ("contacto sexual desprotegido") que pretende englobar a todas las prácticas sexuales de riesgo (Kouznetsov, Zippel, & Kuznetsov, 2009).

Cuando hemos analizado las campañas de salud sexual dirigidas a los jóvenes llevadas a cabo desde el Ministerio de Sanidad del Gobierno de España en los últimos años, no hemos encontrado ninguna recomendación en relación a la reducción del número de parejas sexuales (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010). Todas ellas promocionan exclusivamente el uso del preservativo a toda la población. Los efectos que estas campañas han tenido en la frecuencia de uso del preservativo entre los jóvenes han sido notables. Según el Informe de la Juventud en España, puede apreciarse una mayor utilización del preservativo entre los de menor edad (Instituto de la Juventud, 2008). En ella se destaca que el 73,8% de los jóvenes de 15-17 años utilizaron siempre un preservativo en el último año. Este porcentaje desciende al 64,3% entre los jóvenes de 18-20 años y al 54,1% entre los de 21-24 años. Sin embargo, esta notable mejoría en el uso del preservativo parece ir acompañada de un incremento de las conductas sexuales de riesgo juveniles. La edad de inicio de la primera relación sexual ha ido en descenso en los últimos años e, inevitablemente, esta situación ha llevado a que hoy, muchos más jóvenes, especialmente varones, refieran haber tenido relaciones sexuales con más de una pareja. En 1996, el 14% de los varones y el 10% de las mujeres de 15-17 años habían mantenido relaciones sexuales completas (Instituto de la Juventud,

2008). En 2008, este porcentaje asciende al 44,2% en los varones y al 39,9% en las mujeres. Y, entre estos, el porcentaje que refieren haberlas tenido con más de una pareja sexual en el último año es del 45,7% en los varones y del 15,6% en las mujeres (Instituto de la Juventud, 2008).

La omisión de mensajes por parte de las Autoridades sanitarias sobre los posibles riesgos para la salud que tiene la multiplicidad de parejas sexuales no parece contribuir a que los jóvenes consideren dichos riesgos y reflexionen sobre sus consecuencias. La ausencia de recomendaciones dirigidas a retrasar el inicio de las relaciones sexuales o a reducir el número de parejas sexuales en la población podría estar transmitiendo la idea de que estas conductas no son importantes o realistas para prevenir las ITS o los embarazos imprevistos. Y, dado que se están realizando campañas sanitarias que promocionan exclusivamente el uso del preservativo entre los jóvenes, estos pueden estar pensando que lo único importante es usar uno llegado el momento de tener relaciones sexuales, sin importar demasiado la edad, el tipo de persona con quien se tenga, la frecuencia de relaciones sexuales o el número de parejas sexuales. Todo esto sugiere que estas campañas pueden estar favoreciendo un mecanismo de compensación del riesgo en la población, reduciéndose así la eficacia del preservativo en la prevención de las ITS (Cassell et al., 2006). Un estudio muestra cómo el uso del preservativo ha favorecido el aumento del número de parejas sexuales entre la población (Kajubi, Kamya, Kamya, Chen, McFarland, & Hearst, 2005). Algunos estudios sugieren, incluso, que los jóvenes que creen que el preservativo protege completamente frente al VIH o las ITS refieren más frecuentemente haber tenido relaciones sexuales (Corcuera et al., 2010; de Irala et al., 2008; de Irala et al., 2009). Otros autores han puesto de manifiesto que no percibir que la monogamia mutua reduce el riesgo de adquirir una ITS se asocia a mayores conductas de riesgo sexual y a referir un diagnóstico de ITS (Boyer, Shafer, Wibbelsman, Seeberg, Teitle, & Lovell, 2000). La actual tendencia en el incremento de la incidencia de la sífilis, la gonococia y el VIH contraído por vía sexual (tanto heterosexual como homosexual) en la población española apoyan esta interpretación (Instituto de Salud Carlos III. Centro Nacional de Epidemiología, 2008b; Instituto de Salud Carlos III. Centro Nacional de Epidemiología, 2010).

A su vez, esta cuestión no es tratada adecuadamente en los libros de texto escolares españoles, en los que la abstinencia, la fidelidad mutua y evitar tener múltiples parejas sexuales no se presentan como alternativas eficientes al preservativo en la prevención de las ITS (de Irala et al., 2008).

En 2004 un consenso internacional publicado en la revista médica *The Lancet* afirmaba que el mensaje prioritario y global que se debería dar a los jóvenes es que retrasen al máximo el inicio de sus relaciones sexuales (componente "A": *Abstinence*). En segundo lugar, se debería aconsejar a aquellas personas que ya se han iniciado sexualmente, el retorno a la abstinencia o el mantenimiento de relaciones sexuales mutuamente monógamas con una persona no infectada (componente "B": *Be faithful*). Y si uno decidiera libremente seguir teniendo relaciones sexuales, recomendarle el uso correcto y sistemático del preservativo (componente "C": *Condom use*) pero advirtiéndole que éste reduce el riesgo sin eliminarlo completamente (Halperin et al., 2004). Lo que hay detrás de esta estrategia de Salud Pública es que siempre es mejor "evitar riesgos" (componentes "A" y "B") que "reducir riesgos" (componente "C") y que los mensajes deben adecuarse a los grupos específicos a los que van dirigidos.

A pesar de existir una evidencia epidemiológica firme a favor de esta estrategia de prevención, algunas campañas de Salud Pública no se plantean de acuerdo a ella. Éstas prefieren centrarse en la recomendación del uso del preservativo a todos los jóvenes (hayan tenido o no relaciones sexuales) sin dar a conocer los otros dos elementos de la estrategia ABC (componentes "A" y "B") o presentándolos como metas teóricas e inalcanzables. Se trata de una política sanitaria que centra todos sus esfuerzos en reducir riesgos sin plantearse que es posible evitarlos.

Además, el consenso *Lancet* propone que todos los jóvenes deberían ser informados de los riesgos y las consecuencias derivadas del sexo precoz, y no exclusivamente de las del sexo sin preservativo. Pero algunas campañas sólo advierten a los jóvenes de los riesgos que se derivan de su uso inconsistente,

sin informar de los problemas y dificultades que suelen presentarse: la falta de planificación de las relaciones sexuales, las roturas y los deslizamientos de preservativos, etc. Tampoco advierten que su uso correcto y sistemático (en todas las relaciones sexuales) no evita el riesgo, sólo lo reduce, y por tanto, siempre existe la posibilidad de contagio.

El paralelismo existente entre la prevención de los efectos nocivos del tabaco y la de una actividad sexual arriesgada es un buen argumento para que las acciones de Salud Pública no se centren en el preservativo, medida de reducción del daño, sino en otras opciones, como el retraso de la edad de inicio de las relaciones sexuales en los jóvenes y el fomento de una monogamia estable en las parejas, que son las estrategias de riesgo cero.

Este empeoramiento generalizado de las conductas sexuales de riesgo juveniles subraya la necesidad inmediata de ofrecer una educación sexual dirigida a retrasar el inicio de las relaciones sexuales, informando claramente de los riesgos que entraña la actividad sexual juvenil, a pesar del uso de preservativos. Mientras algunos argumentan que las recomendaciones dirigidas a retrasar el inicio de las relaciones sexuales no son realistas, va surgiendo cada vez más evidencia epidemiológica internacional que documenta el éxito de los programas de prevención que las contienen. Son los casos, por ejemplo, de países como Uganda y Zimbabwe. En Uganda, la disminución de la prevalencia del VIH/SIDA se atribuye principalmente a un factor, la reducción de parejas sexuales (Green, 2006). En Zimbabwe, si bien el uso de preservativo ha tenido su papel en el descenso de las tasas de VIH/SIDA, ha resultado más llamativa la disminución del número de jóvenes de 15-17 años que había iniciado sus relaciones sexuales y la reducción del número de parejas sexuales casuales entre quienes ya tenían relaciones sexuales (Gregson, Garnett, Nyamukapa, Hallett, Lewis, & Mason, 2006).

En EEUU, algunos programas de educación sexual basados en la abstinencia también están obteniendo resultados significativos en el retraso de las relaciones sexuales y en la reducción del número de parejas sexuales, entre los jóvenes (J. B. Jemmott, Jemmott, & Fong, 2010). Y, por tanto, podríamos concluir que las intervenciones basadas en la promoción de la abstinencia

pueden tener un papel importante en la prevención de la actividad sexual juvenil.

### **La iniciación sexual juvenil**

Según nuestro estudio, el 57,6% de los jóvenes españoles de 16-20 años han tenido relaciones sexuales. Algunas encuestas nacionales que han medido el porcentaje de iniciación sexual juvenil aportan datos similares a los nuestros, aunque ligeramente superiores. Por ejemplo, la encuesta sobre Juventud en España del año 2008 indica que el 80% de los jóvenes de 18-20 años han tenido relaciones sexuales (Instituto de la Juventud, 2008). En nuestra muestra, considerando ese mismo rango de edad, refieren haberlas tenido el 73,9% de los jóvenes.

El hallazgo que contradice los estudios españoles previos es la mayor proporción de mujeres en nuestro estudio que refieren haber tenido relaciones sexuales. Sin embargo, esta diferencia se va minimizando conforme aumenta la edad. Por ejemplo, según un estudio llevado a cabo por la OMS en 2006, el 43,4% de los varones y el 45,9% de las mujeres españolas de 17-18 años habían tenido relaciones sexuales (Moreno Rodríguez et al., 2006). En nuestro estudio, estos porcentajes son del 43,4% y del 60%, respectivamente. Del mismo modo, el informe FIPSE del año 2006 señala que el 75,6% de los varones y el 69,1% de las mujeres de 18-19 años las han tenido (Fundación para la investigación y prevención del sida en España, 2006). En nuestra encuesta lo refieren el 68,3% de los varones y el 71,4% de las mujeres de ese rango de edad. Esto podría sugerir un mayor nivel de actividad sexual juvenil entre las mujeres en los últimos años o reflejar, quizá, una mayor aceptación a la hora de referir su experiencia sexual. Recientemente, otros autores han encontrado un hallazgo semejante en Irlanda (Drennan, Hyde, & Howlett, 2009). Este estudio muestra que la proporción de chicas de 14-19 años que ha tenido relaciones sexuales es superior a la de chicos por primera vez en este país.

Con respecto al uso del preservativo, la gran mayoría de los jóvenes señalan que utilizaron uno en su primera relación sexual. Un 12% refirió no

haberlo hecho. Las tasas juveniles de uso del preservativo en la población varían según los estudios y el tipo de pregunta utilizada (si la cuestión hizo referencia al uso en la primera relación sexual, en la última relación o de manera consistente). Sólo una encuesta española, el informe FIPSE, aporta datos nacionales sobre uso del preservativo en la primera relación sexual y destaca que el 12,5% de los jóvenes españoles de 18-19 años no lo usó (Fundación para la investigación y prevención del sida en España, 2006). Se trata de un porcentaje muy similar al obtenido en nuestra encuesta.

Los resultados de este estudio apoyan la hipótesis de que algunas características sociodemográficas, los estilos de vida juveniles y el contexto social pueden estar relacionados con la iniciación sexual juvenil.

El sexo, la edad y la práctica religiosa se han asociado significativamente con tener o no actividad sexual juvenil. Las mujeres de nuestro estudio refieren con mayor frecuencia haber tenido relaciones sexuales así como los jóvenes de mayor edad. Por el contrario, asistir a la iglesia semanalmente disminuye esta frecuencia.

Algunas características familiares como el estado civil de los padres y el grado de supervisión parental también se han asociado a tener relaciones sexuales. Los jóvenes cuyos padres están separados o divorciados refieren más frecuentemente haberlas tenido. Otros estudios también han destacado la posible asociación entre este factor y la iniciación sexual juvenil (Godeau, Vignes, Duclos, Navarro, Cayla, & Grandjean, 2008; Lenciauskiene & Zaborskis, 2008; Penfold, van Teijlingen, & Tucker, 2009). Por otro lado, los jóvenes que refieren que sus padres saben dónde están o qué hacen durante el tiempo de ocio refieren con menor frecuencia haber tenido relaciones sexuales. Otras investigaciones empíricas muestran que la falta de supervisión parental se asocia a la iniciación sexual y, de este modo, subrayan el papel tan importante que desempeñan los padres en la educación sexual de sus hijos (Penfold et al., 2009; Rosenthal, Von Ranson, Cotton, Biro, Mills, & Succop, 2001).

Según un estudio holandés, el conocimiento de los padres sobre lo que hacen o dónde van sus hijos durante su tiempo libre puede ser más importante, incluso, desde un punto de vista educativo, que otras variables familiares durante la adolescencia como, por ejemplo, el apoyo parental (de Graaf, Vanwesenbeeck, Woertman, Keijsers, Meijer, & Meeus, 2010). Este conocimiento es especialmente clave en esta etapa dado que los adolescentes suelen incrementar el tiempo de ocio que pasan sin la presencia de sus padres. Algunos estudios subrayan también que la asociación entre la supervisión parental y la edad de inicio de la primera relación sexual del hijo aparece más fuerte para las chicas, con respecto a los chicos, y para los jóvenes adolescentes, en comparación con los más mayores (Lammers, Ireland, Resnick, & Blum, 2000; A. Rose, Koo, Bhaskar, Anderson, White, & Jenkins, 2005). En nuestro modelo, esta asociación se da en los varones y mujeres de 16-20 años. Por tanto, la recomendación de que los padres conozcan lo que sus hijos hacen o dónde van en su tiempo libre debería ser extensiva a todos los padres con hijos adolescentes.

Lógicamente, las variables familiares no son independientes unas de otras. Existe evidencia de que los padres que conocen dónde están sus hijos depositan mayor confianza en ellos y reaccionan más positivamente frente a la información que los hijos comparten (de Graaf, Vanwesenbeeck, Woertman, Keijsers, Meijer, & Meeus, 2010). De hecho, a través de la variable de supervisión parental, seguramente nos encontremos midiendo otros factores familiares como puede ser el apoyo parental. Por tanto, diversas características familiares, en general, y la supervisión parental, en particular, deberían ser objeto de intervención y mejora a la hora de plantear programas de educación sexual dirigidos a los padres.

Con respecto a la fuente de información, los medios de comunicación se han convertido en una poderosa herramienta que los jóvenes usan para obtener información sobre diversos temas, incluyendo la sexualidad. El 35,4% de los jóvenes de nuestra muestra refieren acudir habitualmente a ellos (Internet y revistas juveniles), llegando a convertirse en la principal fuente de información junto a los amigos. Otros investigadores españoles y europeos también han

destacado a los medios como la principal fuente de información sobre sexualidad después de los amigos (de Irala et al., 2009; Kaiser Family Foundation, 2003; Lara Ortega & Heras Sevilla, 2008). Sin embargo, esta fuente de información, siendo una de las más utilizadas, no es señalada con frecuencia como la más idónea para la educación de los jóvenes y adolescentes dado que estos pueden presentar una imagen negativa de la virginidad y transmitir a los jóvenes la idea de que la actividad sexual es común, casual y está libre de consecuencias (Carpenter, 2001; Rivadeneyra & Lebo, 2008). Otros autores también destacan que los medios tienden a ofrecer escasa información sobre las posibles consecuencias negativas de la actividad sexual juvenil, como son las ITS, a pesar de que frecuentemente representan escenas de amor y sexualidad (Brown, L'Engle, Pardun, Guo, Kenneavy, & Jackson, 2006). Según nuestro estudio, los jóvenes que refieren acudir habitualmente a Internet y a las revistas juveniles para informarse sobre temas de amor y sexualidad refieren más frecuentemente haber tenido actividad sexual juvenil. Estudios previos han destacado que percibir que los medios de comunicación apoyan el comportamiento sexual adolescente aumenta la frecuencia de iniciación sexual precoz (L'Engle et al., 2006). También se sabe que la exposición a contenidos sexuales favorece la actividad sexual juvenil (Collins et al., 2004; R. J. DiClemente, Salazar, & Crosby, 2007). Todo esto sugiere que los medios de comunicación de nuestro entorno actual podrían no ser los mejores canales para la prevención del VIH y las ITS.

Otro factor de riesgo relacionado con el contexto social del joven y que se asocia a la iniciación sexual juvenil en nuestro estudio es que alguna(s) persona(s) de su entorno cercano (familia, amigos, algún profesor en quien confía) opine(n) que está bien tener relaciones sexuales sólo por diversión, sin que haya amor ni compromiso. Otros autores también han estudiado la influencia de las opiniones de los padres y los amigos sobre la actividad sexual juvenil. Cuando los jóvenes perciben que sus amigos y sus padres piensan que ellos deben abstenerse de tener relaciones sexuales refieren una menor frecuencia de actividad sexual juvenil (Dlamini et al., 2008). Incluso, los que perciben que sus padres desapruueban fuertemente que tengan relaciones

sexuales durante la adolescencia tenían una menor probabilidad de tener una ITS a los 6 años de seguimiento (Ford et al., 2005).

Otros factores relacionados con los estilos de vida se han asociado con la iniciación sexual juvenil. Según nuestro estudio, los jóvenes que tienen habitualmente unos gastos semanales superiores a 20 euros refieren una mayor frecuencia de actividad sexual. Otros autores también han investigado sobre la relación entre los gastos semanales y la iniciación sexual. Según un estudio realizado con jóvenes escoceses de 14-15 años, tener un gasto semanal superior a 10 libras (aproximadamente, 11,5 euros) aumenta la frecuencia de tener relaciones sexuales (Penfold et al., 2009). Otros estudios previos también ponen de manifiesto la misma asociación (Henderson, Wight, & Raab, 2002; D. Wight, Williamson, & Henderson, 2006).

Por otra parte, las actividades de ocio también parecen influir en la actividad sexual de los jóvenes. En nuestro estudio, los jóvenes que frecuentan discotecas y/o centros comerciales semanalmente refieren más frecuentemente haber tenido relaciones sexuales. El tipo de ocio y su posible relación con la iniciación sexual ha sido objeto de investigación en numerosos estudios previos. Godeau et al. muestran que salir frecuentemente por la noche se asocia con una mayor frecuencia de actividad sexual precoz (Godeau, Vignes, Duclos, Navarro, Cayla, & Grandjean, 2008). Otros estudios llevados a cabo en Perú y El Salvador, muestran cómo un ocio menos saludable (que incluye la asistencia semanal a discotecas y centros comerciales) puede asociarse a una mayor actividad sexual juvenil (Corcuera et al., 2010; de Irala et al., 2008). Por tanto, la asistencia frecuente a lugares de ocio como los descritos y el pasar mucho tiempo viendo la televisión, jugando a los videojuegos o escuchando música debería desaconsejarse. Y, en este sentido, la existencia de alternativas más saludables de ocio juvenil cobra vital importancia.

Tener alguna opinión sobre sexualidad que no favorece el autocontrol personal (ejemplos: no estar de acuerdo con que debería evitarse la masturbación o ver pornografía, creer que tener relaciones sexuales es una necesidad biológica que hay que satisfacer y que está bien tener contactos

físicos de tipo sexual sin llegar a tener relaciones sexuales completas) aumenta la frecuencia de actividad sexual juvenil. Estas actitudes pueden incitar a la experimentación sexual entre los jóvenes, que pueden acabar teniendo relaciones sexuales dejándose llevar por la excitación sexual. Otros estudios han destacado la influencia de estas opiniones sobre la conducta sexual. En Perú, un estudio llevado a cabo con jóvenes de 13-18 años muestra que estar de acuerdo con alguna de estas actitudes aumenta la frecuencia de actividad sexual juvenil (Corcuera et al., 2010). En otro estudio llevado a cabo en El Salvador, algunas de estas opiniones también se asociaron a una mayor actividad sexual juvenil (de Irala et al., 2008). Otro estudio nigeriano realizado con jóvenes de 15-19 años destaca que tener actitudes personales a favor del retraso del inicio de las relaciones sexuales se asocia con una menor frecuencia de actividad sexual juvenil (Fatusi & Blum, 2008).

Actualmente, se están llevando a cabo algunos programas de educación sexual que abogan porque los jóvenes se dejen llevar por sus impulsos y deseos personales a la hora de tomar decisiones en materia de sexualidad (L. S. Jemmott, Jemmott, & McCaffree, 2006; Taverner & Montfort, 2005). Esta estrategia no parece ser inocua, ya que con ella podrían estar favoreciendo las relaciones sexuales imprevistas, un adelanto de la edad de inicio de las relaciones sexuales y un menor uso de anticonceptivos en la primera relación sexual (Svare, Kjaer, & Thomsen, 2002). Además, la búsqueda de sensaciones sexuales se ha asociado a la adquisición de conductas sexuales de riesgo entre los jóvenes (R. J. DiClemente et al., 2007).

A su vez, como ya hemos visto, la información sobre sexualidad que podemos encontrar en algunas campañas de Salud Pública españolas se centra fundamentalmente en el preservativo, medida de reducción del riesgo, como principal respuesta al problema de las ITS y los embarazos en adolescentes. Sin embargo, esta información puede resultar completamente inútil si los jóvenes se involucran en relaciones sexuales imprevistas. La falta de planificación puede llevarles a no disponer de un preservativo a mano ni a reflexionar sobre los riesgos de tener relaciones sexuales. Concretamente, los jóvenes de nuestra muestra no han aducido ni la falta de información sobre el

preservativo ni un difícil acceso como el motivo principal para no haberlos usado en su primera relación sexual. La razón más señalada ha sido la falta de planificación porque la relación fue imprevista. La imprevisión también aparece como la causa más frecuente para no haber utilizado un preservativo en la primera relación sexual en otros estudios españoles e internacionales. Por ejemplo, entre jóvenes españoles de 15-24 años, entre jóvenes peruanos de 13-18 años, entre jóvenes salvadoreños de 13-19 años y entre jóvenes irlandeses de 18-24 años (Corcuera et al., 2010; de Irala et al., 2008; Equipo Daphne, 2005; Richard et al., 2006).

Por tanto, no parece tan eficaz centrar las políticas de salud sexual y reproductiva en dar información biológica y en distribuir de manera indiscriminada preservativos a los jóvenes. Estas medidas no fomentan la capacidad de autonomía y autocontrol en los jóvenes de modo que puedan decidir libremente cuándo es el mejor momento de iniciar sus relaciones sexuales. En nuestro estudio, la gran mayoría de los jóvenes manifiestan querer hablar más con sus padres de los aspectos afectivos relacionados con la sexualidad como son “cómo saber cuándo estaré preparado/a para tener relaciones sexuales”, “si no quisiera tener relaciones sexuales, cómo decírselo a la persona con quien salga (novio/a)” o “cómo manejar mejor mi impulso/pasión sexual”. Con ello, están pidiendo que se les ayude a fortalecer su carácter y poder ejercer así su capacidad de autonomía y autocontrol.

La principal cuestión a la hora de plantear una prevención que resulte eficaz en materia de sexualidad es decidir qué queremos conseguir en los jóvenes. La disminución de problemas como las ITS o los embarazos precoces sólo se logrará a través de una mejora de los estilos de vida que pasa obligatoriamente por retrasar la edad de inicio de las relaciones sexuales (Fenton & Hughes, 2003). Y esto es improbable que suceda a través de acciones educativas aisladas (de Irala, 2007). Sólo teniendo en cuenta las características del contexto familiar, educativo, cultural y social de los jóvenes se puede lograr un cambio eficaz en los estilos de vida juveniles (R. J. DiClemente, Salazar et al., 2005). Por ello se precisa de un esfuerzo integrado en la familia, en los colegios y en toda la sociedad en general, para transmitir a los jóvenes que la opción

más saludable para ellos es que retrasen al máximo el inicio de las relaciones sexuales. Este cambio sólo será posible para la mayoría de ellos si se propicia un entorno que sea facilitador de su crecimiento y autonomía personal, a través de una educación del carácter que fortalezca su voluntad (de Irala, 2007).

### **Sentimientos de decepción y arrepentimiento hacia las primeras relaciones sexuales juveniles**

Según nuestra encuesta, el 18,7% de los varones y el 20,7% de las mujeres refieren que preferirían no haber tenido su primera relación sexual. Otros estudios muestran porcentajes mayores de decepción o arrepentimiento, al menos entre las mujeres (Albert, 2007; Cotton, Mills, Succop, Biro, & Rosenthal, 2004; Dickson et al., 1998; S. C. Martino, Collins, Elliott, Kanouse, & Berry, 2009; Mercer et al., 2006; Wellings et al., 2001). Estas diferencias pueden ser debidas al tipo de pregunta utilizada. En nuestra encuesta, hemos usado la frase “Hubiera preferido no haber tenido esa relación sexual” mientras otros autores han empleado frases como “Desearía haber esperado más” o “Debería haber esperado más”. Quizá nuestra frase puede haber sido percibida por los jóvenes de una manera más contundente, llevándonos a obtener porcentajes más bajos de decepción. Por el contrario, otros estudios muestran porcentajes inferiores a los nuestros entre los varones y las mujeres (Aras, Semin, Gunay, Orcin, & Ozan, 2007; D. Wight et al., 2000). En estos estudios, las frases empleadas podrían percibirse por los jóvenes de manera aún más contundente “Estoy arrepentido de haber tenido mi primera relación sexual” y “No debería haber ocurrido”. En cualquier caso, la proporción de jóvenes obtenida no es despreciable y merece ser objeto de atención, sin olvidar, incluso, que podría estar siendo subestimada.

Los resultados de este trabajo apoyan nuestra hipótesis de estudio: la frecuencia de referir sentimientos de decepción y arrepentimiento con respecto a la primera relación sexual es mayor cuanto menor es la edad con la que se tuvo dicha relación. Este resultado está en concordancia con lo referido por otros investigadores (Dickson et al., 1998; D. Wight, Parkes, Strange, Allen, Bonell, & Henderson, 2008).

Los jóvenes que refirieron haber tenido su primera relación sexual “por amor a la otra persona” expresan con menor frecuencia sentimientos de decepción y arrepentimiento. A su vez, haber tenido la primera relación sexual por alguna razón que indicase falta de control o autonomía aumenta esta frecuencia. Esta asociación persiste, incluso, en los jóvenes que refirieron que tuvieron su primera relación sexual también por amor. En nuestro estudio, la gran mayoría de los jóvenes (78,1%) declararon haber tenido su primera relación sexual por alguna razón que indicase presión o falta de control/autonomía y un 4,7% refirieron haber tenido, alguna vez, relaciones sexuales con su pareja (novio/a) sin ser consentidas por ellos. Entre los que refirieron el amor como una de las razones por las que tuvieron su primera relación sexual (65,6%), sólo un 13% no manifestó ninguna razón adicional que sugiriese presión o falta de control/autonomía. Estos datos son consistentes con otros estudios en los que se ha demostrado que la iniciación sexual está frecuentemente influenciada por diferentes factores que disminuyen la capacidad de control o autonomía personal. Por ejemplo, los jóvenes pueden llegar a involucrarse en relaciones sexuales involuntarias que les conducen al arrepentimiento (Beres, 2007). Cuando ellos perciben que sus amigos están teniendo relaciones sexuales, los porcentajes de iniciación sexual precoz son mayores (Babalola, 2004; Potard, Courtois, & Rusch, 2008). Otros estudios relacionan la falta de control sobre la relación sexual (sentir presión, haber bebido o tomado drogas y no planificar la relación sexual) con el arrepentimiento (Oswalt, Cameron, & Koob, 2005; D. Wight, Parkes, Strange, Allen, Bonell, & Henderson, 2008).

Se han encontrado diferencias por sexo entre las razones que refieren los jóvenes de nuestra muestra. Las mujeres eligen “querer expresar su amor” como la razón principal por la que tuvieron relaciones sexuales. Los varones, en cambio, eligen más frecuentemente “sentir un impulso físico”. Estas diferencias han sido también descritas en estudios previos (Corcuera et al., 2010; de Irala et al., 2008; Institute National de la Santé et de la Recherche Medicale, Anrs, INED, 2006). Parece claro, por tanto, que los varones y las mujeres no tienen las mismas motivaciones para tener su primera relación sexual. Esta situación puede llevar a malentendidos, desacuerdos y a desarrollar sentimientos de

decepción y arrepentimiento en los jóvenes que descubren que su pareja no busca lo mismo que ellas (Dickson et al., 1998; Oswalt et al., 2005).

Por otro lado, una variable de índole psicológica, como es tener algún rasgo de carácter más impulsivo, y la asistencia semanal a actividades de tipo cultural y/o formativo se han asociado con una mayor frecuencia de decepción y/o arrepentimiento en nuestra muestra. Sin embargo, dada la falta de estudios al respecto no ha sido posible la comparación de resultados. A pesar de ello, tiene sentido que hayamos encontrado tales asociaciones dado que la impulsividad no facilita la adquisición de conductas autónomas y libres, y por tanto, la probabilidad de acabar haciendo algo que no se desea completamente es mayor. Por otro lado, las actividades culturales y formativas pueden favorecer el arrepentimiento debido a que pueden fomentar la reflexión de los jóvenes sobre las consecuencias de sus decisiones, incluida su sexualidad.

Algunos autores describen la iniciación sexual como un signo de madurez, un rito de transición hacia la vida adulta o una decisión que puede tomarse cuando uno cree que está preparado para dar ese paso (Masters, Beadnell, Morrison, Hoppe, & Gillmore, 2008; Ott, Pfeiffer, & Fortenberry, 2006). Pero esta perspectiva olvida que, con demasiada frecuencia, la iniciación sexual no es el resultado de una decisión suficientemente madura y deliberada, tal y como muestran nuestros resultados.

El conocimiento de las razones que preceden a las decisiones de los jóvenes que les llevan a tener su primera relación sexual es clave para plantear estrategias de prevención a estos problemas. Las consecuencias psicológicas no deseadas, incluyendo los sentimientos de decepción y arrepentimiento, pueden prevenirse a través de medidas dirigidas a evitar las relaciones sexuales prematuras y capacitando a los jóvenes para tomar decisiones más informadas sobre su sexualidad. Esta capacitación debe llevarse a cabo a través de discusiones con los jóvenes sobre las situaciones que frecuentemente les llevarían a sentirse arrepentidos de lo que hacen. Algunos programas de educación sexual, por ejemplo, invitan a los jóvenes a practicar “petting” (tener contactos físicos de tipo sexual sin penetración) como una alternativa a las

experiencias coitales (L. S. Jemmott et al., 2006; Taverner & Montfort, 2005). En tales situaciones, la posibilidad de dejarse llevar por la excitación sexual del momento puede conducir a una pérdida del control y autonomía personal. Este tipo de recomendaciones podrían incrementar el riesgo de una relación sexual que, paradójicamente, se pretendía evitar.

Algo similar puede decirse sobre los contenidos sexuales (más o menos explícitos) presentes en los medios de comunicación. A estos materiales pueden acceder los jóvenes fácilmente, incluso los menores de edad, ante la falta de control por parte de las autoridades competentes. Algunos autores advierten que estos contenidos pueden reducir en los jóvenes el miedo a contraer infecciones como el VIH y de favorecer las relaciones sexuales precoces (Brown, L'Engle, Pardun, Guo, Kenneavy, & Jackson, 2006; L'Engle et al., 2006; Lemal & Van den Bulck, 2009). Además, nuestros datos muestran que estos contenidos pueden favorecer el inicio de relaciones sexuales en los jóvenes que, años más tarde, desearían no haber tenido. Por ello, se hace necesaria una regulación más eficaz de esta cuestión.

Será difícil lograr una adecuada salud sexual si los jóvenes viven en sociedades donde la “sexualización” está presente banalizando la sexualidad como un pasatiempo que supuestamente no tiene ninguna consecuencia negativa en sus vidas ni en su afectividad. En la educación de la sexualidad no deben separarse los aspectos afectivos de los biológicos. Por ello, se hace necesaria la difusión de un concepto integrado de la sexualidad humana que llegue a todas las esferas sociales y culturales.

### **Impacto del ambiente social y otros factores educativos en la opinión de los jóvenes sobre el aborto**

Nuestro estudio ha analizado la aceptación del aborto por parte de los jóvenes en determinadas circunstancias y situaciones. Se han encontrado tres grupos claramente diferenciados entre los participantes: un pequeño grupo de jóvenes que se muestra contrario al aborto en cualquier circunstancia (13,8%), un grupo mayor de jóvenes que refiere estar de acuerdo con que una mujer

pueda abortar siempre que ella, su pareja o ambos lo quieran (21,8%) y un grupo aún mayor de jóvenes que está a favor del aborto sólo en algunas circunstancias o a condición de que la mujer haya sido bien informada de las alternativas al aborto (37,8%). Aproximadamente uno de cada diez jóvenes no supo o no quiso contestar a esta pregunta. Algunos de estos resultados son consistentes con los publicados por el CIS (Centro de Investigaciones Sociológicas, 2008). Esta encuesta muestra que el 14,7% de los jóvenes españoles de 16-20 años no está de acuerdo con el aborto en ningún caso y el 7,5% no sabe o no contesta a la pregunta. Estas proporciones son muy similares a las nuestras. Por otro lado, según el CIS, el 56,2% y el 21,3% de los jóvenes refieren que “debe decidir únicamente la mujer interesada” y que “la sociedad debe poner ciertos límites”, respectivamente. Estos resultados difieren bastante de los nuestros y podrían sugerir importantes diferencias en la composición de ambas muestras. Sin embargo, las distintas formulaciones de las respuestas no permiten ser comparadas entre sí y hace difícil valorar el grado de consistencia entre ellas.

Otros estudios europeos que han investigado las actitudes frente al aborto y realizados en países con distintas legislaciones sobre esta cuestión también han encontrado tres grupos diferenciados de opinión. Por lo general, hay un grupo mayoritario que está a favor del aborto en alguna(s) circunstancia(s) (por ejemplo, 59% en Austria y 55% en Gran Bretaña) y dos grupos más minoritarios que se muestran totalmente de acuerdo con el aborto o totalmente en desacuerdo con él (Angus Reid Global Monitor, 2007; Angus Reid Public Opinion, 2010). Con respecto al grupo que se sitúa contrario al aborto, los países de Europa que presentan una mayor proporción son Portugal, Polonia y España (30%, 29% y 27%, respectivamente) (Euro RSCG, 2005).

Se han encontrado algunas características asociadas a estar a favor del aborto. Las mujeres de nuestro estudio refieren con menor frecuencia que están de acuerdo con el aborto. Este hecho podría estar relacionado con una mayor sensibilidad en la mujer ante el embarazo y las posibles consecuencias de un aborto. Las conclusiones con respecto a la influencia del sexo sobre las actitudes frente al aborto son inconsistentes. Por un lado, algunos estudios han

encontrado que los varones son más partidarios de que una mujer pueda abortar en diversas circunstancias (Anglin, Amaral, & Edlund, 2010). Otros autores no han hallado diferencias significativas con respecto al sexo entre los jóvenes estudiantes estadounidenses (Carlton, Nelson, & Coleman, 2000). Por otro lado, algunos estudios realizados en Eslovenia y la República Checa han mostrado que las mujeres refieren con mayor frecuencia que los varones estar a favor del aborto (Wall, Frieze, Ferligoj, Jarosova, Pauknerova, & Horvat, 1999). Por tanto, parece ser una cuestión que depende, en gran medida, del país y de la población de estudio.

Los resultados de este estudio apoyan la hipótesis inicial de que algunas opiniones de las personas cercanas al joven y otros aspectos relacionados con su educación pueden influir en su opinión sobre el aborto. Los mensajes que les transmiten las personas de su entorno cercano sobre el modo de entender las relaciones sexuales se asociaron con la actitud ante el aborto. Los mensajes que incitan a tener relaciones sexuales sin compromiso se asocian a estar de acuerdo con el aborto. Del mismo modo, referir haber tenido ya relaciones sexuales y tener alguna opinión que no favorece el autocontrol de la conducta sexual se asocia con estar más de acuerdo con que una mujer pueda abortar. Por el contrario, los mensajes que fomentan el retraso del inicio de las relaciones sexuales se asocian con mayor frecuencia a estar en contra del aborto. No se ha localizado ningún estudio que aporte información sobre estas cuestiones. Sin embargo, nuestros hallazgos pueden tener sentido si consideramos que los mensajes y opiniones que aprueban las relaciones sexuales sin compromiso no buscan que los jóvenes asuman responsablemente las posibles consecuencias que pueden derivarse del sexo precoz. Y, por tanto, estos jóvenes podrían ver el aborto como una medida que les libera de asumir tales consecuencias, como puede ser un embarazo.

En nuestro estudio, la fuente de información sobre sexualidad no se ha asociado a la actitud sobre el aborto, sin embargo, dar bastante o mucha importancia a la opinión de los padres y amigos en temas de amor y sexualidad sí se ha asociado. Aquellos jóvenes que valoran más la opinión de los padres sobre estas cuestiones refieren, con menos frecuencia, estar a favor del aborto;

y los que valoran más la opinión de los amigos lo refieren con más frecuencia. Una posible explicación de este hecho, puede ser la transmisión de mensajes menos favorables al aborto por parte de las generaciones más mayores (padres y abuelos) en comparación con las más jóvenes (el grupo de iguales).

Según nuestros datos, la asistencia semanal a la iglesia es un factor que disminuye la frecuencia de opinar a favor del aborto. Numerosos estudios previos han destacado también esta relación (Hess & Rueb, 2005; Jelen & Wilcox, 2003). Por otro lado, creer que la vida humana comienza en la fecundación también disminuye esta frecuencia, resultado consistente con lo publicado por otros autores (Hess & Rueb, 2005).

Entre las diversas variables asociadas con la actitud de los jóvenes ante el aborto, una que llama especialmente la atención es la creencia sobre el inicio de la vida humana. Aunque existe evidencia científica suficiente para sostener la existencia de vida desde el momento de la fecundación (Pearson, 2002), solo una cuarta parte de los jóvenes de nuestra muestra dice estar de acuerdo con este hecho. Aquellos que refieren que la vida comienza en otra etapa distinta del desarrollo embrionario o no están seguros del momento son más favorables al aborto. Por tanto, la creencia sobre cuándo comienza la vida humana no parece una cuestión trivial. De hecho, esta creencia también influye a la hora de elegir un método de planificación familiar. Por ejemplo, un estudio español ha confirmado que las mujeres que opinan que la vida comienza en la fecundación tienen menor probabilidad de considerar el uso de un método con algún efecto post-fecundación (Burgo, Fez, Osorio, Guzman, & de Irala, 2010; Gould, Ellertson, & Corona, 2002). Gould et al. exploraron el conocimiento y las actitudes sobre la anticoncepción de emergencia y el aborto entre personas en edad reproductiva en México. Ellos encontraron que aquellos que creían que la vida comenzaba en la fecundación consideraban la anticoncepción de emergencia como un método abortivo más que un método contraceptivo, debido a su efecto anti-implantatorio (Burgo et al., 2010; Gould et al., 2002). En este contexto, es interesante destacar la declaración del Dr. Wishik en el segundo congreso internacional sobre Contracepción Intrauterina en 1964, patrocinado por *The Population Council*: la aceptación o el rechazo de un

método de control de la natalidad dependería de si este causaba, o no, un aborto precoz (Segal, Southan, & Shafer, 1965). Por otra parte, en 1972, el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología (ACOG's) declaró que el embarazo comenzaba con la implantación del embrión en el útero en lugar de la fecundación (American College of Obstetricians and Gynecologist, 1965). Según algunos autores, este cambio se realizó sin basarse en criterios científicos y la nueva definición de embarazo podría haber sido introducida para minimizar los problemas éticos en el uso de métodos de planificación familiar que actúan después de la fecundación o de técnicas de reproducción asistida (Spinnato, 1998). Todos estos hechos sugieren que puede haber otros intereses, distintos a los científicos, en el debate sobre el momento preciso en que comienza a existir vida humana.

Además, entre los que están a favor del aborto, el 11% indican que cambiarían de opinión si creyeran que la vida empieza en la concepción. Cabe, por tanto, una mejor transmisión, a los jóvenes y a toda la sociedad, de la información científica disponible sobre este tema. Los médicos, los educadores y las campañas de educación y salud deberían prestar atención a estos datos para corregir este tipo de errores que abundan entre los ciudadanos.

### **Limitaciones de este estudio**

A la hora de valorar los resultados de nuestro trabajo deben tenerse en cuenta las siguientes limitaciones:

La metodología empleada (entrevista a través de Internet) podría verse como responsable de una falta de representatividad de la muestra. En primer lugar, las muestras de internautas pueden percibirse como poco representativas de la población juvenil dado que no toda la población tiene acceso a Internet. Sin embargo, el uso de los ordenadores en los hogares y la accesibilidad a Internet es cada vez mayor en España, y más aún en la población joven. De acuerdo con los últimos datos oficiales del Instituto Nacional de Estadística, el 93,2% de los jóvenes españoles de 16-24 años usan Internet semanalmente. Incluso, la gran mayoría de ellos lo hace casi a diario (78,9%) (Instituto Nacional

de Estadística, 2010). Por ello, es previsible que la representatividad de la muestra elegida no se aparte mucho de la población diana de jóvenes de 16 a 20 años objeto de nuestro estudio.

Es conocido también que las características demográficas de las personas que tienen acceso a Internet difieren de las que no tienen. Las muestras de internautas pueden sobre-representar algunos grupos, como por ejemplo, los más jóvenes e infra-representar a grupos con un nivel socioeconómico más bajo, como los inmigrantes. Sin embargo, algunos autores han señalado al respecto que tales diferencias son cada vez menores y pueden ser corregidas a través del empleo de ponderaciones estadísticas (Amari, Vandebek, Montgomery, Skarsgard, & Ansermino, 2010). Por este motivo, se utilizaron técnicas aleatorias para la selección de la muestra y, posteriormente, se ponderó la base de datos con el fin de mejorar su representatividad. Las variables de ponderación utilizadas fueron el sexo, la edad y la comunidad autónoma de residencia. La muestra, así, cumple con bastante aproximación con los criterios de representatividad de la población española en dicho rango de edad, según los datos del Padrón del año 2007 (Instituto Nacional de Estadística, 2007).

Con el objetivo de valorar el grado de representatividad de nuestra muestra, se ha comparado la información relativa a algunas variables comunes con los datos pertenecientes al sondeo sobre la juventud española (primera oleada) llevado a cabo por el Centro de investigaciones Sociológicas (CIS) en 2008 (Centro de Investigaciones Sociológicas, 2008). Se encontraron algunas similitudes que aportan consistencia a nuestros resultados, tal como se describe a continuación:

En este sondeo, el 63% de los jóvenes de 16-20 años refirieron ser católicos, el 5,7% creyente de otra religión y el 29,9% se declararon no creyentes, indiferentes o ateos. Estos datos son similares a los hallados en nuestro estudio, donde el 49,7% se declararon católicos, el 5,8% creyente de otra religión y el 36,6% refirieron no tener religión. Aunque las categorías de referencia sobre la religión utilizadas en nuestro estudio no son idénticas a las

de la encuesta del CIS, se puede afirmar que hay una adecuada representación de la religión de los jóvenes españoles en nuestro estudio.

En la encuesta del CIS, el 21,3% de los jóvenes refiere que el sustentador principal del hogar tiene estudios superiores a los secundarios. En nuestro estudio, este porcentaje es bastante aproximado. El 27,1% de los jóvenes de nuestra muestra refiere que el sustentador principal del hogar tiene estudios universitarios (de diplomatura o licenciatura).

Con relación al porcentaje de jóvenes de 16-20 años que refiere haber tenido relaciones sexuales completas, encontramos una gran similitud (57,8% en la encuesta CIS y 57,6% en nuestro estudio). Con respecto al sexo, la proporción de mujeres que ha tenido relaciones sexuales en nuestra muestra es superior a la obtenida por el CIS (65% vs. 56,4%).

Por último, se encontró una proporción casi idéntica de encuestados, en ambos estudios, que se posicionan contrarios al aborto (13,8% en nuestra muestra y 14,7% en la encuesta del CIS). De este modo, podemos concluir que nuestra muestra no dista, en gran medida, de la del CIS (con un tamaño muestral de 422 sujetos) y, por tanto, podemos asumir un grado de representatividad adecuado.

Con respecto al grado de validez del estudio, Amari et al., "en un estudio donde analizaban la opinión sobre la calidad del servicio recibido por parte del personal hospitalario", comprobaron que los individuos que habían cumplimentado la encuesta por teléfono ofrecían respuestas que tendían a ser socialmente más deseables que las obtenidas a través de la web (Amari et al., 2010). Roster et al., comparando ambas modalidades de recogida de datos, encontraron también una tendencia hacia actitudes más negativas entre los participantes que cumplimentaron su encuesta a través de Internet. Estos autores sugieren que estas actitudes pueden considerarse más sinceras en el caso de las entrevistas a través de Internet debido al incremento de la privacidad y a la eliminación del sesgo del entrevistador (Roster, Rogers, Albarn, & Klein, 2004). Incluso, otros autores sugieren que las entrevistas a

través de Internet producen mayor validez de respuesta (Graham, Papandonatos, Bock, Cobb, Baskin-Sommers, & Niaura, 2006; Roster et al., 2004). En cualquier caso, las respuestas de los participantes internautas parecen contener, al menos, el mismo grado de veracidad que las de las muestras obtenidas por vía telefónica o entrevista personal (Gosling, Vazire, Srivastava, & John, 2004).

Con anterioridad al análisis de los resultados, se llevó a cabo un análisis de distintas incongruencias con la finalidad de detectar a aquellos sujetos que aportaran respuestas incoherentes ante preguntas relacionadas entre sí. Este análisis no detectó ninguna incoherencia en las respuestas de los sujetos, y, por tanto, ningún sujeto tuvo que ser eliminado de la base de datos. Este análisis aporta un mayor grado de validez a los resultados de nuestro estudio.

El cuestionario utilizado en este estudio no ha sido validado formalmente. El proceso de validación de un cuestionario es complejo e incluye el estudio de diversas características, tales como su viabilidad, su fiabilidad o su validez (Arginmon Pallás & Jiménez Villa, 2004). Sin embargo, estas precauciones se refieren especialmente a escalas que intentan medir un constructo complejo, y que, por ello, deben tener una consistencia interna. En nuestro cuestionario, la mayoría de los ítems corresponden a preguntas cuyas respuestas no se espera que correlacionen unas con otras. No obstante, en este trabajo se han tomado diversas medidas para favorecer la validez del cuestionario.

Durante la elaboración del cuestionario, se atendieron diversos aspectos técnicos como el formato y la redacción de los ítems, el orden de las preguntas dentro del cuestionario o su longitud. También se incorporaron diversas preguntas provenientes de estudios internacionales de gran relevancia (Moreno Rodríguez et al., 2006; Penfold et al., 2009).

La selección de las preguntas del cuestionario respondió a los objetivos e hipótesis del estudio teniendo en cuenta la evidencia publicada (citada en los apartados correspondientes) sobre los factores asociados a la actividad sexual juvenil. Esto dota a nuestro estudio de una mayor validez lógica.

Tal y como se explicó en Metodología (página 29), se diseñó un cuestionario base destinado a ser implementado en diversos países. Este cuestionario fue adaptado para ser implementado en una muestra de jóvenes españoles. Con anterioridad a este estudio, otra versión del mismo cuestionario base fue implementada en una muestra de jóvenes filipinos (de Irala et al., 2009). Se trató de un trabajo previo, realizado con vistas al presente estudio, que tuvo la finalidad de ir conformando el cuestionario definitivo que se ha implementado en España. Posteriormente, se realizó un estudio piloto con jóvenes españoles para corregir posibles deficiencias del cuestionario. La empresa GfK-emer España, integrada en el grupo multinacional de investigación de mercados GfK, también llevó a cabo una revisión del cuestionario con el fin de asegurar al máximo su validez. Comprobó que las preguntas contuvieran todas las opciones posibles de respuesta, estuvieran bien redactadas y que pudieran ser comprensibles por la población española a la que iba dirigido el estudio. No consideraron modificar ningún aspecto importante del cuestionario. Dicha empresa está certificada por AENOR en el cumplimiento de las Normas de Calidad UNE-ISO 9001.

### **Fortalezas**

A pesar de las limitaciones comentadas anteriormente, este trabajo tiene importantes fortalezas.

Desde nuestro conocimiento, se trata del primer estudio realizado en España sobre la afectividad y la sexualidad llevado a cabo desde una perspectiva socio-ecológica. Algunos estudios españoles previos habían enfatizado la necesidad de entender mejor el comportamiento sexual adolescente a través de investigaciones que buscasen conocer los factores contextuales y personales de los individuos (Teva, Bermdez, & Buela-Casal, 2009). Sin embargo, hasta ahora sólo se habían estudiado algunos factores sociodemográficos en relación con las conductas sexuales de riesgo, como por ejemplo, el sexo, la edad, la religión o religiosidad, el tipo de centro educativo y el estatus socioeconómico de los padres (Teva et al., 2009). Nuestros

resultados suponen un paso importante en la investigación sobre estas cuestiones en nuestro país desde una perspectiva global que tiene en cuenta las influencias contextuales (familiares, sociales, educativas y culturales).

Se ha preguntado por primera vez a los jóvenes españoles sobre cuestiones como el grado de protección que creen que confiere el preservativo frente al embarazo y algunas ITS o sobre las situaciones de mayor riesgo de infección en relación con la multiplicidad de parejas sexuales. Además, nuestro cuestionario incluye una gran cantidad de variables afectivas con la finalidad de plantear estrategias de prevención desde un concepto integrado de la sexualidad humana (World Health Organization, 1974).

Otra ventaja de este estudio es el tamaño de muestra escogido. La estimación del tamaño muestral no depende únicamente de factores estadísticos. El coste económico, el tamaño de la población de estudio o algunas consideraciones éticas pueden determinar la estimación del tamaño muestral de un estudio (Lenth, 2001). Un tamaño de muestra de, aproximadamente, 1000 sujetos, con una precisión estadística de  $\pm 3\%$ , podía ser viable con nuestro presupuesto. Además, nuestros objetivos no sólo incluían una estimación del número de jóvenes que habían tenido relaciones sexuales sino también el análisis de distintas asociaciones con varios desenlaces. De acuerdo con el criterio de que son necesarios 10 sujetos por cada variable incluida en el modelo de regresión logística (el cual se ajusta por posibles factores de confusión), el tamaño muestral obtenido finalmente (1052 sujetos) fue considerado suficiente para nuestros propósitos (Hosmer D, 2000; Vittinghoff & McCulloch, 2007).

En esta encuesta no se han utilizado términos o frases que pudieran condicionar las respuestas de los jóvenes y sesgar los resultados, tal y como se recomienda a la hora de diseñar un cuestionario (Arginmon Pallás & Jiménez Villa, 2004). Por ejemplo, consideramos que las preguntas sobre actividad sexual podía poner en riesgo la integridad del joven que no había tenido relaciones sexuales. Ser preguntado por eso podría hacerle pensar que era frecuente/normal a su edad haber tenido ya relaciones sexuales. Para evitar

este posible efecto, decidimos decirles qué se espera de ellos en esta cuestión. Por ello, se decidió mostrar un mensaje a los encuestados donde se les informaba de las recomendaciones sobre prevención del VIH basadas en la estrategia ABC y expuestas en el consenso científico publicado en la revista *The Lancet* (Halperin et al., 2004)(ver Anexo 4). No hubiera sido metodológicamente correcto haber incluido esta recomendación entre las preguntas del cuestionario dado que podría haber influido en las respuestas de los sujetos y verse afectada, así, la fiabilidad de nuestro estudio. Por ello, se decidió mostrar este mensaje a los encuestados, una vez finalizado el cuestionario y enviadas las respuestas a la base de datos.

El carácter anónimo de la encuesta ha pretendido garantizar la veracidad de las respuestas de los sujetos, los cuales han podido ver protegida su intimidad cuando han sido preguntados por cuestiones tan personales como son las pertenecientes al ámbito de la sexualidad. Asimismo, el hecho de que el cuestionario fuera auto-cumplimentado elimina el sesgo debido al entrevistador.

Los objetivos centrales de este trabajo giraron en torno al estudio de la actividad sexual juvenil. Sin embargo, este trabajo también ilustra el uso de Internet como una poderosa y eficiente herramienta de investigación. Con el paso de los años, Internet ha llegado a convertirse en una fuente de información sobre una gran variedad de temas al que tienen acceso millones de personas en todo el mundo. Y su utilidad en este tipo de investigaciones se ha puesto de manifiesto al permitir la participación de un amplio número de sujetos en un periodo breve de tiempo. Esto ha favorecido, por tanto, la viabilidad del estudio, dado que los costes económicos y de tiempo y esfuerzo se han reducido bastante.

Por todo ello, consideramos que las fortalezas halladas en este estudio dan a los resultados obtenidos una validez suficiente. Dicha validez anima a que, con la prudencia necesaria en la interpretación de cualquier estudio, los resultados se tengan en cuenta en futuras investigaciones, en la educación y en las políticas públicas.

## **6. CONCLUSIONES**



1. Las actividades de ocio más realizadas por los jóvenes habitualmente son “usar Internet o jugar con videojuegos” y “ver la TV, escuchar música o leer revistas juveniles”. Entre los jóvenes que tienen un ordenador en su habitación con acceso a Internet, casi la mitad no tiene instalado un filtro que evite la visualización de contenidos no aptos para menores.
2. “Hacer voluntariado”, “asistir a actividades formativas o culturales” y “realizar actividades artísticas” son las actividades de ocio menos practicadas. Más de dos tercios de los jóvenes españoles refieren que nunca han hecho voluntariado social y más de la mitad no han realizado actividades de tipo artístico. Asimismo, cinco de cada diez jóvenes nunca realiza actividades culturales o formativas y dos de cada diez nunca practica deporte. Casi dos de diez jóvenes nunca lee libros o el periódico.
3. Sólo dos de cada diez jóvenes de la muestra indican correctamente que las tres situaciones planteadas sobre multiplicidad de parejas sexuales (“tener varias parejas sexuales a la vez”, “haber tenido 3-4 parejas sexuales a lo largo de la vida” y “tener relaciones sexuales casuales y ocasionales con personas diferentes”) aumentan el riesgo de adquirir una ITS en comparación con tener una única pareja sexual en la vida y suponiendo que se utiliza siempre un preservativo.
4. Cuatro de cada diez jóvenes ignoran que el uso del preservativo, aunque reduce el riesgo de VIH, no lo elimina totalmente.
5. Entre los jóvenes que tuvieron relaciones sexuales, el desconocimiento de los riesgos de tener relaciones sexuales (a pesar del uso de preservativos) y del riesgo de tener múltiples parejas sexuales es igualmente elevado. Las variables que se han asociado significativamente con creer que el preservativo protege completamente

frente al VIH son: tener una menor edad, tener un sustentador del hogar con un nivel educativo más bajo, practicar un ocio menos saludable, tener alguna opinión sobre sexualidad que no fomenta el autocontrol y no tener a la madre como fuente de información habitual sobre sexualidad.

6. Casi seis de cada diez jóvenes españoles de 16-20 años refieren haber tenido relaciones sexuales alguna vez en su vida. Las variables que se han asociado significativamente con haber referido actividad sexual juvenil son: ser mujer, tener una edad mayor, no asistir semanalmente a la iglesia, que los padres estén separados o divorciados, que los padres no sepan dónde va o qué hace en su tiempo libre, practicar un ocio menos saludable, gastar más de 20 euros a la semana, tener alguna opinión sobre sexualidad que no fomenta el autocontrol y acudir habitualmente a los medios (Internet y revistas juveniles) para obtener información sobre sexualidad.
7. Una quinta parte de los jóvenes preferirían no haber tenido su primera relación sexual. Las variables que se asocian significativamente con preferir no haber tenido su primera relación sexual son: una edad de iniciación sexual más precoz, haber tenido alguna relación sexual con su pareja sin haber sido consentida por él/ella, haber tenido su primera relación sexual por presión o falta de autocontrol, no haberla tenido por amor a la otra persona, tener algún(os) rasgo(s) de carácter impulsivo y realizar semanalmente actividades formativas y/o culturales.
8. Tres de cada cuatro jóvenes opinan que están a favor del aborto. Las variables que se han asociado significativamente con estar de acuerdo con que una mujer pueda abortar son: ser varón, no asistir semanalmente a la iglesia, haber tenido relaciones sexuales, no creer que la vida comienza en la fecundación, tener alguna(s) opinión(es) sobre sexualidad que no fomentan el autocontrol, no dar bastante/mucha importancia a la opinión de los padres en los temas de amor y sexualidad, dar importancia a la opinión de los amigos en estos temas,

que una o más personas de su entorno cercano le transmita(n) que “está bien tener relaciones sexuales sólo por diversión” y que ninguna persona de su entorno cercano esté de acuerdo con que “es mejor esperar a casarse para tener relaciones sexuales”.



## **7. RECOMENDACIONES FINALES**



1. El tipo de ocio de los jóvenes es susceptible de intervención y mejora. Es necesario enseñar a los jóvenes a divertirse saludablemente. Por un lado, se debería educar en el uso del tiempo libre a los jóvenes y, por otro, mejorar la oferta de espacios de ocio juvenil. Esta oferta debe mejorar tanto en calidad como en cantidad, fomentando un ocio más solidario (a través del voluntariado), cultural y deportivo.
2. Se debe ofrecer información precisa y rigurosa sobre la eficacia real del preservativo frente al VIH, las ITS y el embarazo. Asimismo, se debería informar sobre los riesgos asociados a distintos estilos de vida relacionados con la sexualidad (relaciones sexuales precoces, multiplicidad de parejas sexuales a lo largo de la vida, relaciones sexuales casuales con personas diferentes, etc). De este modo, se facilitaría que los jóvenes reflexionasen sobre los riesgos de tener relaciones sexuales fuera del entorno seguro de una relación mutuamente fiel con una pareja estable y no infectada.
3. Los resultados de este estudio justifican la necesidad de dar recomendaciones a los jóvenes que incluyan las medidas más eficaces frente a las ITS. Estas medidas son la abstinencia, el retraso del inicio de las relaciones sexuales y la reducción del número de parejas sexuales”.
4. Es necesario involucrar a los padres, a los colegios y a todo el entorno social, en las iniciativas que se lleven a cabo para prevenir la sexualidad juvenil y los sentimientos de decepción y arrepentimiento ante las primeras relaciones sexuales. En este sentido, cobra vital importancia la transmisión de mensajes que no favorezcan las relaciones sexuales sólo por diversión, sin amor ni compromiso, entre los jóvenes.
5. La educación sexual debería hacer un mayor énfasis en la formación de la afectividad de los jóvenes, convirtiéndose así, en una educación para el amor y el compromiso. Concretamente, los jóvenes de nuestra muestra expresan el deseo de querer hablar más con sus padres sobre los aspectos afectivos de la sexualidad. Una mejor comunicación con los padres sobre

estos temas facilitaría una toma de decisiones más libre y deliberada en los jóvenes con respecto a su sexualidad.

6. Es necesario también aportar más evidencias científicas sobre los factores relacionados con la actitud ante el aborto. En primer lugar, se debería dar mayor difusión a las evidencias científicas en torno al comienzo de la vida humana. Además, se podrían llevar a cabo más estudios que analizaran los determinantes de la actitud de los jóvenes en esta cuestión. Los hallazgos de estas investigaciones pueden contribuir a plantear medidas preventivas más eficaces.

## **8. BIBLIOGRAFÍA**



- Ahmed, S. (2001). HIV incidence and sexually transmitted disease prevalence associated with condom use: a population study in Rakai, Uganda. *AIDS*, 15(16), 2171.
- Albert, B. (2007). *With One Voice: America's Adults and Teens Sound Off About Teen Pregnancy*. Washington, DC: National Campaign to Prevent Teen Pregnancy.
- Allsworth, J., Ratner, J., & Peipert, J. (2009). Trichomoniasis and Other Sexually Transmitted Infections: Results From the 2001-2004 National Health and Nutrition Examination Surveys. *Sexually transmitted diseases*, 36(12), 738-744.
- Alonso, A., & de Irala, J. (2004). Strategies in HIV prevention: the A-B-C approach. *Lancet*, 364(9439), 1033-1033.
- Amari, E., Vandebek, C., Montgomery, C., Skarsgard, E., & Ansermino, J. (2010). Telephone and web-based pediatric day surgery questionnaires. *International journal of health care quality assurance*, 23(3), 339-51.
- Amarilla, M. (2004). *El menor maduro ante la salud reproductiva y la anticoncepción de emergencia*. Barcelona: Chiesi España SA.
- American College of Obstetricians and Gynecologist. (1965). AJCOG terminology., *Bulletin no. 1.*, Washington, DC.
- Anglin, S., Amaral, M., & Edlund, J. (2010). Keep the mate or keep the child? Examining sex differences in abortion decisions. *Personality and Individual Differences*, 49(5), 374-379.

- Angus Reid Global Monitor. (2007). *Abortion Sometimes a Moral Issue, Say Austrians*.
- Angus Reid Public Opinion. (2010). *Half of Britons Say NHS Should Only Fund Abortions in Emergency Cases*.
- Aras, S., Semin, S., Gunay, T., Orcin, E., & Ozan, S. (2007). Sexual attitudes and risk-taking behaviors of high school students in Turkey. *Journal of School Health, 77*(7), 359-366.
- Arginmon Pallás, J. M., & Jiménez Villa, J. (2004). *Métodos de investigación clínica y epidemiológica* (3ª ed.). Madrid: Elsevier.
- Babalola, S. (2004). Perceived peer behavior and the timing of sexual debut in Rwanda: A survival analysis of youth data. *Journal of youth and adolescence, 33*(4), 353.
- Bacon, J. L. (2000). Adolescent sexuality and pregnancy. *Current opinion in obstetrics & gynecology, 12*(5), 345-347.
- Beres, M. A. (2007). 'Spontaneous' sexual consent: An analysis of sexual consent literature. *Feminism & Psychology, 17*(1), 93-108.
- Bignell, C. (2009). 2009 European (IUSTI/WHO) Guideline on the Diagnosis and Treatment of Gonorrhoea in Adults. *International Journal of STD AIDS, 20*(7), 453-457.
- Blum, R. (2005). *Risk and protective factors affecting adolescent reproductive health in developing countries*. Geneva: World Health Organization.

- Boyer, C. B., Shafer, M. A., Wibbelsman, C. J., Seeberg, D., Teitle, E., & Lovell, N. (2000). Associations of sociodemographic, psychosocial, and behavioral factors with sexual risk and sexually transmitted diseases in teen clinic patients. *Journal of adolescent health, 27*(2), 102.
- Brown, J. D., L'Engle, K. L., Pardun, C. J., Guo, G., Kenneavy, K., & Jackson, C. (2006). Sexy media matter: Exposure to sexual content in music, movies, television, and magazines predicts black and white adolescents' sexual behavior. *Pediatrics, 117*(4), 1018.
- Burgo, C. L., Fez, C. L., Osorio, A., Guzman, J., & de Irala, J. (2010). Spanish women's attitudes towards post-fertilization effects of birth control methods. *European journal of obstetrics gynecology and reproductive biology, 151*(1), 56-61.
- Cabezón, C., Vigil, P., Rojas, L., Leiva, M. E., Riquelme, R., Aranda, W., et al. (2005). Adolescent pregnancy prevention: an abstinence-centered randomized controlled intervention in a Chilean public high school. *Journal of adolescent health, 36*(1), 64-69.
- Carlton, D., Nelson, E., & Coleman, P. (2000). College students' attitudes toward abortion and commitment to the issue. *Social Science Journal, 37*(4), 619-625.
- Carpenter, L. M. (2001). The first time/das erstes mal - Approaches to virginity loss in US and German teen magazines. *Youth & Society, 33*(1), 31-61.

Cassell, M. M., Halperin, D. T., Shelton, J. D., & Stanton, D. (2006). Risk compensation: the Achilles' heel of innovations in HIV prevention? *BMJ*, 332(7541), 605-607.

Centers for Disease Control and Prevention. (2008). Youth Risk Behavior Surveillance-United States, 2007. *Morbidity and Mortality Weekly Report, Surveillance Summaries*, 57(SS04), 1-131.

Centers for Disease Control and Prevention. Department of Health & Human Services. (2007). *Act against AIDS*. Retrieved 4/26, 2009, from <http://www.cdc.gov/nineandahalfminutes/index.html>.

Centro de Investigaciones Sociológicas. (2008). *Sondeo sobre la juventud española 2008 (primera oleada) [Survey of Spanish youth 2008 (first wave)]*. Retrieved June 29, 2010, from [http://www.cis.es/cis/opencm/ES/1\\_encuestas/estudios/ver.jsp?estudio=9140](http://www.cis.es/cis/opencm/ES/1_encuestas/estudios/ver.jsp?estudio=9140).

Ciairano, S., Bonino, S., Kliewer, W., Miceli, R., & Jackson, S. (2006). Dating, sexual activity, and well-being in Italian adolescents. *Journal of clinical child and adolescent psychology : the official journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53*, 35(2), 275-282.

Collins, R. L., Elliott, M. N., Berry, S. H., Kanouse, D. E., Kunkel, D., Hunter, S. B., et al. (2004). Watching sex on television predicts adolescent initiation of sexual behavior. *Pediatrics*, 114(3), e280-9.

Corcuera, P., de Irala, J., Osorio, A., & Rivera, R. (2010). *Estilos de vida de los adolescentes peruanos*. Lima (Perú): Aleph.

- Cotton, S., Mills, L., Succop, P. A., Biro, F. M., & Rosenthal, S. L. (2004). Adolescent girls' perceptions of the timing of their sexual initiation: "Too young" or "Just right". *Journal of adolescent health, 34*(5), 453-458.
- de Graaf, H., Vanwesenbeeck, I., Woertman, L., Keijsers, L., Meijer, S., & Meeus, W. (2010). Parental Support and Knowledge and Adolescents' Sexual Health: Testing Two Mediational Models in a National Dutch Sample. *Journal of Youth and Adolescence, 39*(2), 189-198.
- de Irala, J. (2007). Sexual abstinence education. What is the evidence we need? *BMJ Rapid response, 335*(248) Retrieved from <http://www.bmj.com/cgi/eletters/335/7613/248>.
- de Irala, J., & Alonso, A. (2006). Changes in sexual behaviours to prevent HIV. *Lancet, 368*(9549), 1749-1750.
- de Irala, J., Gómara Urdiain, I., & López del Burgo, C. (2008). Analysis of content about sexuality and human reproduction in school textbooks in Spain. *Public Health, 122*(10), 1093-1103.
- de Irala, J., Hanley, M., & López, C. (2009). *Propóntelo, propónselo. Evitar el sida* (2ª ed.). Madrid: Ediciones Internacionales Universitarias.
- de Irala, J., López-del Burgo, C., Carlos, S., & Calatrava, M. (2008). *Adolescentes Con Cultura. Estilo de vida de los estudiantes adolescentes de El Salvador*.
- de Irala, J., Osorio, A., López del Burgo, C., Belen, V. A., de Guzman, F. O., Calatrava, M., et al. (2009). Relationships, love and sexuality: what the Filipino teens think and feel. *BMC Public Health, 9*(282).

- de Martel, C., & Franceschi, S. (2009). Infections and cancer: Established associations and new hypotheses. *Critical reviews in oncology/hematology*, 70(3), 183-194.
- de Sanjose, S., Cortes, X., & Mendez, C. e. a. (2008). Age at sexual initiation and number of sexual partners in the female Spanish population Results from the AFRODITA survey. *European journal of obstetrics, gynecology and reproductive biology*, 140(2), 234.
- Dehne, K. L., & Riedner, G. (2005). In Berer M. (Ed.), *Sexually transmitted infections among adolescents: the need for adequate health services*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Dickson, N., Paul, C., Herbison, P., & Silva, P. (1998). First sexual intercourse: age, coercion, and later regrets reported by a birth cohort. *BMJ*, 316(7124), 29-33.
- DiClemente, R. J., Crosby, R. A., Wingood, G. M., Lang, D. L., Salazar, L. F., & Broadwell, S. D. (2005). Reducing risk exposures to zero and not having multiple partners: findings that inform evidence-based practices designed to prevent STD acquisition. *International Journal of STD & AIDS*, 16(12), 816-818.
- DiClemente, R. J., Salazar, L. F., Crosby, R. A., & Rosenthal, S. L. (2005). Prevention and control of sexually transmitted infections among adolescents: the importance of a socio-ecological perspective—a commentary. *Public health*, 119(9), 825-836.

- DiClemente, R. J., Salazar, L. F., & Crosby, R. A. (2007). A Review of STD/HIV Preventive Interventions for Adolescents: Sustaining Effects Using an Ecological Approach. *J.Pediatr.Psychol.*, 32(8), 888-906.
- Dlamini, S., Taylor, M., Mkhize, N., Huver, R., Sathiparsad, R., de Vries, H., et al. (2008). *Gender factors associated with sexual abstinent behaviour of rural South African high school going youth in KwaZulu-Natal, South Africa.*
- Drennan, J., Hyde, A., & Howlett, E. (2009). Sexual behaviour and knowledge among adolescents in Ireland. *Sexual Health*, 6(3), 245-249.
- Equipo Daphne. (2005). *2ª encuesta shering 2005. sexualidad y anticoncepción en la juventud española.* Unpublished manuscript.
- ESSTI. Health Protection Agency. (2008). *Sexually transmitted infection in europe* No. 3).
- Euro RSCG. (2005, 26 June 2005). European values. Retrieved from [www.thebrusselsconnection.be](http://www.thebrusselsconnection.be).
- European Centre for Disease Prevention and Control. (2009). *STI-Sexually Transmitted Infections*  
<http://www.ecdc.europa.eu/en/healthtopics/Pages/STI.aspx>.
- Fatusi, A. O., & Blum, R. W. (2008). Predictors of early sexual initiation among a nationally representative sample of Nigerian adolescents. *BMC Public Health*, 8(136).

- Fenton, K. A., & Hughes, G. (2003). Sexual behaviour in Britain: why sexually transmitted infections are common. *Clinical medicine*, 3(3), 199.
- Fenton, K. A., Lowndes, C. M., & ESSTI Network. (2004). Recent trends in the epidemiology of sexually transmitted infections in the European Union. *Sexually transmitted infections*, 80(4), 255.
- Fenton, K. A., Mercer, C. H., & Johnson, A. M., et al. (2005). Reported sexually transmitted disease clinic attendance and sexually transmitted infections in Britain: Prevalence, risk factors, and proportionate population burden. *The journal of infectious diseases*, 191, S127.
- Ford, C. A., Pence, B. W., Miller, W. C., Resnick, M. D., Bearinger, L. H., Pettingell, S., et al. (2005). Predicting Adolescents' Longitudinal Risk for Sexually Transmitted Infection: Results From the National Longitudinal Study of Adolescent Health. *Archives of Pediatrics Adolescent Medicine*, 159(7), 657-664.
- Fundación para la investigación y prevención del sida en España. (2006). *Jóvenes, relaciones sexuales y riesgo de infección por VIH. Encuesta de salud y hábitos sexuales. España, 2003.*
- Galvin, S. R., & Cohen, M. S. (2004). The role of sexually transmitted diseases in HIV transmission. *Nature reviews. Microbiology*, 2(1), 33.
- Garside, R., Ayres, R., & Owen, M. e. a. (2001). 'They never tell you about the consequences': young people's awareness of sexually transmitted infections. *International journal of STD AIDS*, 12(9), 582.

- Gavidia, V. (2003). La educación para la salud en los manuales escolares españoles. *Rev Esp Salud Pública*, 77, 275-285.
- Genuis, S. J., & Genuis, S. K. (2004). Managing the sexually transmitted disease pandemic: A time for reevaluation. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 191(4), 1103-1112.
- Gerberding, J. L. (2004). *Prevention of genital human papilloma virus infection* (No. Report to congress).
- Gobierno de España. (2008). *Anteproyecto de Ley Orgánica de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo*.
- Godeau, E., Vignes, C., Duclos, M., Navarro, F., Cayla, F., & Grandjean, H. (2008). Factors associated with early sexual initiation: French data from the international survey Health Behaviour in School-aged Children (HBSC). *Gynecologie Obstetrique & Fertilité*, 36(2), 176-182.
- Gómara, I., Serrano, I., & de Irala, J. (2009). *Educación Sexual Integral para la Adolescencia* (2nd ed.) Ediciones Logos.
- Gosling, S., Vazire, S., Srivastava, S., & John, O. (2004). Should we trust web-based studies? A comparative analysis of six preconceptions about Internet questionnaires. *American psychologist*, 59(2), 93-104.
- Gould, H., Ellertson, C., & Corona, G. (2002). Knowledge and attitudes about the differences between emergency contraception and medical abortion among middle-class women and men of reproductive age in Mexico City. *Contraception*, 66(6), 417-426.

- Graham, A., Papandonatos, G., Bock, B., Cobb, N., Baskin-Sommers, A., & Niaura, R. (2006). Internet- vs. telephone-administered questionnaires in a randomized trial of smoking cessation. *Nicotine and tobacco research*, 8(1), 49-S57.
- Green, E. C. (2006). Uganda's HIV Prevention Success: The Role of Sexual Behavior Change and the National Response. *AIDS and behavior*, 10(4), 335.
- Green, E. C., Mah, T., Ruark, A., & Hearst, N. (2009). A Framework of Sexual Partnerships: Risks and Implications for HIV Prevention in Africa. *Studies in family planning*, 40(1), 63-70.
- Gregson, S., Garnett, G., Nyamukapa, C., Hallett, T., Lewis, J., & Mason, P. (2006). HIV decline associated with behavior change in Eastern Zimbabwe. *Science*, 311(5761), 664-666.
- Halperin, D. T., Steiner, M. J., Cassell, M. M., Green, E. C., Hearst, N., Kirby, D., et al. (2004). The time has come for common ground on preventing sexual transmission of HIV. *Lancet*, 364(9449), 1913-1915.
- Hearst, N., & Chen, S. (2004). Condom promotion for AIDS prevention in the developing world: Is it working? *Studies in Family Planning; Seminar on International Union for the Scientific Study of Population*, Gaborone, Botswana, 35(1) 39-47.
- Henderson, M., Wight, D., & Raab, G., et al. (2002). Heterosexual risk behaviour among young teenagers in Scotland. *Journal of adolescence*, 25(5), 483-494.

Herida, M., Alix, J., Devaux, I., Likatavicius, G., Desenclos, J., & Matic, S. (2007). HIV/AIDS in Europe: epidemiological situation in 2006 and a new framework for surveillance. *Euro surveillance*, 12(11).

Herlitz, C., & Ramstedt, K. (2005). Assessment of sexual behavior, sexual attitudes, and sexual risk in Sweden (1989-2003). *Archives of Sexual Behavior*, 34(2), 219.

Hess, J., & Rueb, J. (2005). Attitudes toward abortion, religion, and party affiliation among college students. *Current psychological research reviews*, 24(1), 24-42.

Hosmer D, L. S. (2000). *Applied Logistic Regression* (2<sup>o</sup> ed.). N York: Willey.

Imamura, M., Tucker, J., & Hannaford, P. e. a. (2007). Factors associated with teenage pregnancy in the European Union countries: a systematic review. *The European journal of public health*, 17(6), 630.

Institute National de la Santé et de la Recherche Medicale, Anrs, INED. (2006). *Context of sexuality in France. CSF survey*.

Instituto de la Juventud. (2008). *Informe Juventud en España 2008*. Retrieved June 29, 2010, from

<http://www.injuve.migualdad.es/injuve/contenidos.item.action?id=1531688780&menuId=1627100828>.

Instituto de Salud Carlos III. Centro Nacional de Epidemiología. (2008a). *Comentario epidemiológico de las Enfermedades de Declaración Obligatoria y Sistema de Información Microbiológica. España. Año 2007*.

Instituto de Salud Carlos III. Centro Nacional de Epidemiología. (2008b). *Vigilancia epidemiológica del VIH en España. Valoración de los nuevos diagnósticos de VIH en España a partir de los sistemas de notificación de casos de las CCAA. Periodo 2003-2007.*

Instituto de Salud Carlos III. Centro Nacional de Epidemiología. (2009a). *Infección VIH no diagnosticada: Situación en España.*

Instituto de Salud Carlos III. Centro Nacional de Epidemiología. (2009b). *Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones de Transmisión Sexual: 1995-2007.*

Instituto de Salud Carlos III. Centro Nacional de Epidemiología. (2010). *Vigilancia epidemiológica de las Infecciones de Transmisión Sexual. Evolución en el periodo 1995-2008.*

Instituto Nacional de Estadística. (2007). *Padron municipal: Cifras oficiales de población.* Retrieved June 25, 2010, from

<http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t20/e260/&file=inebase>.

Instituto Nacional de Estadística. (2010). Encuesta sobre Equipamiento y Uso de Tecnologías de la Información y Comunicación en los hogares 2009., Retrieved from [www.ine.es](http://www.ine.es).

Jelen, T., & Wilcox, C. (2003). Causes and consequences of public attitudes toward abortion: A review and research agenda. *The Western political quarterly*, 56(4), 489-500.

- Jemmott, J. B., Jemmott, L. S., & Fong, G. T. (2010). Efficacy of a Theory-Based Abstinence-Only Intervention Over 24 Months: A Randomized Controlled Trial With Young Adolescents. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, *164*(2), 152-159. doi:10.1001/archpediatrics.2009.267.
- Jemmott, L. S., Jemmott, J. B., & McCaffree, K. A. (2006). *Be Proud! Be Responsible! Strategies to empower youth to reduce their risk for HIV infection*. New York: Select Media.
- John, M., Keller, M. J., & Fam, E. H. e. a. (2005). Cervicovaginal secretions contribute to innate resistance to herpes simplex virus infection. *The journal of infectious diseases*, *192*(10), 1731.
- Johnson, L., & Lewis, D. (2008). The Effect of Genital Tract Infections on HIV-1 Shedding in the Genital Tract: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Sexually transmitted diseases*, *35*(11), 946-959.
- Kaiser Family Foundation. (2003). *National Survey of Adolescents and Young Adults: Sexual Health Knowledge, Attitudes and Experiences*<http://www.kff.org/youthhivstds/upload/National-Survey-of-Adolescents-and-Young-Adults.pdf>.
- Kajubi, P., Kanya, M. R., Kanya, S., Chen, S., McFarland, W., & Hearst, N. (2005). Increasing condom use without reducing HIV risk - Results of a controlled community trial in Uganda. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, *40*(1), 77-82.

- Kirby, D., Laris, B., & Roller, L. (2005). *Impact of sex and HIV education programs on sexual behaviours of youth in developing and developed countries.*
- Kjær, S., Tran, T., Sparen, P., Tryggvadottir, L., Munk, C., Dasbach, E., et al. (2007). The Burden of Genital Warts: A Study of Nearly 70,000 Women from the General Female Population in the 4 Nordic Countries. *The Journal of infectious diseases*, 196(10), 1447-1454.
- Kost, K., Singh, S., Vaughan, B., Trussell, J., & Bankole, A. (2008). Estimates of contraceptive failure from the 2002 National Survey of Family Growth. *Contraception*, 77(1), 10-21.
- Kouznetsov, L., Zippel, S., & Kuznetsov, A. (2009). What is the accurate knowledge of the German population regarding sexual HIV transmission? *International Journal of Public Health*, 54(3), 193-195.
- Lammers, C., Ireland, M., Resnick, M., & Blum, R. (2000). Influences on adolescents' decision to postpone onset of sexual intercourse: A survival analysis of virginity among youths aged 13 to 18 years. *Journal of adolescent health*, 26(1), 42-48.
- Lara Ortega, F., & Heras Sevilla, D. (2008). Formación sobre sexualidad en la primera etapa de la adolescencia. Datos obtenidos en una muestra de 2º y 3º de ESO en Burgos. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1), 241-248.

- Layte, R., McGee, H., Rundle, K., & Leigh, C. (2007). Does ambivalence about becoming pregnant explain social class differentials in use of contraception? *The European Journal of Public Health, 17*(5), 477-482.
- Lemal, M., & Van den Bulck, J. (2009). Exposure to semi-explicit sexual television content is related to adolescents' reduced fear of AIDS. *European Journal of Contraception Reproductive Health Care, 14*(6), 406-409.
- Lenciauskiene, I., & Zaborskis, A. (2008). The effects of family structure, parent-child relationship and parental monitoring on early sexual behaviour among adolescents in nine European countries *Scandinavian journal of public health, 36*(6), 607-618.
- L'Engle, K. L., Brown, J. D., & Kenneavy, K. (2006). The mass media are an important context for adolescents' sexual behavior. *Journal of adolescent health, 38*(3), 186.
- Lenth, R. (2001). Some practical guidelines for effective sample size determination. *The American statistician, 55*(3), 187-193.
- Looker, K., Gamett, G., & Schmid, G. (2008). An estimate of the global prevalence and incidence of herpes simplex virus type 2 infection. *Bulletin of the World Health Organization, 86*(10), 805-812.
- Marston, C., & King, E. (2006). Factors that shape young people's sexual behaviour: a systematic review. *Lancet, 368*(9547), 1581-1586.

- Martin, E., Krantz, E., Gottlieb, S., Magaret, A., Langenberg, A., & Stanberry, L. (2009). A Pooled Analysis of the Effect of Condoms in Preventing HSV-2 Acquisition. *Archives of Internal Medicine*, 169(13), 1233-1240.
- Martínez-González, M., de Irala, J., & Contraste de hipótesis. (2007). Contraste de hipótesis. In M. Martínez-González, J. de Irala & M. Seguí-Gómez (Eds.), *Bioestadística amigable* (2ª ed., pp. 117-36). Madrid: Díaz de Santos.
- Martínez-González, M., & de Irala, J. (2005). Medicina preventiva y fracaso clamoroso de la salud pública: llegamos mal porque llegamos tarde. *Med Clin*, 124(17), 656.
- Martínez-González, M., & Seguí-Gómez M. (2007). La salud y sus determinantes. *Compendio de Salud Pública* (pp. 565) Ulzama Ediciones.
- Martino, S. C., Collins, R. L., Elliott, M. N., Kanouse, D. E., & Berry, S. H. (2009). It's Better on TV: Does Television Set Teenagers Up for Regret Following Sexual Initiation? *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 41(2), 92-100.
- Martino, S., Collins, R., Elliott, M., Strachman, A., Kanouse, D., & Berry, S. (2006). Exposure to degrading versus nondegrading music lyrics and sexual behavior among youth. *Pediatrics*, 118(2), e430-E441.
- Masters, N. T., Beadnell, B. A., Morrison, D. M., Hoppe, M. J., & Gillmore, M. R. (2008). The opposite of sex? Adolescents' thoughts about abstinence and

sex, and their sexual behavior. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 40(2), 87-93.

McClelland, R., Lavreys, L., Katingima, C., Overbaugh, J., Chohan, V., & Mandaliya, K. (2005). Contribution of HIV-1 infection to acquisition of sexually transmitted disease: A 10-year prospective study. *The Journal of infectious diseases*, 191(3), 333-338.

Mercer, C. H., Wellings, K., Macdowall, W., Copas, A. J., McManus, S., Erens, B., et al. (2006). First sexual partnerships - Age differences and their significance: Empirical evidence from the 2000 British National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles ('Natsal 2000'). *Journal of adolescent health*, 39(1), 87-95.

Ministerio de Sanidad y Política Social. (2010). *Campañas sobre Salud Sexual*. Retrieved 5/31, 2010, from <http://www.msps.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/preveccion/campanas.htm>.

Moreno Rodríguez, M. C., Muñoz Tinoco, M. V., Pérez Moreno, P. J., & Sánchez Queija, I. (2006). *Los adolescentes españoles y su salud. Un análisis en chicos y chicas de 11 a 17 años* Ministerio de Sanidad y Consumo.

Moreno, C., Muñoz-Tinoco, V., Pérez, P., Sánchez-Queija, I., Granado, M. C., Ramos, P., et al. (2008). *Desarrollo adolescente y salud. Resultados del Estudio HBSC-2006 con chicos y chicas españoles de 11-17 años* (Ministerio de Sanidad y Consumo ed.). Madrid:.

- Nicoll, A., & Hamers, F. F. (2002). Are trends in HIV, gonorrhoea, and syphilis worsening in western Europe? *BMJ british medical journal*, *324*(7349), 1324.
- Osorio, A., Rivas, S., de Irala, J., Calatrava, M., & López del Burgo, C. (2009). Evaluación de los estilos educativos parentales en una muestra de estudiantes filipinos: implicaciones educativas. *Revista Panamericana de Pedagogía*, *14*, 13-37.
- Oswalt, S. B., Cameron, K. A., & Koob, J. J. (2005). Sexual regret in college students. *Archives of Sexual Behavior*, *34*(6), 663-669.
- Ott, M. A., Pfeiffer, E. J., & Fortenberry, J. D. (2006). Perceptions of sexual abstinence among high-risk early and middle adolescents. *Journal of adolescent health*, *39*(2), 192-198.
- Pearson, H. (2002). Your destiny, from day one. *Nature*, *418*(6893), 14-15.
- Penfold, S., van Teijlingen, E., & Tucker, J. (2009). Factors associated with self-reported first sexual intercourse in Scottish adolescents. *BMC Research Notes*, *2*(1), 42.
- Pettifor, A. E., Rees, H. V., Kleinschmidt, I., Steffenson, A. E., MacPhail, C., Hlongwa-Madikizela, L., et al. (2005). Young people's sexual health in South Africa: HIV prevalence and sexual behaviors from a nationally representative household survey. *AIDS*, *19*(14), 1525-1534.
- Potard, C., Courtois, R., & Rusch, E. (2008). The influence of peers on risky sexual behaviour during adolescence. *The European journal of contraception reproductive health care*, *13*(3), 264.

- Richard, L., Hannah, M., Amanda, Q., Kay, R., Gráinne, C., Claire, D., et al. (2006). *The Irish Study of Sexual Health and Relationships*. Dublin: Crisis Pregnancy Agency and the Department of Health and Children.
- Richens, J., Imrie, J., & Copas, A. (2000). Condoms and seat belts: the parallels and the lessons. *Lancet*, 355(9201), 400-403.
- Rivadeneira, R., & Lebo, M. J. (2008). The association between television-viewing behaviors and adolescent dating role attitudes and behaviors. *Journal of adolescence*, 31(3), 291-305.
- Rose, G. (1992). *The strategy of preventive medicine*. Oxford: Oxford University Press.
- Rose, A., Koo, H., Bhaskar, B., Anderson, K., White, G., & Jenkins, R. (2005). The influence of primary caregivers on the sexual behavior of early adolescents. *Journal of adolescent health*, 37(2), 135-144.
- Rosenthal, S. L., Von Ranson, K. M., Cotton, S., Biro, F. M., Mills, L., & Succop, P. A. (2001). Sexual initiation - Predictors and developmental trends. *Sexually transmitted diseases*, 28(9), 527-532.
- Roster, C., Rogers, R., Albaum, G., & Klein, D. (2004). A comparison of response characteristics from web and telephone surveys. *Journal of the Market Research Society*, 46(3), 359-373.
- Santelli, J., Orr, M., Lindberg, L., & Diaz, D. (2009). Changing Behavioral Risk for Pregnancy Among High School Students in the United States, 1991-2007. *Journal of adolescent health*, 45(1), 25-32.

- Segal, S. J., Southan, A. L., & Shafer, K. D. (1965). Intrauterine Contraception. Proceedings of the second international conference. *Excepta Medical Internactional Congress*, New York city.
- Senior, K. (2009). Herpes simplex type 2 infects one in ten globally. *The Lancet infectious diseases*, 9(1), 15-15.
- Senn, T., Carey, M., Vanable, P., Coury-Doniger, P., & Urban, M. (2009). Sexual partner concurrency among STI clinic patients with a steady partner: correlates and associations with condom use. *Sexually transmitted infections*, 85(5), 343-347.
- Social Trends Institute. (2007). *Matrimonio y bien común: los diez principios de Princeton*. Barcelona:.
- Spinnato, J. A. (1998). Informed consent and the redefining of conception: a decision ill-conceived? *J Matern Fetal Med* 1998;, 7, 264-8.
- Standerwick, K., Davies, C., & Tucker, L., et al. (2007). Binge drinking, sexual behaviour and sexually transmitted infection in the UK. *International journal of STD AIDS*, 18(12), 810.
- Stoneburner, R., & Low-Beer, D. (2004). Population-level HIV declines and behavioral risk avoidance in Uganda. *Science*, 304(5671), 714-718.
- Sturgeon, S. W. (2008). *The Relationship Between Family Structure ad Adolescent Sexual Activity*.

- Svare, E. I., Kjaer, S. K., & Thomsen, B. L., et al. (2002). Determinants for non-use of contraception at first intercourse a study of 10,841 young Danish women from the general population. *Contraception*, 66(5), 345.
- Taverner, B., & Montfort, S. (2005). *Making Sense of Abstinence. Lessons for Comprehensive Sex Education*. New Jersey: Planned Parenthood of Greater New Jersey.
- Teva, I., Bermdez, M. P., & Buela-Casal, G. (2009). [Sociodemographic variables and risk behaviours for HIV infection and sexually transmitted diseases in adolescents: Spain, 2007]. *Revista española de salud pública*, 83(2), 309-320.
- UNAIDS. (2008). *2008 Report on the global AIDS epidemic*. Retrieved June 29, 2010, from [http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/GlobalReport/2008/2008\\_Global\\_report.asp](http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/GlobalReport/2008/2008_Global_report.asp).
- Underhill, K., Montgomery, P., & Operario, D. (2007). Sexual abstinence only programmes to prevent HIV infection in high income countries: systematic review. *BMJ*, 335(7613), 248-252.
- UNESCO. (2009). *International Guidelines on Sexual Education. An evidence informed approach to effective sex, relationships and HIV/STI education*.
- UNICEF. (2005). *The State Of The World's Children 2006. Excluded and invisible*. New York: UNICEF.

- Vaccarella, S., Franceschi, S., Herrero, R., Munoz, N., Snijders, P. J., Clifford, G. M., et al. (2006). Sexual behavior, condom use, and human papillomavirus: pooled analysis of the IARC human papillomavirus prevalence surveys. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.*, 15(2), 326-333.
- Vittinghoff, E., & McCulloch, C. E. (2007). Relaxing the rule of ten events per variable in logistic and Cox regression. *American Journal of Epidemiology*, 165(6), 710-718.
- Vivancos, R., Abubakar, I., & Hunter, P. R. (2008). Sex, drugs and sexually transmitted infections in British university students. *International journal of STD AIDS*, 19(6), 370.
- Wall, S., Frieze, I., Ferligoj, A., Jarosova, E., Pauknerova, D., & Horvat, J. (1999). Gender role and religion as predictors of attitude toward abortion in Croatia, Slovenia, the Czech Republic, and the United States. *Journal of cross-cultural psychology*, 30(4), 443-465.
- Weed, S. E., Ericksen, I. H., Lewis, A., Grant, G. E., & Wibberly, K. H. (2008). An abstinence program's impact on cognitive mediators and sexual initiation. *American Journal of Health Behavior*, 32(1), 60-73.
- Weller, S., & Davis, K. (2002). Condom effectiveness in reducing heterosexual HIV transmission. *Cochrane Database Syst Rev*, (1), D003255.
- Wellings, F., Nanchahal, K., Macdowall, W., McManus, S., Erens, B., Mercer, C. H., et al. (2001). Sexual behaviour in Britain: early heterosexual experience. *Lancet*, 358(9296), 1843-1850.

Wight, D., Henderson, M., Raab, G., Abraham, C., Buston, K., Scott, S., et al. (2000). Extent of regretted sexual intercourse among young teenagers in Scotland: a cross sectional survey. *BMJ*, 320(7244), 1243-1244.

Wight, D., Parkes, A., Strange, V., Allen, E., Bonell, C., & Henderson, M. (2008). The Quality of Young People's Heterosexual Relationships: A Longitudinal Analysis of Characteristics Shaping Subjective Experience. *Perspectives on sexual and reproductive health*, 40(4), 226-237.

Wight, D., Williamson, L., & Henderson, M. (2006). Parental influences on young people's sexual behaviour: A longitudinal analysis. *Journal of adolescence*, 29(4), 473-494.

Wilcox, W. B., Gottman, J., Waite, L. J., Glenn, N. D., Steven, N., Galston, W. A., et al. (2005). *Why Marriage Matters: Twenty-Six Conclusions from the Social Sciences* (Second ed.). New York, NY: Institute for American Values.

Winer, R. L., Hughes, J. P., Feng, Q. H., O'Reilly, S., Kiviat, N. B., Holmes, K. K., et al. (2006). Condom use and the risk of genital human papillomavirus infection in young women. *New England Journal of Medicine*, 354(25), 2645-2654.

World Health Organization. (1974). *Cuadernos de la Salud Pública*.

World Health Organization. (2001). *Sexual relations among young people in developing countries: Evidence from WHO case studies*.

World Health Organization. (2004). *Sexually transmitted infection. issues in adolescent health and development*.

World Health Organization. (2007). *Global strategy for the prevention and control of sexually transmitted infections : 2006 - 2015 : breaking the chain of transmission*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (2010). *HIV/AIDS*. Retrieved 7/21, 2010, from <http://www.who.int/features/qa/71/en/index.html>.

## **9. ANEXOS**



# **ANEXO 1**



# ENCUESTA SOBRE AFECTIVIDAD, AMOR Y SEXUALIDAD

## Lo que sienten y opinan los jóvenes

En primer lugar queremos darte las gracias por ayudarnos en este estudio. A través de él participarás en un proyecto internacional apoyado por miles de jóvenes en todo el mundo.

**No debes escribir tu nombre** en la encuesta. Tus respuestas sólo serán vistas por los investigadores y nunca por tus padres ni por tus profesores. **ES ANÓNIMA.**

Al contestar esta encuesta anónima nos ayudarás a conocer qué opináis los jóvenes sobre afectividad, amor y sexualidad.

Esta encuesta **no es un examen**, no te vamos a poner ninguna nota, así que te animamos a contestar las preguntas de la manera más sincera posible.

Estas mismas preguntas se están usando también en otros países del mundo, que pueden tener culturas diferentes a la tuya. Por eso, algunas preguntas pueden parecerte un poco extrañas, pero intenta contestarlas.

### **Cómo contestar la encuesta:**

En cada pregunta tienes varias opciones de respuesta. Marca **sólo una casilla** por cada pregunta (a no ser que se especifique otra cosa). Si es difícil elegir entre varias respuestas, marca la que **más se acerque** a lo que tú piensas o haces la mayoría de las veces.

Si no te sientes cómodo/a respondiendo a alguna pregunta, no te preocupes, puedes elegir la opción de "No quiero contestar".

Te llevará 30 minutos aproximadamente contestarla.

**¡Muchas gracias por tu colaboración!**

Código proyecto: \_\_\_\_\_  
(a rellenar por el investigador)

1. ¿Cuántos años tienes? \_\_\_\_\_ 2. ¿Eres chico o chica? 0  Chico 1  Chica

3. Indícanos en qué provincia resides: \_\_\_\_\_

4. Si actualmente estás estudiando ¿sueles aprobar todas las asignaturas durante el curso?

- 0  No estoy estudiando (no estoy matriculado en ningún curso) **Pasar a la pregunta 6**  
1  Sí, suelo aprobar todas las asignaturas  
2  No suelo aprobar todas las asignaturas

¿Cómo es el colegio/instituto/universidad al que asistes? 1  Público 2  Privado 3  No sé

5. Aproximadamente ¿cuántas horas de tu tiempo fuera del colegio/instituto/universidad, sueles dedicar entre semana (de lunes a viernes inclusive) a estudiar? Indica el nº TOTAL de horas a la semana:

- 1) 4 horas o menos  
2) 5-7horas,  
3) 8-10horas,  
4) 10horas o más

6. ¿Hay algún ordenador en tu casa?

1  Sí 0  No (pasa a la pregunta 7)

Con Internet

1  Sí 0  No 2  No sé

Con "filtro" (programa que no deja entrar a algunas páginas de Internet)

1  Sí 0  No 2  No sé

¿Tienes un ordenador (portátil o de sobremesa) en tu habitación?

1  Sí 0  No 2  No sé

7. ¿Tienes televisión en tu habitación?

1  Sí 0  No

8. ¿Cuáles son los 2 tipos de programas de televisión que más ves?

- 0  Noticias  
1  Programas culturales o educativos (documentales de animales, viajes,...)  
2  Deportes  
3  Series juveniles y telenovelas (como "Los Serrano", "Física o química",...)  
4  Programas de variedades, concursos  
5  Otros. Por favor, especifica: \_\_\_\_\_

## NOS GUSTARÍA PREGUNTARTE ACERCA DE TUS AMIGOS/AS

9. ¿Cuántos amigos/amigas "para los momentos difíciles" (es decir, que sean tus mejores amigos/as) tienes? Por favor, indica el nº: \_\_\_\_\_

10. ¿Cómo es el grupo de amigos/amigas con el que pasas la mayor parte de tu tiempo libre?

- 0  No tengo un grupo de amigos/amigas (**PASA A LA PREGUNTA 13**)  
1  Somos sólo chicos  
2  Somos sólo chicas  
3  Somos chicos y chicas

En las siguientes preguntas, señala en qué medida las siguientes frases definen tu grupo (donde “mucho” significa que ocurre en la mayor parte de las ocasiones y “nada” que no ocurre nunca o casi nunca).

11. “Aunque no piense como el resto de mi grupo,  puedo opinar sin miedo  porque me van a respetar.”

¿Estás de acuerdo?				
Nada 1	Poco 2	Más o menos 3	Bastante 4	Mucho 5
<input type="checkbox"/>				

12. “Normalmente,  no sabemos muy bien qué hacer  cuando estamos en grupo”.

¿Estás de acuerdo?				
Nada 1	Poco 2	Más o menos 3	Bastante 4	Mucho 5
<input type="checkbox"/>				

**AHORA NOS GUSTARÍA QUE NOS CUENTES CÓMO PASAS TUS RATOS LIBRES DURANTE TODA LA SEMANA (INCLUIDO EL FIN DE SEMANA)**

13. Aproximadamente  ¿con qué frecuencia  haces las siguientes  actividades  durante tus ratos libres?

	Nunca	Alguna vez al mes o menos	1–2 días a la semana	3–5 días a la semana	Casi todos o todos los días
Pasar el rato en la calle, en un parque, en la playa o en otros lugares públicos	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Hacer algún deporte, ir al monte, etc.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Voluntariado (colaborar con alguna ONG, asociación benéfica, etc.)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Asistir a actividades formativas (cursillos, charlas, catequesis, etc.), al teatro, a museos...	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Ir a discotecas, bares, etc.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Estar en centros comerciales, salas de juegos, billares, estadio de fútbol	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Reunirte en un local donde sólo estáis el grupo de amigos/as, sin adultos presentes	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Usar Internet (navegar, chatear, usar el correo electrónico, etc.), jugar con videojuegos	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Ver la televisión, escuchar música, leer revistas juveniles	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Leer libros (novelas, literatura, poesía...) o el periódico	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Actividades artísticas (solfeo, cantar en un coro, tocar algún instrumento, pintar, etc.)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

14.  ¿Sabes tus padres, o las personas responsables de ti, dónde vas o qué haces  durante tu  tiempo libre  (solo o con el grupo)?

Nada 1	Poco 2	Más o menos 3	Bastante 4	Todo 5
<input type="checkbox"/>				

15. Aproximadamente, ¿cuánto dinero sueles gastar en una semana normal (que no estés de exámenes, de vacaciones, etc) sumando todo lo siguiente?:

- |                   |                      |  |
|-------------------|----------------------|--|
| a. Ir a la playa  | e. Ropa              | i. Salir a comer/beber con los amigos/as |
| b. Hacer deporte  | f. Ciber-Café        | j. Tabaco                                |
| c. Museos, teatro | g. Móvil             | k. Bebidas alcohólicas                   |
| d. Libros         | h. Discotecas, bares |  |

Indica la cantidad TOTAL a la semana (suma todos los gastos de la lista) : \_\_\_\_\_ euros

16. ¿Hasta qué punto es importante PARA TI lo que piensan tus padres y tus amigos/as sobre los siguientes temas? Para Padres y Amigos, marca la opción del 1 al 5 que más se acerque a tu situación. La puntuación mínima es 1 (no es nada importante) y la puntuación máxima es 5 (es muy importante).

	Es importante PARA TI lo que piensan									
	TUS PADRES sobre...					TUS AMIGOS/AS sobre...				
	Nada	Poco	Más o menos	Bastante	Mucho	Nada	Poco	Más o menos	Bastante	Mucho
...la hora de volver a casa	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
...fumar, beber alcohol	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
...tomar drogas ilegales (marihuana, cocaína, hachís..)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
...lo que haces en tu tiempo libre	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
...temas de amor y sexualidad	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
...temas de religión	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
...los estudios	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
...tus opiniones o puntos de vista	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

Y TAMBIÉN NOS INTERESA SABER DE DÓNDE CONSIGUES INFORMACIÓN SOBRE AFECTIVIDAD, AMOR Y SEXUALIDAD.

17. Cuando quieres obtener información sobre temas relacionados con el amor y la sexualidad, ¿con qué frecuencia hablas o consultas con?: Marca la opción del 1 al 5 que MÁS se acerque a tu situación. La puntuación mínima es 1 (nunca) y la puntuación máxima es 5 (siempre).

	Nunca 1	Casi nunca 2	A veces 3	Casi siempre 4	Siempre 5
a. Tu padre	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
b. Tu madre	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
d. Tus amigos/amigas	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
e. Algún/a profesor/a en quien confías	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
f. Trabajador social (que no es del colegio, por ejemplo: de un centro de orientación familiar)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
g. Sacerdote o pastor	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
i. Buscas en Internet, en revistas juveniles	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
j. Buscas en libros	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
k. Otros (por favor, especifica):	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

18. De la lista de la pregunta anterior (pregunta 17) ¿cuál preferirías/te gustaría más que fuese tu fuente de información habitual?

Indica la letra de la lista de la pregunta 17 (a-k): \_\_\_\_\_ (MOSTRAR LISTADO)

19. ¿Has hablado en alguna ocasión con tus padres (padre, madre o ambos) acerca de los siguientes temas? Independientemente de si has hablado o no, marca también si te gustaría hablar más con ellos sobre el tema.

	He hablado con <u>mis padres</u> sobre...					Quiero <u>hablar más</u> con ellos	
	Nada 1	Casi nada 2	Más o menos 3	Bastante 4	Mucho 5	Sí 1	No 0
Las drogas y el consumo excesivo de alcohol	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Los lugares de diversión	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Los cambios en el cuerpo de las chicas (menstruación, desarrollo del busto, etc.)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Los cambios en el cuerpo de los chicos (barba, tono de voz, emisión nocturna involuntaria de semen, etc.)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
El sida y otras infecciones de transmisión sexual	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
El embarazo, el comienzo de la vida	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
El preservativo y los métodos anticonceptivos	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Cómo saber cuándo estaré preparado/a para tener relaciones sexuales	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Qué significa enamorarse	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Si no quisiera tener relaciones sexuales, cómo decírselo a la persona con quien salga ("novio/a")	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Cómo saber si la persona con la que salgo ("novio/a") es la adecuada para construir un futuro juntos	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Cómo manejar mejor mis sentimientos y afectos	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Cómo manejar mejor mi impulso/pasión sexual	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Cómo distinguir entre deseo, atracción sexual y amor	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>

20. ¿En tu colegio/instituto te han explicado en alguna ocasión los siguientes temas? Independientemente de si te lo han explicado o no, marca si te gustaría saber más sobre el tema.

	En mi colegio/instituto me han explicado...					Quiero <u>saber más</u>	
	Nada	Casi nada	Más o menos	Bastante	Mucho	Sí	No
	1	2	3	4	5	1	0
Cómo saber cuándo estaré preparado/a para tener relaciones sexuales	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Qué significa enamorarse	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Si no quisiera tener relaciones sexuales, cómo decírselo a la persona con quien salga ("novio/a")	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Cómo saber si la persona con la que salgo ("novio/a") es la adecuada para construir un futuro juntos	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Cómo manejar mejor mis sentimientos y afectos	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Cómo manejar mejor mi impulso/pasión sexual	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Cómo distinguir entre deseo, atracción sexual y amor	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>

21. ¿Piensas que las siguientes personas e instituciones te transmiten los siguientes mensajes? Puedes marcar más de una opción o no marcar ninguna para cada una de las frases. Por ejemplo, si tú sientes que tus padres y profesores te transmiten mensajes que te animan a ser alegre deberías marcar como sigue:

¿Transmiten mensajes que te animan a...?	Tus padres	Tus profesores	Televisión, revistas, cine ...
...ser alegre	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Transmiten mensajes que te animan a...?	Tus padres	Tus profesores	Televisión, revistas, cine ...
... ser solidario/a (ayudar a los demás)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... ser leal (no hablar mal ni traicionar a tus amigos/as)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... respetar a las demás personas, no hacerles daño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... tener paciencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mostrarte como eres y piensas, sin necesidad de aparentar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... tener personalidad para mantener tus puntos de vista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... esforzarme por conseguir mis objetivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... no depender de las circunstancias, ser fuerte ante las dificultades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... pensar en las consecuencias que pueden tener mis actos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... acertar en la elección de la persona con quien formar una familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... si te casas, que tu matrimonio dure toda la vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... considerar la posibilidad de no casarte para dedicar totalmente tu vida a servir a los demás (misiones, sacerdocio, celibato apostólico, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A CONTINUACIÓN, NOS GUSTARÍA CONOCER ALGO DE LO QUE TÚ SIENTES Y OPINAS ACERCA DEL AMOR Y LA SEXUALIDAD

A partir de ahora, por "relaciones sexuales" nos referimos a relaciones sexuales completas, también llamadas "hacer el amor", "hacerlo todo", "llegar hasta el final".

22. ¿Crees que las siguientes personas están de acuerdo con la frase?:

**"Me parece bien que los jóvenes de tu edad tengan relaciones sexuales para pasárselo bien, sin que haya amor ni compromiso"**

	¿Están de acuerdo?		
	SI	NO	NO SÉ
Tu padre	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Tu madre	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Tu(s) Hermano(s)/ hermana(s)	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Tus amigos/amigas	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Algún/a profesor/a en quien confías	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Los medios de comunicación (TV, revistas, cine)	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Tú mismo/a	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

23. ¿Crees que las siguientes personas están de acuerdo con la frase?:

**"Es mejor esperar al compromiso del matrimonio (casarse), para tener relaciones sexuales "**

	¿Están de acuerdo?		
	SI	NO	NO SÉ
Tu padre	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Tu madre	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Tu(s) Hermano(s)/ hermana(s)	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Tus amigos/amigas	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Algún/a profesor/a en quien confías	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Los medios de comunicación (TV, revistas, cine)	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Tú mismo/a	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

24. ¿Cuál crees que es el **riesgo** de que ocurran las siguientes cosas si se tienen relaciones sexuales **con** y **sin** preservativo? El riesgo va desde 1 ("Nulo"= no hay ningún riesgo de que ocurra, 0%) hasta 5 ("Muy alto"= ocurre siempre o casi siempre, >95%).

	Riesgo que hay si se tienen relaciones sexuales											
	CON preservativo						SIN preservativo					
	Nulo	Bajo	Medio	Alto	Muy alto	No sé	Nulo	Bajo	Medio	Alto	Muy alto	No sé
De que se produzca un embarazo	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
De infectarse con: ... el virus del sida (VIH)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
...el virus del Papiloma Humano (verrugas genitales)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
...el virus del Herpes Genital	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
...Clamidia	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>

25. ¿Crees que las siguientes situaciones aumentan el **riesgo** de contagiarse con una infección de transmisión sexual (suponiendo que se utiliza **siempre** un preservativo) comparado con tener relaciones sexuales con una única pareja en la vida?

	AUMENTA el riesgo de infectarse		
	SI	NO	NO SÉ
Tener varias parejas sexuales a la vez (no ser fiel a una sola persona)	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Haber tenido 3-4 parejas sexuales a lo largo de la vida , no simultáneamente	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Tener relaciones sexuales casuales y ocasionales con personas diferentes	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Tener relaciones sexuales por primera vez con alguien que tampoco haya tenido relaciones antes	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

26. Queremos saber si estás o no de acuerdo con las siguientes frases. No hace falta que estés “saliendo con alguien” o tengas “novio/a” para contestar estas preguntas.

	¿Estás de acuerdo?		
	SI	NO	NO SÉ
Me parece bien que una pareja tenga contactos físicos de tipo sexual sin llegar a tener relaciones sexuales completas	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
El amor para siempre es posible, pero necesita que los dos estén dispuestos a sacrificarse el uno por el otro	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
La homosexualidad es una variante normal de la sexualidad humana	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Tener relaciones sexuales es una necesidad biológica que hay que satisfacer	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Siento que estoy preparado/a para iniciar una relación afectiva estable con una chica/o	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Si mi decisión fuera no tener relaciones sexuales por el momento, me considero preparado/a para hacérselo saber con claridad a mi pareja (“novio/a”)	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
La masturbación es algo que debería evitarse	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Ver imágenes pornográficas debería evitarse	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
En mi entorno los que no tienen pareja pueden sentirse presionados/as por no tenerla	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Debería evitarse que los medios de comunicación (series de tv, anuncios, revistas, películas, etc) muestren ...			
... a la <b>mujer</b> como un “objeto sexual”, por ejemplo, al anunciar un perfume.	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
... al <b>varón</b> como un “objeto sexual”, por ejemplo, al anunciar un perfume.	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Debería evitarse que en los medios de comunicación (series de tv, anuncios, revistas, películas, etc) se asocie ...			
... la <b>feminidad</b> (ser “más mujer”) con tener un “buen cuerpo” para atraer a los chicos	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
... la <b>masculinidad</b> (ser “más varón”) con tener más relaciones sexuales	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

27. ¿Has tenido relaciones sexuales? Recuerda que por “relaciones sexuales” nos referimos a “relaciones sexuales completas”.

0  No **(CONTINÚA)**

1  Sí **(PASA A LA PREGUNTA 30)**

28. Si **NUNCA** has tenido relaciones sexuales, nos gustaría saber cuál o cuales son tus razones. Puedes elegir varias respuestas.

No tengo relaciones sexuales porque...	¿Estás de acuerdo?		
	SI	NO	NO SÉ
a... no he encontrado a una persona con quien tenerlas	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
b... no quiero quedarme embarazada/dejar embarazada a una chica	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
c... no quiero infectarme del virus del sida o de otras infecciones de transmisión sexual	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
d... mis padres no estarían de acuerdo	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
e... mi(s) pareja(s) no ha(n) querido tenerlas	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
f... prefiero esperar hasta conocer a la persona con la que compartiré mi vida	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
g... creo que es pecado	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
h... no soy económicamente estable/independiente	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
i... no estoy casado/a	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
j... no tengo la edad adecuada	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
k... no me siento preparado/a para ello	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
l... por otra razón (por favor, especifica):			

29. De la lista de la pregunta anterior (pregunta 28), ¿cuál consideras que es la **razón principal** por la que no tienes relaciones sexuales?

Indica la letra de la lista de la pregunta 28 (a-l): \_\_\_\_\_ (MOSTRAR LISTADO)

### PASAR A LA PREGUNTA 37

30. ¿A qué edad tuviste tu **primera relación sexual**? Por favor, indica la edad: \_\_\_\_\_ años

31. ¿Usasteis tú o tu pareja un **preservativo (masculino/femenino)** en esa **primera relación sexual**?

2  No me acuerdo

1  Sí

0  No → Si no usasteis un preservativo, ¿cuál fue la **razón principal**?

0  Por falta de información (por ejemplo: no saber usarlo)

1  No teníamos uno porque normalmente son difíciles de conseguir

2  No tenía uno en ese momento porque la relación fue imprevista

3  No quisimos usarlo (yo, mi pareja o ambos)

4  Otra. Por favor, especifica: \_\_\_\_\_

32. ¿Cuál o cuáles fueron las razones por las que tuviste tu primera relación sexual? (puedes elegir varias respuestas)

Tuve mi primera relación sexual porque...	¿Estás de acuerdo?		
	SI	NO	NO SÉ
a... sentía un impulso físico	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
b... quería divertirme/pasar un buen rato	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
c... la mayoría de mis amigos/amigas ya las tenían, no quería ser "diferente"	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
d... quería ser más popular en mi clase, grupo de amigos/amigas, etc.	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
e... quería saber cómo era, por curiosidad	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
f... quería expresarle mi amor a la otra persona	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
g... quería sentirme querido/a, valorado/a, apreciado/a por la otra persona	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
h... pensaba que mi pareja ("novio/a") podía dejarme si decía que no	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
i... mi pareja ("novio/a") me dijo que me dejaría si decía que no	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
j... había bebido alcohol, fumado marihuana o tomado alguna otra droga	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
k... no supe decir que no a una persona que me estaba insistiendo en tenerla	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
l... me "dejé llevar" por la excitación física del momento (un beso, etc.), sin que fuese nuestra intención inicial	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
m... como consecuencia de haber estado viendo imágenes de sexo (películas, revistas, etc)	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
n... por otra razón (por favor, especifica):			

33. De la lista de la pregunta anterior (pregunta 32) ¿cuál consideras que fue la razón principal por la que tuviste la 1ª relación sexual? Indica la letra de la lista de la pregunta 32 (a-n): \_\_\_\_\_  
(MOSTRAR LISTADO)

34. ¿Has tenido alguna relación sexual con tu pareja ("novio/a") sin que fuera consentida por ti?  
1  Sí 0  No 2  No sé

35. En relación a tu primera relación sexual, queremos saber si estás o no de acuerdo con las siguientes frases:

	¿Están de acuerdo?		
	SI	NO	NO SÉ
Fue una experiencia de la cual guardo un buen recuerdo y volvería a hacerlo igual	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Fue una experiencia "menos buena" de lo que esperaba	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Me afectó negativamente	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Hubiera preferido no haber tenido esa relación sexual	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
En el fondo, me arrepiento de haber tenido ya relaciones sexuales	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

36. ¿Alguna vez has visto verrugas en/cerca de tus genitales? 1  Sí 0  No 2  No sé

37. ¿Alguna vez un profesional de la salud te ha diagnosticado alguna infección de transmisión sexual (ETS), por ejemplo: verrugas genitales, Clamidia, VIH, etc.?

- 0  No sé  
 1  No, nunca  
 2  Sí. Por favor especifica qué tipo de infección o infecciones: \_\_\_\_\_  
 No sé el tipo de infección

**CONTINÚA**

38. En tu opinión ¿cuándo empieza a existir una vida humana?

- En la fecundación (cuando se unen el óvulo y el espermatozoide)  
 A los 15 días de la fecundación aproximadamente, cuando el embrión termina de implantarse en el útero  
 En algún momento entre la implantación en el útero y el fin del embarazo  
 Al nacer  
 No sé/no estoy seguro/a

39. Selecciona cuál/es de las siguientes imágenes, vídeos o testimonios has visto u oído alguna vez (puedes elegir varias opciones):

	He visto/ He oído		
	SI	NO	NO SÉ
1. He visto imágenes de embriones o fetos	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
2. He visto imágenes de embriones o fetos abortados o algún video de un aborto	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
3. He oído algún testimonio de alguien que ha abortado	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

40. ¿Estás de acuerdo con que una mujer pueda abortar?

- No (pasa a la pregunta numero 42)  
 No sé (pasa a la pregunta numero 42)  
 Sí... (puedes elegir varias opciones) (Pasa a la P41)
- siempre que ella lo quiera (aunque su pareja no quiera)
  - siempre que su pareja lo quiera (aunque ella no quiera)
  - siempre que ambos lo quieran
  - a condición de que haya sido bien informada de las alternativas al aborto (ayudas a la madre, adopciones, etc.)
  - solamente en ciertas circunstancias (puedes elegir varias opciones)
    - cuando ese embarazo es consecuencia de una violación
    - cuando exista cualquier razón de salud física y/o psicológica de la madre sin peligro de muerte para ella
    - si pelagra la vida de la madre
    - si hay algún riesgo de que el niño tenga una malformación o una enfermedad grave (puede morir antes o al poco de nacer)
    - si hay algún riesgo de que el niño tenga una malformación o una enfermedad que no pone en riesgo su vida (por ejemplo, síndrome de Down)
    - por razones económicas o sociales (por ejemplo: no tener trabajo, ser soltera tener miedo al rechazo social o familiar, etc.)

**41. ¿En cuál de las circunstancias siguientes acabarías cambiando tu opinión con respecto al aborto? (puedes elegir varias opciones)**

- Cambiaría mi opinión con respecto al aborto si el embarazo está avanzado:  
¿A partir de qué mes lo considerarías avanzado?:

1º  2º  3º  4º  5º  6º  7º  8º  9º

- Cambiaría mi opinión con respecto al aborto si existieran más ayudas (económicas y psicológicas) para la mujer durante su embarazo, durante el parto, para cuidar a su bebe (guarderías, facilitando un empleo) y, además, si se facilitase la posibilidad de ceder al bebé en adopción, si eso fuera su voluntad
- Cambiaría mi opinión con respecto al aborto si realmente estuviera convencido/a de que hay vida humana desde la fecundación
- Ninguna de las tres circunstancias anteriores cambiarían mi opinión

**AHORA NOS GUSTARÍA SABER ALGUNAS COSAS SOBRE TI**

**42. ¿Cuántos hermanos/as en total tienes (sin contarte a ti)?** Por favor, indica el nº: \_\_\_\_\_

**43. ¿Vives con tu familia en casa?**

- No
- Sí. **Por favor, marca con qué personas vives:**
- Padre
- Madre
- Hermanos
- Otro/s. Por favor especifica:...

**¿Alguno de tus padres ha fallecido?**  Padre  Madre

**¿Tus padres están separados/divorciados?**  Sí  No

**44. Señala si estás de acuerdo con las siguientes frases sobre tí mismo:**

	¿Estás de acuerdo?		
	SI	NO	NO SÉ
Suelo terminar las cosas/proyectos que empiezo	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Tiendo a querer conseguir las cosas inmediatamente	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Suelo pensar y planificar el futuro (por ejemplo: ahorrando mi paga, planeando mi carrera, etc.)	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

45. Nos gustaría saber cuál es tu valoración de las siguientes situaciones que te planteamos

	¿Estás de acuerdo?		
	SI	NO	NO SÉ
¿Consideras satisfactoria la relación con tu madre?	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
¿Consideras satisfactoria la relación con tu padre?	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
¿Consideras satisfactoria la relación que tus padres mantienen entre ellos?	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
¿Te sientes libre en tu vida en general?	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
¿Te sientes querido/a por los demás (amigos, compañeros...)?	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
¿Te sientes contento/a con la vida que llevas en general?	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

46. ¿Alguna vez has padecido algún tipo de daño o agresión física y/o psicológica por parte de alguien?

Nunca	Alguna vez	Bastantes veces
1	2	3
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

47. ¿Te has planteado alguna vez ... “si hay otra vida después de la muerte” o la existencia de un “ser superior”, un “dios”?

Nunca	Alguna vez	Bastantes veces
1	2	3
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

48. ¿Cuál es tu religión o creencias religiosas?

- 0  No tengo religión      6  Ortodoxa  
 1  Católica                      7  Protestante  
 2  Evangélica                    8  Testigo de Jehová  
 3  Judía  
 4  Mormona  
 5  Musulmana                      9  Otra (por favor, especifica): \_\_\_\_\_

**SI NO TIENES RELIGIÓN, NO CONTESTES MÁS PREGUNTAS**

49. ¿Cuántas veces acudes a la iglesia/templo de tu religión?

- 1  Más de 1 vez a la semana  
 2  1 vez a la semana  
 3  Alguna vez al mes  
 4  Algunas veces al año  
 5  Menos de una vez al año, casi nunca  
 6  Nunca

50. ¿Hasta qué punto estás de acuerdo con la siguiente frase: “mi fe es una influencia importante en mi vida y estoy dispuesto/a a tenerla en cuenta en mis decisiones”?

¿Estás de acuerdo?				
Nada	Poco	Más o menos	Bastante	Mucho
1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>				

51. Indica por favor los estudios de más alto nivel que hayas finalizado y los de la persona que aporta el ingreso principal al hogar.

TÚ	SUSTENTADOR PRINCIPAL
----	-----------------------

0  Sin estudios (Estudios primarios sin terminar)

0  Sin estudios (Estudios primarios sin terminar)

1  Primer grado: Más o menos hasta los 10 años (Certificado escolar, EGB 1ª etapa)

1  Primer grado: Más o menos hasta los 10 años (Certificado escolar, EGB 1ª etapa)

2  Segundo grado 1er ciclo: Más o menos hasta los 14 años (Graduado escolar, EGB 2ª etapa, 1º y 2º ESO)

2  Segundo grado 1er ciclo: Más o menos hasta los 14 años (Graduado escolar, EGB 2ª etapa, 1º y 2º ESO)

3  Segundo grado 2º ciclo: Más o menos hasta los 18 años (FP 1º y 2º, Bachiller superior, BUP, 3º y 4º ESO, COU, PREU, 1º y 2º Bachillerato)

3  Segundo grado 2º ciclo: Más o menos hasta los 18 años (FP 1º y 2º, Bachiller superior, BUP, 3º y 4º ESO, COU, PREU, 1º y 2º Bachillerato)

4  Tercer grado 1er ciclo: Carrera de 3 años (Diplomatura: Ingeniero técnico, escuelas Universitarias, arquitectos técnicos, peritos, magisterio, ATS, graduados sociales, asistentes sociales, etc.)

4  Tercer grado 1er ciclo: Carrera de 3 años (Diplomatura: Ingeniero técnico, escuelas Universitarias, arquitectos técnicos, peritos, magisterio, ATS, graduados sociales, asistentes sociales, etc.)

5  Tercer grado 2º ciclo: Carrera de 5/6 años (Licenciatura: facultades, escuelas técnicas superiores, doctorados, etc.)

5  Tercer grado 2º ciclo: Carrera de 5/6 años (Licenciatura: facultades, escuelas técnicas superiores, doctorados, etc.)

**52. Por favor señala tu situación laboral y la de la persona que aporta el ingreso principal al hogar.**

TÚ	SUSTENTADOR PRINCIPAL
0 <input type="checkbox"/> Trabajando actualmente	0 <input type="checkbox"/> Trabajando actualmente
1 <input type="checkbox"/> Retirado / pensionista / incapacitado	1 <input type="checkbox"/> Retirado / pensionista / incapacitado
2 <input type="checkbox"/> Parado, habiendo trabajado anteriormente	2 <input type="checkbox"/> Parado, habiendo trabajado anteriormente
3 <input type="checkbox"/> Parado, buscando primer empleo	
4 <input type="checkbox"/> Estudiante	
5 <input type="checkbox"/> Responsable de las labores del hogar en exclusiva	

**53. Indica, por favor tu profesión y la de la persona que aporta el ingreso principal al hogar. Si tú o la persona que aporta el ingreso principal en el hogar no estás trabajando en la actualidad, marca por favor vuestra última profesión.**

TÚ	SUSTENTADOR PRINCIPAL
<p><b>TRABAJA POR CUENTA PROPIA</b></p> <input type="checkbox"/> Empresarios agrarios con 6 y más empleados <input type="checkbox"/> Empresarios agrarios con 1 a 5 empleados <input type="checkbox"/> Propietarios agrícolas sin empleados <input type="checkbox"/> Miembros de cooperativas agrarias <input type="checkbox"/> Empresarios/comerciantes con 6 y más empleados <input type="checkbox"/> Empresarios/comerciantes con 1 a 5 empleados <input type="checkbox"/> Empresarios/comerciantes sin empleados <input type="checkbox"/> Profesionales/técnicos cuenta propia (médicos, etc.) <input type="checkbox"/> Trabajadores manuales/artesanos cuenta propia	<p><b>TRABAJA POR CUENTA PROPIA</b></p> <input type="checkbox"/> Empresarios agrarios con 6 y más empleados <input type="checkbox"/> Empresarios agrarios con 1 a 5 empleados <input type="checkbox"/> Propietarios agrícolas sin empleados <input type="checkbox"/> Miembros de cooperativas agrarias <input type="checkbox"/> Empresarios/comerciantes con 6 y más empleados <input type="checkbox"/> Empresarios/comerciantes con 1 a 5 empleados <input type="checkbox"/> Empresarios/comerciantes sin empleados <input type="checkbox"/> Profesionales/técnicos cuenta propia (médicos, etc.) <input type="checkbox"/> Trabajadores manuales/artesanos cuenta propia
<p><b>TRABAJA POR CUENTA AJENA</b></p> <input type="checkbox"/> Direc.empresas públicas y privadas 25 y más trabajadores <input type="checkbox"/> Direc.empresas públicas y privadas, menos de 25 trabajadores <input type="checkbox"/> Mandos superiores/empleados nivel superior de empresas, admon. pública y oficiales ejército <input type="checkbox"/> Mandos intermedios/empleados nivel medio de empresas, admon. pública y oficiales ejército <input type="checkbox"/> Capataces, encargados, suboficiales ejército <input type="checkbox"/> Agentes comerciales, representantes <input type="checkbox"/> Administrativos <input type="checkbox"/> Obreros especializados, números Guardia Civil y Policía <input type="checkbox"/> Vendedores, dependientes <input type="checkbox"/> Empleados subalternos (conserjes, etc.) <input type="checkbox"/> Obreros sin especializar, peones, servicio doméstico <input type="checkbox"/> Jornaleros del campo <input type="checkbox"/> Otro personal no cualificado <input type="checkbox"/> Otros	<p><b>TRABAJA POR CUENTA AJENA</b></p> <input type="checkbox"/> Direc.empresas públicas y privadas 25 y más trabajadores <input type="checkbox"/> Direc.empresas públicas y privadas, menos de 25 trabajadores <input type="checkbox"/> Mandos superiores/empleados nivel superior de empresas, admon. pública y oficiales ejército <input type="checkbox"/> Mandos intermedios/empleados nivel medio de empresas, admon. pública y oficiales ejército <input type="checkbox"/> Capataces, encargados, suboficiales ejército <input type="checkbox"/> Agentes comerciales, representantes <input type="checkbox"/> Administrativos <input type="checkbox"/> Obreros especializados, números Guardia Civil y Policía <input type="checkbox"/> Vendedores, dependientes <input type="checkbox"/> Empleados subalternos (conserjes, etc.) <input type="checkbox"/> Obreros sin especializar, peones, servicio doméstico <input type="checkbox"/> Jornaleros del campo <input type="checkbox"/> Otro personal no cualificado <input type="checkbox"/> Otros

**IYA HAS LLEGADO AL FINAL DE LA ENCUESTA!**

## **ANEXO 2**





UNIVERSIDAD  
DE MÁLAGA

DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA  
Y SALUD PÚBLICA E HISTORIA DE LA CIENCIA

Dirección: Prof. J. Fernández-Crehuet Navajas

Cátedra de Medicina Preventiva y Salud Pública  
Facultad de Medicina  
Campus de Teatinos, s/n  
Telf. 95 213 15 15  
Fax 95 213 71 31  
29071 Málaga (España)

En relación con el proyecto denominado "Afectividad, Amor y Sexualidad. Lo que piensan los jóvenes" propuesto por D. Enrique Gómez Gracia y D. Jokin de Irala,

**LE INFORMO:**

Que a juicio de esta Comisión de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Málaga el proyecto no presenta ninguna objeción ética para su ejecución.

Lo que comunico para su conocimiento y efecto,

En Málaga, a 24 de octubre de 2008.

Presidente



D. Joaquín Fernández-Crehuet  
Navajas

Vocales

D. Ignacio Santos Amaya

D.ª M.ª Isabel Lucena González



## **ANEXO 3**



## CARTA DE PRESENTACIÓN DEL ESTUDIO

Pamplona, 21 de Octubre de 2008

Estimado/a participante:

En primer lugar, queremos darte las gracias por ayudarnos en este estudio. A través de él participarás en un proyecto internacional apoyado por miles de jóvenes en todo el mundo.

Se trata de una encuesta **ANÓNIMA** y **VOLUNTARIA**, por tanto, si decides participar, te animamos a contestar las preguntas de la manera más sincera posible. Y si no te sientes cómodo/a respondiendo a alguna de las preguntas, no te preocupes, puedes elegir la opción de "No quiero contestar".

Al contestar esta encuesta anónima nos ayudarás a conocer mejor qué opináis los jóvenes sobre afectividad, amor y sexualidad.

Este estudio está coordinado por el Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad de Navarra.

Si tiene cualquier duda sobre este estudio, por favor llame al Dr. Jokin de Irala, Investigador Principal del mismo, al teléfono +34948 42 56 00 (extensión 6428).

**¡Muchas gracias por tu colaboración!**

Un cordial saludo,

Dr. Jokin de Irala  
Facultad de Medicina  
Medicina Preventiva y Salud Pública



## **ANEXO 4**



**TE AGRADECEMOS QUE HAYAS QUERIDO COMPARTIR CON NOSOTROS LO QUE PIENSAS.**

**Aunque te hayamos preguntado si tienes relaciones sexuales, queremos informarte de que no se espera, ni es lo deseable, que los jóvenes tengan relaciones sexuales.**

**Debes saber que según un consenso científico publicado en la revista médica *The Lancet*, se recomienda que retrases al máximo el inicio de tus relaciones sexuales para evitarte cualquier tipo de problema asociado a las relaciones sexuales (infecciones de transmisión sexual, embarazos precoces o sentimientos de decepción y arrepentimiento).**

**En el caso de que ya las hayas tenido, el consenso recomienda que dejes de tenerlas porque el uso del preservativo en las relaciones sexuales nunca elimina completamente estos riesgos, sólo los reduce.**

**Por tanto, si no has tenido relaciones sexuales, te encuentras, junto a otros muchos jóvenes, en la mejor situación para evitar dichos riesgos.**

Fuente: Halperin DT, Steiner MJ, Cassell MM, et al. The time has come for common ground on preventing sexual transmission of HIV. *Lancet* 2004;364:1913-15

**Jokin de Irala  
Investigador Principal del Proyecto  
Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública  
Facultad de Medicina  
Universidad de Navarra**



# **ANEXO 5**



Research article

Open Access

## Relationships, love and sexuality: what the Filipino teens think and feel

Jokin de Irala\*<sup>1</sup>, Alfonso Osorio<sup>2</sup>, Cristina López del Burgo<sup>1</sup>, Vina A Belen<sup>3</sup>, Filipinas O de Guzman<sup>4,5</sup>, María del Carmen Calatrava<sup>1</sup> and Antonio N Torralba<sup>3</sup>

Address: <sup>1</sup>Preventive Medicine and Public Health, School of Medicine, University of Navarra, Irunlarrea 1, 31008 Pamplona, Spain, <sup>2</sup>Department of Education, University of Navarra, 31008 Pamplona, Spain, <sup>3</sup>University of Asia and the Pacific, Pearl Drive cor St J Escrivá Drive, Ortigas Center, Pasig City, Philippines, <sup>4</sup>Research for Education Intervention and Development, CRC Foundation Incorporated, Manila, Philippines and <sup>5</sup>Unit 1103, Pacific Center Building, San Miguel Avenue, Ortigas Center, Pasig City 1605, Philippines

Email: Jokin de Irala\* - [jdeirala@unav.es](mailto:jdeirala@unav.es); Alfonso Osorio - [aosorio@unav.es](mailto:aosorio@unav.es); Cristina López del Burgo - [cldelburgo@unav.es](mailto:cldelburgo@unav.es); Vina A Belen - [vlarenal@gmail.com](mailto:vlarenal@gmail.com); Filipinas O de Guzman - [filipinas\\_deguzman@yahoo.com](mailto:filipinas_deguzman@yahoo.com); María del Carmen Calatrava - [mcalatrava@alumni.unav.es](mailto:mcalatrava@alumni.unav.es); Antonio N Torralba - [ant@uap.edu.ph](mailto:ant@uap.edu.ph)

\* Corresponding author

Published: 5 August 2009

Received: 12 January 2009

*BMC Public Health* 2009, **9**:282 doi:10.1186/1471-2458-9-282

Accepted: 5 August 2009

This article is available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/9/282>

© 2009 de Irala et al; licensee BioMed Central Ltd.

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/2.0>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

### Abstract

**Background:** In order to achieve a change among teens' sexual behavior, an important step is to improve our knowledge about their opinions concerning relationships, love and sexuality.

**Methods:** A questionnaire including topics on relationships, love and sexuality was distributed to a target population of 4,000 Filipino students from third year high school to third year college. Participants were obtained through multi-stage sampling of clusters of universities and schools. This paper concentrates on teens aged 13 to 18.

**Results:** Students reported that they obtained information about love and sexuality mainly from friends. However, they valued parents' opinion more than friends'. They revealed few conversations with their parents on these topics. A majority of them would like to have more information, mainly about emotion-related topics. Almost half of respondents were not aware that condoms are not 100% effective in preventing STIs or pregnancies. More girls, compared to boys, were sensitive and opposed to several types of sexism. After adjusting for sex, age and institution, the belief of 100% condom effectiveness and the approval of pornography and sexism were associated with being sexually experienced.

**Conclusion:** There is room for further encouraging parents to talk more with their children about sexuality, specially aspects related to feelings and emotions in order to help them make better sexual choices. Indeed, teens wish to better communicate with their parents on these issues. Condoms are regarded as safer than what they really are by almost half of the participants of this study, and such incorrect knowledge seems to be associated with sexual initiation.

## Background

It is well known that, from the standpoint of public health, sexual relations among teens represent a risk factor [1-4]. Existing literature points to the alarming consequences of premature sexual involvement among adolescents [5,6]. Examining cross-country data, Wellings et al. establish that men and women in most nations begin sexual activity at ages 15 to 19 [7]. Far from settling with a marital or cohabiting partner, teens engaging in premature sex increase their risk of exposure to sexually transmitted infections (STIs) and teenage pregnancy. According to UNAIDS and the World Health Organization, the global AIDS epidemic continues to grow and the number of deaths due to AIDS is increasing in most continents [8]. Every year, 14 million adolescents give birth, which in developing countries translates to one in three women under 20 years of age [9]. Owing to the health consequences, adolescent sexual behavior is certainly a growing concern.

Competent authorities are trying to find solutions to this problem (in the form of education programs and information campaigns). However, the average age of first sexual relation is still too low, while unplanned pregnancies and STIs remain high [10-13]. Some behavioral factors such as starting sex relations at a young age and having multiple (concurrent or serial) sexual partners, increase the risk of infections [5,6,14-18]. Moreover, the use of contraceptive methods does not seem to be effective enough to avoid unplanned pregnancies in youth [19-22].

In addition to the physical dangers, existing literature has likewise examined, albeit on a smaller scale, how early sexual activity could be compromising teens' emotional and psychological well-being:

- Some studies assert that sexual activity is directly correlated to emotional problems among American teens; sexually active teenagers are more likely to be depressed and more likely to attempt suicide than teenagers who are not sexually active (even after controlling for sex, race, age and socio-economic status) [23,24].
- Personal testimonies of young people reveal that emotional dangers of premature sexual involvement are real [25].
- Most sexually experienced teens are already reporting feelings of regret over premature sexual intercourse [26,27].

Research points to different factors affecting early sex among teens. Several studies have confirmed more risky behaviors in males compared to females (higher preva-

lence of premarital sex, less likelihood to be sexually abstinent, increased odds of engaging in risky sex and younger age at first sexual relationship) [28-31].

Socio-economic status is also an important factor. Singh et al. ascertain that adolescent childbearing is more likely among women with low levels of income and education [32].

Several family variables have proven to be related to sexual behavior. Parent-child communication is protective against early sex [30,33,34], especially for girls [33]. Furthermore, according to the systematic review of American youth studies done by Buhi and Goodson, the youth's perception of parental attitudes toward sex is a stable predictor of sexual behavior outcomes [35].

Several studies show that the sources of information available to teens as regards sexuality are incomplete and inappropriate. A study in Costa Rica concludes that a more complete biological information is received compared to affective information. Furthermore, the same study reports that educational institutions are the most frequently used source, while the family stands in second place [36]. A Spanish research calls attention to the fact that almost half of the youth between ages 18 and 29 describe communication with their parents on sexual matters as inexistent (25.9%) and unsatisfactory (20.6%). While parents are the youth's favorite source of information, the youth in actuality turn to friends or partners for information [37].

Limiting current perspectives to the physical or biological dimensions of sexuality may further obscure fitting solutions. If intervention programs and future research are to be responsive to the needs of teens, what they feel and say should have weight in ongoing discussions. Expanding this research area has therefore the potential of uncovering important and useful insights on how to best help teens.

This research is the first step toward an international study (Project YOUR LIFE), on what the youth think and feel about relationships, love and sexuality; with the general objective of enabling future health education programs focusing on character and sex education to be grounded on youth's opinions and needs.

In particular, this paper seeks:

1. To know which is the preferred and actual main source of information about relationships, love and sexuality on representative samples of Filipino teen students;

2. To explore what topics the teens would want to know more about; and
3. To study their actual knowledge about the prevention of STIs and unplanned pregnancies as well as their attitudes toward specific issues such as sexism.

## Methods

### Data Instrument

In order to accomplish the research objectives, a paper-pencil questionnaire was crafted to gather data on the following categories: Socio-demographic characteristics; characteristics of the group of friends; use of free time; access and exposure to media; feelings, opinions and information sources on relationships, love and sexuality; and life goals.

The instrument consisted mainly of close-ended questions. A five-point Likert scale was used for attitudinal responses. The questionnaire was drafted in colloquial English and pre-tested in the field to 180 students. Questions were tested to ensure clarity, comprehension and suitability to local conditions. Content and length of the instrument was modified to last about 45 minutes.

Specifically, variables considered in this article refer to: youth's sources of information about love and sexuality; importance of parents' and friends' opinion about different topics; frequency of conversations with parents about different topics regarding sexuality, and desire to know more about these topics; degree of agreement with sentences showing disapproval towards different forms of sexism; knowledge about condom effectiveness; and sexual experience (whether the subject has had any sexual relation).

The wording of the questions and answer scales is described below where appropriate. The questionnaire is available upon request to the corresponding author.

### The sample

The targeted study population was 4,000 students from third year high school to third year college in the Philippines. Subjects were obtained through multi-stage sampling of clusters of universities and schools.

Time and budget constraints yielded the limitation of choosing seven respondent regions out of the seventeen political regions. These are National Capital Region, CALABARZON, Central Luzon, Western Visayas, Central Visayas, Davao and Northern Mindanao. The respondent regions were selected on the basis of having the greatest number of youth population while limiting two regions each from Luzon, Visayas and Mindanao (the three island groups), plus the National Capital Region.

From each region, four institutions were identified as survey venues: one public high school, one state college or university, one private high school and one private university. Schools with wider representation of youth sectors (judgment-based) were chosen (Figure 1).

The total of approximately 4000 students were targeted from the seven regions based on the respective contribution of the region to the total youth population. This sample size was chosen taking into account approximate sample size estimation criteria [38,39]. We worked with the criteria that 10 subjects would be needed per parameter included in a statistical model used to adjust for confounding. By parameter we mean each continuous variable and/or each dummy variable from categorical variables, that could be included in a model. Thus with a sample of about 4000 students we were quite confident to have sufficient statistical power to account for a good amount of variables in a given model. Equal samples were taken from each year level and from public and private sectors to improve subgroup analyses by school type. Classes were randomly selected.

Not included in the population were out-of-school youth. Priority was given to study in-school youth since one of the implicit objectives of the research is to generate insights on future formation channels for this specific group.

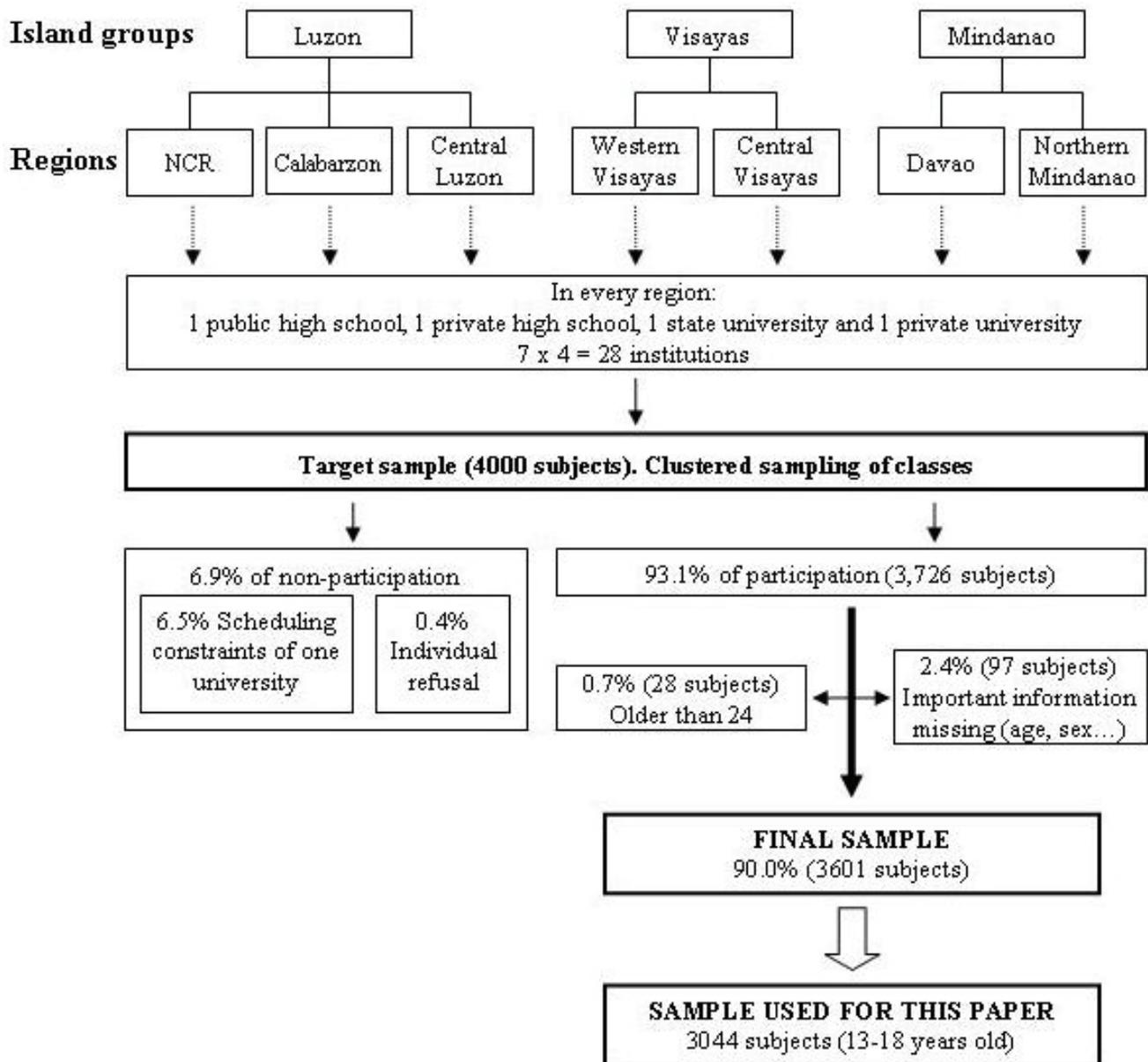
Finally, for the propose of the analyses of this paper, we focused only on high school students aged 13–18.

### Data Collection

The questionnaire was implemented between July and September 2007 in twenty-eight schools from seven regions using standardized data-collection protocols. Prior to administering the survey to students, consent was obtained through the schools. Schools were invited to voluntarily participate in the research project, which was described to the schools as an effort to collect nationwide baseline data to guide future education interventions.

Data collectors travelled to each participating school to administer the survey sheets during class hours. Administration in schools (that is away from parents) has the reported benefit of increasing the respondents' sense of privacy and their willingness to disclose sensitive information.

Survey procedures were designed to protect student privacy by allowing for anonymous participation. Data collectors read a standardized script, including an introduction to the survey requesting the participation of students. The survey's scope and respondent anonymity with respect to the school and their parents was explained.



**Figure 1**  
Sampling process.

Moreover, students were instructed that they might opt to leave any discomforting survey item blank. The survey was completed in approximately 45 minutes or one class period in classrooms or lecture halls. To the extent possible, students' desks were spread throughout the classroom to minimize the chance that students' could see each other's responses. Neither the survey administrators nor classroom teachers moved around the classroom while students took the survey. Students were told of the impor-

tance of providing honest answers and that no one would know how they responded individually. When students completed their survey sheet, they were asked to seal their answers in individual envelopes to be returned to data collectors. Lead researchers secured and transported survey sheets to Manila for data entry.

Analysis was jointly conducted at the University of Asia and the Pacific, Philippines and at the University of Nav-

arra, Spain. Ethical authorization was obtained for the study by the Ethics Committee of the University of Asia and the Pacific.

**Analysis**

Data were analyzed taking the weights and clusters of the sampling process into account by using specific survey commands of the STATA statistical package release 9. The survey mean, proportion and logistic commands of STATA enable the estimation of group means, proportions and logistic regression respectively assuming weights and cluster sampling and thus estimating appropriate estimates and standard errors. Significance levels of comparisons and model coefficients are performed by STATA survey commands using an Adjusted Wald test [40].

**Results**

The survey was answered by 3,726 subjects (93% of the targeted population). Most of the 7% of non-participation (6.5%) was due to scheduling constraints of one institution. Responses of 28 students were omitted because they were older than the target sample age (13 to 24 years).

Seventy-three subjects did not give age information, 2 did not give sex information and 22 did not specify whether their school or university was public or private. Therefore, 3601 respondents were used for the project (90.0% of the targeted population). Among these, 3044 subjects (high school students, 13–18) were analyzed in this paper.

A majority of the respondents were female (64.3%) between 16 to 18 years old (60.4%). Most of them were Roman Catholics (83.6%) and came from middle-income families (79.1%) and public schools (54.3%) (Table 1).

Participants were asked how often they got information regarding love and sexuality from different sources. The source most often marked as "always" or "almost always" by males and females respectively, was, by far, friends (57.5% and 69.6%), followed, in the case of males, by the Internet and youth magazines (27.1%); and, in the case of females, by parents (30.7%) (data not shown).

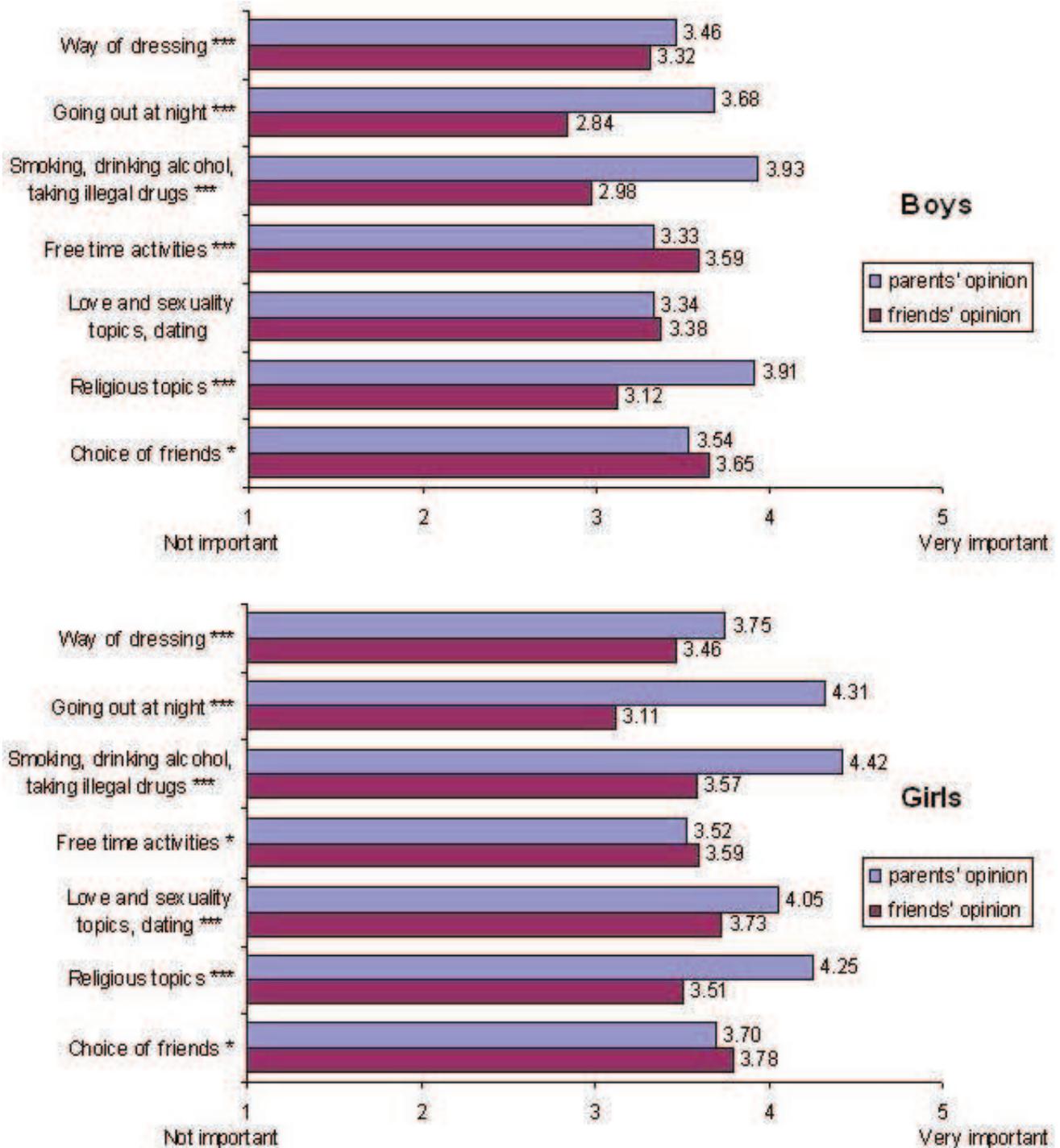
The questionnaire examined how parents' and friends' opinions regarding love, sexuality and other related topics

**Table 1: Distribution of Respondents by Key Demographic Characteristics**

Characteristics	Total (N = 3044) n (%)	Male (N = 1088) n (%)	Female (N = 1956) n (%)
<b>Sex</b>			
Male	1088 (35.7)		
Female	1956 (64.3)		
TOTAL	3044 (100.0)		
<b>Age</b>			
13–15	1204 (39.6)	449 (41.3)	755 (38.6)
16–18	1840 (60.4)	639 (58.7)	1201 (61.4)
TOTAL	3044 (100.0)	1088 (100.0)	1956 (100.0)
<b>Religion</b>			
No religion	54 (1.8)	28 (2.6)	26 (1.3)
Catholic	2546 (83.6)	914 (84.0)	1632 (83.4)
Protestant	299 (9.8)	103 (9.5)	196 (10.0)
Others *	145 (4.8)	43 (4.0)	102 (5.2)
TOTAL	3044 (100.0)	1088 (100.0)	1956 (100.0)
<b>Economic status†</b>			
Low	391 (12.8)	155 (14.2)	236 (12.1)
Middle	2407 (79.1)	858 (78.9)	1549 (79.2)
High	246 (8.1)	75 (6.9)	171 (8.7)
TOTAL	3044 (100.0)	1088 (100.0)	1956 (100.0)
<b>School</b>			
Public	1652 (54.3)	598 (55.0)	1054 (53.9)
Private	1392 (45.7)	490 (45.0)	902 (46.1)
TOTAL	3044 (100.0)	1088 (100.0)	1956 (100.0)

\* Other religions include Jewish, Muslim, Hindu, Buddhist, INK (Iglesia ni Kristo), Aglipay, 7th day, Pentecost, Mormon, Jehova's, Baptist, Filipinist and "other".

† Based on the respondents' perception of family economic status.



**Figure 2**  
**Teens' reported level of importance of parents' vs. friends' opinion by areas of concern.** Values are the average scores obtained in each item (in a five-point Likert scale labeled from a low "Not important" to a high "Very important" score). p value of the adjusted Wald test taking into account the clustered sampling scheme: \* p < 0.05. \*\*\* p < 0.001.

were valued by the youth. Generally, it is observed that the youth (specially girls) value parents' opinion more than friends' in most topics (Figure 2).

Parents' and friends' opinions are better appreciated by girls (compared to boys) in all topics. This difference is statistically significant for parents' opinion ( $p < 0.003$  in "choice of friends" and  $p < 0.001$  in all the other topics), and for friends' opinion except for "free time activities" ( $p = 0.005$  for "way of dressing",  $p = 0.011$  for "choice of friends" and  $p < 0.001$  in the other topics) (data not shown).

When asked whether they have talked with their parents about the different aspects of sexuality (biological as well as affective/emotional aspects), they reported relatively few conversations with their parents. Concerning biological aspects of sexuality, topics mostly discussed with parents were, for males, pregnancy (21.7%) and STIs (20.5%); and for females, girls' physical changes (58.9%) and pregnancy (41.1%). On topics regarding feelings and relations, respondents mostly talked about how to better manage feelings and emotions (32.7% for boys, 44.8% for girls), and how to know if the person they are dating is the right one (26.4% and 36.7%) (Table 2).

On most topics (biological as well as affective ones), more girls than boys reported conversations with their parents. The highest difference was found on the topic "girls' physical changes", with 9.0% of boys and 59.9% of girls indicating they talked "somewhat" or "a lot" about this topic with their parents ( $p$  value  $< 0.001$ ). On the contrary, "boys' physical changes" was the only topic on which more boys than girls reported conversations with their parents (18.8% of boys and 10.7% of girls,  $p$  value  $< 0.001$ ).

Survey participants were also asked whether they would like to know more about sexuality topics. A wide majority of participants said they would like to know more about all the contents presented. However, both boys and girls expressed greater interest in issues such as how to better manage feelings and emotions (86.9% boys, 94.8% girls) and what "falling in love" means (83.3% and 89.9%). On most topics, girls showed a higher desire to know more, except boys' physical changes, contraception, how to know when one is ready to have sex and how to better manage sexual drive: on these topics, boys' desire to know more was higher (Table 2).

We identified some problems regarding the youth's knowledge about the prevention of STIs and unintended

**Table 2: Conversations with parents and desire to know more**

TOPICS	Talked to parents "quite a lot" or "a lot" *			Want to know more†		
	Males n (%)‡	Females n (%)‡	p§	Males n (%)‡	Females n (%)‡	p§
<b>Topics related to Biology</b>						
Girls' physical changes (menstruation, breast ...)	90 (9.0)	1161 (59.9)	<0.001	423 (44.0)	1454 (81.1)	<0.001
Boys' physical changes (beard, wet dreams ...)	204 (18.8)	174 (10.7)	<0.001	695 (67.9)	759 (47.5)	<0.001
AIDS and other sexually transmitted infections	235 (21.7)	491 (25.7)	0.026	811 (78.7)	1496 (83.3)	0.007
Pregnancy, the beginning of life	251 (23.9)	800 (41.7)	<0.001	672 (66.8)	1530 (85.3)	<0.001
Condoms and methods of contraception	110 (10.2)	211 (11.1)	0.474	721 (70.5)	1126 (63.1)	<0.001
<b>Topics related to character and emotions</b>						
How to know when I will be ready to start dating	224 (20.6)	671 (34.9)	<0.001	762 (74.5)	1436 (80.3)	0.002
How to know when I will be ready to have sex	110 (10.2)	254 (13.4)	0.022	673 (65.5)	991 (55.7)	<0.001
What "falling in love" means	278 (25.7)	648 (33.9)	<0.001	872 (85.2)	1627 (89.8)	0.001
How to continue going out with a person without having sexual relationships	181 (16.8)	509 (26.7)	<0.001	746 (72.6)	1420 (79.6)	<0.001
How to know if the person I am dating is the right one to share my future life with	281 (26.0)	702 (36.8)	<0.001	839 (81.4)	1583 (87.8)	<0.001
How to better manage my feelings and emotions	363 (33.5)	883 (46.1)	<0.001	897 (86.9)	1714 (94.4)	<0.001
How to better manage my sexual drive/passion	133 (12.3)	291 (15.4)	0.036	741 (72.2)	1170 (65.9)	0.002
How to tell the difference between desire, sexual attraction and love	185 (17.1)	469 (24.7)	<0.001	859 (83.0)	1571 (86.6)	0.023

\* Respondents marking the 4<sup>th</sup> or the 5<sup>th</sup> answer option in the question "I have talked to my parents about ...", with a five-point Likert scale labeled from a low "Nothing" to a high "A lot" score.

† Respondents saying they would like to know more about each topic.

‡ Proportions are calculated using denominators that range from 961 to 1085 (males) and from 1597 to 1937 (females) because some items were not responded by some participants.

§ p value of the adjusted Wald test taking into account the clustered sampling scheme.

pregnancies. When asked about the risk they believe may occur if one has sex with condoms, the percentages of respondents answering "none" or "I don't know" were 42.9% for risk of AIDS infection, 43.7% for risk of genital warts infection and 40.6% for pregnancy, with higher rates among boys ( $p = 0.007$ ,  $p = 0.016$  and  $p < 0.001$  respectively) (data not shown).

Attitudes toward sexism were explored by asking the youth whether they agree with media using women or men as "sexual objects", or associating femininity or masculinity to having more sexual relationships. On both items, more girls compared to boys were significantly sensitive and disapproving of sexuality being misused in advertisements (Table 3).

After adjusting for sex, age and whether institutions were public or private, the students that believe condoms are 100% effective against AIDS, STIs and pregnancies were more likely to be sexually experienced (OR= 1.59; 95% CI 1.09–2.33). Students that are approving of pornography and masculinity and femininity being equated to having more sexual encounters, were as well more likely to be sexually experienced after the adjustments mentioned above (OR= 1.69; 95% CI 1.25–2.29).

**Discussion**

The respondents of the study were representative of private and public schools of the Philippines. We performed weighted analyses in the descriptive results in order for them to be representative of Filipino students.

According to the Philippine National Statistics Office, 81% of Filipinos are Catholic, and 8.2% belong to other Christian religions [41], which is similar to our weighted sample distribution. Regarding the distribution of sex, institutions report higher enrollment ratios for girls than for boys. Specifically, in secondary education, net enrollment ratios (NER) are 54% for boys and 65% for girls

[42]. Since sex ratio (male/female) for these ages is approximately 1 [43], this means that approximately 55% of students are girls in high schools. This accounts for the higher female presence in our sample.

Referring to our paper sample of teens, the main information source about love and sexuality is friends. This is similar to studies from Sweden, USA, United Kingdom, Czech Republic and Spain [44-49]. Existing literature likewise provides evidence that media (Internet, magazines) are the second source of information, outranking parents, as happens in our male sample [45,49]. A study in Nigeria, however, sets parents in the first place among in-school girls [50].

Literature shows that communication with parents protects against early sexual initiation and against risky behaviors [51,52]. Conversely, information sources which are mostly used in our sample (peers, media) are not usually described as ideal for educating teens [46,53]. At the same time, parents' opinion regarding sexuality and other related topics is well valued by teens in our study. This is confirmed by surveys which also show parents being rated as preferred sources rather than as actual sources [47]. Furthermore, parents' attitudes toward certain risk behaviors (such as smoking and drinking alcohol) seem to be protective against those behaviors in their children [54]. This seems to show that parents' opinions are indeed taken into account when given to children. There is therefore room for further encouraging parents to talk more with their children about sexuality, including aspects related to feelings and emotions that could help them make better sexual and reproductive choices. This is specially valid for daughters, who give in our data much importance to their parents' opinion.

With regard to knowledge of sexuality, we observe that teens in most cases (specially among girls) have not talked about sexuality topics with their parents, but that they

**Table 3: Opinions on sexism**

Opinions	Male (N = 1096) n * (%)	Female (N = 1949) n * (%)	p†
I do not like it when the media (TV, ads, magazines, films...) show:			
- women as "sexual objects"; only giving importance to her body	435 (39.7)	1236 (63.4)	< 0.001
- men as "sexual objects"; only giving importance to his body	437 (39.9)	1099 (56.4)	< 0.001
I do not like it when the media (TV, ads, magazines, films ...) associate:			
- femininity to having more sexual relationships	378 (34.5)	1115 (57.2)	< 0.001
- masculinity to having more sexual relationships	378 (34.5)	1030 (52.8)	< 0.001

\* Number of respondents marking the 4<sup>th</sup> or the 5<sup>th</sup> answer option in a five-point Likert scale labeled from a low "strongly disagree" to a high "strongly agree" score.

† p value of the adjusted Wald test taking into account the clustered sampling scheme. Taking into account the 5 answer levels, the test for trend was also significant ( $p < 0.001$ ) in the four variables.

would want to know more. We must also stress that teens' desire for information is not limited to the biological aspects of sexuality. In fact, they are much interested to know more about the emotional aspects of relationships and sexuality. Examples are to know more about how to manage one's feelings and sexual drive; meaning of "falling in love"; how to know if the person one is dating is the right person; and how to tell the difference between desire, sexual attraction and love. Having a better understanding of these issues can be very useful to avoid premature sex [52], and parents agree that these aspects should be addressed [55]. Indeed, these issues are related to the perceived well-being of teens. With sex education programs concentrating on biological information [36], they are in effect highlighting topics that are of relatively lower interest to teens while downplaying education in the affective aspects of human sexuality which could be a powerful means to empower teens to make healthier life choices [56]. To our knowledge, the issue of making emphasis on affective aspects is seldom brought up in sex education policies.

Regarding sex differences in this issue, we find that, in general, girls talk more with their parents about most topics, and also want to know more. Boys only talk more about their own physical changes, and have a bigger desire to know more about these changes and about topics that might be related to their higher sexual drive.

The teens of our study also have incomplete information on some biological facts related to sexuality. Concerning condom effectiveness, for example, several studies show that condoms are "risk reduction" measures with respect to unintended pregnancies, HIV infection and other STIs and should not, therefore, be presented as "risk avoidance" measures [57-61]. We find that around 40% of respondents (even more among boys) have the wrong belief that condoms are 100% effective or report not knowing their effectiveness. This overconfidence or lack of information can lead teens to underestimate the risks they are taking [62]. Teens who believe condoms can avoid rather than reduce the risk of STIs, underestimate the benefits of abstinence and mutual monogamy, as found in previous studies [37,63,64]; this perspective may negatively affect their decision-making in sexuality. Risk compensation may come into play and increase their vulnerability to infections and unintended pregnancies [65]. Briefly, this hypothesis suggests that the introduction of new technological approaches or messages of prevention could reduce the perception of risk at the broader population level and thus worsen the compliance with other basic preventive behaviors. In the end, higher risk-taking could offset the protective benefits theoretically associated to the new approach. For example, risk compensation was described as an explanation for the initial failure

of seat belt laws to prevent road accident deaths because drivers presumed that wearing a seat belt would protect them from riskier driving [66,67]. More recently, other researchers have extended the concept of risk compensation to HIV prevention [68,69]. Campaigns mainly focusing on condom use at the population level could paradoxically lead to an increase in risky behaviors (such as the number of sexual partners), if the population perceives condoms to be absolutely safe, irrespective of specific sexual behaviors. As suggested by a recent community trial in Uganda, the overall effect of some interventions could be offset by riskier behaviors at the population level and thus hinder the targeted decrease of HIV incidence [70]. Our results are consistent with this cited paradoxical effect since the teens that falsely perceived condoms as being 100% effective were indeed more frequently sexually experienced. More might have to be done to improve the content and quality of the information conveyed to teens. While it seems important to give comprehensive information about all preventive measures, programs should be abstinence centered when targeting teens [71,72]. Teens should be clear that it is better to avoid rather than to reduce risks and they should be helped to achieve risk avoidance as it is indeed the only option 100% effective. By focusing on abstinence one can better avoid the slippery slope of risk compensation [62].

It is true that some studies about abstinence programs have found no statistically significant effects on sexual behavior [73-75]. However, some of these studies had several methodological problems, as reviewers themselves recognize, which might account for the lack of significant findings. Furthermore, other studies do find some abstinence encouraging programs being effective in both developed and developing countries [76-78]. Besides, even if lack of effects was proven, it should not be a surprise that a few hours of sex education programs in school are unable to compensate for the opposite message often conveyed by some parents, media, authorities and society in general [79]. The question is not whether to promote abstinence among teens, but rather how to achieve this.

Finally, the existing literature shows several dangers in the generalization of sexism. The American Psychological Association points out several problems associated to the sexualization of girls [80]. These include cognitive difficulties, mental health problems and risk behaviors. On the other hand, boys' exposure to pornography increases the risk of aggressiveness, rape myths and gender stereotypes, all of which may be indirectly harmful for women and equality between males and females [81-83]. In our sample, we observe that while sexism is rejected by a majority of girls, it is accepted by most boys. Most males do not seem to find anything wrong with the misuse of men or women as sexual objects, or associating masculin-

ity or femininity to having more sexual relationships. Having these aforementioned opinions and perceptions was likewise associated with a higher incidence of sexual experience in our study.

There are several limitations in our study. First of all, the cross-sectional nature of any study does not enable to easily infer causality between dependent and independent variables. However, some insight is possible to understand the teens' feelings and opinions, and how these dispositions consequently affect their behavior. Cross-sectional studies do have the advantage of being less costly and thus more efficient to obtain certain useful results. Our data do suggest sensible and plausible associations. For example, the association between perceptions and beliefs about condom effectiveness, sexism and sexual experience are consistent with the theory of risk compensation as described by other researchers [69]. In addition, reverse causation, i.e. that early sexual initiation produces incorrect knowledge about condom effectiveness, does not seem very plausible. The fact that more boys than girls want to know more about controlling their sexual drive and more girls than boys want to know more about how to manage their feelings is consistent with the natural mindset of each sex and what is expected. Aforementioned socio-demographic data are likewise consistent with existing population data for the Philippines. In summary, we did not find inconsistent responses nor important alternative explanations of our findings.

Another possible limitation is that our data is based on self-reported responses. It is notable, however, that our results are not what one would expect from respondents giving socially desirable answers. Research indicates that self-reported data such as those found in Youth Risk Behavior Surveys (YRBS) of the United States can be gathered credibly from youth surveys [84]. Internal reliability checks were used to identify the percentage of students who possibly falsify their answers. To obtain truthful answers, students were made to understand why the survey is important, and procedures were developed to protect their privacy and allow for anonymous participation.

The survey environment, questionnaire design and content, edit checks, logic within groups of questions, and some comparisons of our results with other studies give us confidence on the validity of our data.

As described in the methods section, the in-class and casual setting where the questionnaires were administered, has presumably minimized invalid responses because respondent privacy and anonymity were ensured. Furthermore, students were adequately instructed to leave any discomforting question blank. Students sat as far apart as possible throughout the survey venue and had an enve-

lope to cover their responses. Only a few skip patterns were used in the questionnaire and, in any case, they were used in such a way that the difference in the time needed to complete the questionnaire between youth with or without sexual experience was insignificant. The questionnaire was designed to suit the reading level of at least a junior high school student.

The questionnaire was previously piloted on a sample of 180 students in order to assure not only comprehension and cultural relevance of items, but also to avoid leading questions that may influence students' responses. In summary, we have no reason to believe that self-reporting could have compromised our results.

Despite its limitations, our study has several strengths. The analyses we have performed and presented are consistent with our sample being representative of the Filipino student youth. To our knowledge, this is the first representative study of a student population in the Philippines that has studied the issues of relationships, love and sexuality in such depth. Since STIs are increasing all over the world and STIs are associated to having more lifelong sexual partners, and the latter with earlier sexual initiation, the study of whether certain messages are associated to earlier sexual initiation is relevant across different cultures and countries. There are no studies associating the perception of 100% condom effectiveness with earlier sexual debut. This is the most novel aspect of our paper, and it is also the aspect presented with multivariate adjustment. Our data bring up the important issue that teens themselves are requesting more emphasis on affective aspects of human sexuality when educating them. Furthermore, beyond the issue of external validity due to the representative nature of our sample, its large sample size has enabled us to perform better statistical adjustment where needed, analyses accounting for the clustered sampling strategy and thus improve the validity of our results.

## Conclusion

Having a better understanding of what teens feel and think about relationships, love and sexuality, seems to be an important consideration in planning public health strategies to address common reproductive health problems in teen populations. This study highlights that Filipino students do not communicate as much as they would want with their parents on these issues. It seems that more can be done to improve parent-child communication as friends and the Internet are not the best information channels. Aside from improving the information source, more has to be done also to improve the content and quality of the information conveyed to teens. True informed choice and empowerment goes hand by hand with accurate information. In particular, condoms should be presented for what they are: a risk reduction strategy

and never for risk avoidance. Survey findings seriously suggest that some messages conveyed to teens can indeed be harmful as these are associated with earlier sexual initiation. More public health resources should be spent on the maintenance of the lifestyle that better protects youth, i.e., in the case of this study, a lifestyle that is truly risk avoiding and beneficial to a larger section of the targeted teens. Our data suggests teens are requesting help to achieve a healthier lifestyle, and they are in fact more interested in character education encompassing affective aspects of sexuality rather than biological information. Global strategies should seriously take this request into consideration.

### Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.

### Authors' contributions

JJ, CLB, VAB, FOG, MCC and ANT designed the study and the questionnaire. CLB, AO and JJ analyzed the data. AO and JJ made the first draft of the paper. All authors contributed to the final manuscript.

### Acknowledgements

To Intermedia Consulting, for having promoted this research project.

### References

- Maynard RA: *Kids Having Kids: Economic Costs and Social Consequences of Teen Pregnancy* Washington, DC: Urban Institute Press; 1997.
- Chesson HW, Blandford JM, Gift TL, Tao GY, Irwin KL: **The estimated direct medical cost of sexually transmitted diseases among American youth, 2000.** *Perspect Sex Reprod Health* 2004, **36(1)**:11-19.
- U.S. Pregnancy Statistics: National and State Trends and Trends by Race and Ethnicity** [<http://www.guttmacher.org/pubs/2006/09/12/USTPstats.pdf>]
- Sexually Transmitted Diseases in America: How Many Cases and at What Cost?** [[http://www.ashastd.org/pdfs/std\\_rep.pdf](http://www.ashastd.org/pdfs/std_rep.pdf)]
- Kaestle CE, Halpern CT, Miller WC, Ford CA: **Young age at first sexual intercourse and sexually transmitted infections in adolescents and young adults.** *Am J Epidemiol* 2005, **161(8)**:774-780.
- Pettifor AE, Straten A van der, Dunbar MS, Shiboski SC, Padian NS: **Early age of first sex: a risk factor for HIV infection among women in Zimbabwe.** *AIDS* 2004, **18(10)**:1435-1442.
- Wellings K, Collumbien M, Slaymaker E, Singh S, Hodges Z, Patel D, Bajos N: **Sexual behaviour in context: a global perspective.** *Lancet* 2006, **368(9548)**:1706-1728.
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, World Health Organization: *AIDS epidemic update: December 2007* Geneva (Switzerland): UNAIDS; 2007.
- State of the World Population: The Cairo Consensus at Ten: Population, Reproductive Health and the Global Effort to End Poverty** [[http://www.unfpa.org/swp/2004/pdf/en\\_swp04.pdf](http://www.unfpa.org/swp/2004/pdf/en_swp04.pdf)]
- Centers for Disease Control and Prevention: **Nationally Representative CDC Study Finds 1 in 4 Teenage Girls Has a Sexually Transmitted Disease.** *Proceedings of the 2008 National STD Prevention Conference: 2008 March 11; Chicago 2008* [<http://www.cdc.gov/STDCConference/2008/media/release-11march2008.htm>].
- Fenton KA, Breban R, Vardavas R, Okano JT, Martin T, Aral S, Blower S: **Infectious syphilis in high-income settings in the 21st century.** *Lancet Infect Dis* 2008, **8(4)**:244-253.
- Pettifor AE, Rees HV, Kleinschmidt I, Steffenson AE, MacPhail C, Hlongwa-Madikizela L, Vermaak K, Padian NS: **Young people's sexual health in South Africa: HIV prevalence and sexual behaviors from a nationally representative household survey.** *AIDS* 2005, **19(14)**:1525-1534.
- Tripp J, Viner R: **Sexual health, contraception, and teenage pregnancy.** *BMJ* 2005, **330(7491)**:590-593.
- Mehta SD, Erbelding EJ, Zenilman JM, Rompalo AM: **Gonorrhoea reinfection in heterosexual STD clinic attendees: longitudinal analysis of risks for first reinfection.** *Sex Transm Infect* 2003, **79(2)**:124-128.
- DiClemente RJ, Crosby RA, Wingood GM, Lang DL, Salazar LF, Broadwell SD: **Reducing risk exposures to zero and not having multiple partners: findings that inform evidence-based practices designed to prevent STD acquisition.** *Int J STD AIDS* 2005, **16(12)**:816-818.
- Khan A, Hussain R, Schofield M: **Correlates of sexually transmitted infections in young Australian women.** *Int J STD AIDS* 2005, **16(7)**:482-487.
- Vaccarella S, Franceschi S, Herrero R, Munoz N, Snijders PJ, Clifford GM, Smith JS, Lazcano-Ponce E, Sukvirach S, Shin HR, de Sanjose S, Molano M, Matos E, Ferreccio C, Anh PT, Thomas JO, Meijer CJ, IARC HPV Prevalence Surveys Study Group: **Sexual behavior, condom use, and human papillomavirus: pooled analysis of the IARC human papillomavirus prevalence surveys.** *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2006, **15(2)**:326-333.
- Kjaer SK, vandenBrule AJC, Bock JE, Poll PA, Engholm G, Sherman ME, Walboomers JMM, Meijer CJLM: **Determinants for genital human papillomavirus (HPV) infection in 1000 randomly chosen young Danish women with normal Pap smear: Are there different risk profiles for oncogenic and nononcogenic HPV types?** *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 1997, **6(10)**:799-805.
- Santelli JS, Morrow B, Anderson JE, Lindberg LD: **Contraceptive use and pregnancy risk among U.S. high school students, 1991-2003.** *Perspect Sex Reprod Health* 2006, **38(2)**:106-111.
- Bajos N, Leridon H, Goulard H, Oustry P, Job-Spira N, COCON Group: **Contraception: from accessibility to efficiency.** *Hum Reprod* 2003, **18(5)**:994-999.
- Lete I, Cabero L, Alvarez D, Olle C: **Observational study on the use of emergency contraception in Spain: Results of a national survey.** *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2003, **8(4)**:203-209.
- Ruiz Sanz S, Guell Perez E, Herranz Calvo C, Pedraza Moreno C: **Emergency contraception. Characteristics of the demand.** *Aten Primaria* 2002, **30(6)**:381-387.
- Rector RE, Johnson KA, Noyes LR: **Sexually Active Teenagers Are More Likely to Be Depressed and to Attempt Suicide.** *Center for Data Analysis Report* 2003, **03-04**: [<http://www.heritage.org/Research/Abstinence/cda0304.cfm>].
- Hallfors DD, Waller MW, Ford CA, Halpern CT, Brodish PH, Iritani B: **Adolescent depression and suicide risk - Association with sex and drug behavior.** *Am J Prev Med* 2004, **27(3)**:224-231.
- Lickona T: **The Neglected Heart: The Emotional Dangers of Premature Sexual Involvement.** *American Educator* 1994, **18(2)**:34-39.
- Albert B: *With One Voice: America's Adults and Teens Sound Off About Teen Pregnancy* Washington, DC: National Campaign to Prevent Teen Pregnancy; 2007.
- Dickson N, Paul C, Herbison P, Silva P: **First sexual intercourse: age, coercion, and later regrets reported by a birth cohort.** *BMJ* 1998, **316(7124)**:29-33.
- Choe MK, Lin H: **Effect of Education on Premarital Sex and Marriage in Taiwan.** *East-West Center Working Papers, Population Series* 2001, **108-16(16)**: [<http://www.eastwestcenter.org/fileadmin/stored/pdfs/POPwp10816.pdf>].
- Lacson RS, Theocharis TR, Strack R, Sy FS, Vincent ML, Osteria TS, Jimenez PR: **Correlates of sexual abstinence among urban university students in the Philippines.** *Int Fam Plan Perspec* 1997, **23(4)**:168-172.
- Marquez MP: **The Family as Protective Factor Against Sexual Risk-Taking Behavior Among Filipino Adolescents.** *Proceedings of the 2004 Annual Meeting of the Population Association of America: Boston 2004, 1-3*: [[http://paa2004.princeton.edu/download.asp?sub\\_missionId=41538](http://paa2004.princeton.edu/download.asp?sub_missionId=41538)].
- Upadhyay UD, Hindin MJ, Gultiano S: **Before first sex: Gender differences in emotional relationships and physical behaviors among adolescents in the Philippines.** *Int Fam Plan Perspec* 2006, **32(3)**:110-119.

32. Singh S, Darroch JE, Frost JJ, Study Team: **Socioeconomic disadvantage and adolescent women's sexual and reproductive behavior: The case of five developed countries.** *Fam Plann Perspect* 2001, **33(6)**:251-258.
33. Holtzman D, Rubinson R: **Parent and peer communication effects on AIDS-related behavior among US high school students.** *Fam Plann Perspect* 1995, **27(6)**:235-240.
34. Blake SM, Simkin L, Ledsky R, Perkins C, Calabrese JM: **Effects of a parent-child communications intervention on young adolescents' risk for early onset of sexual intercourse.** *Fam Plann Perspect* 2001, **33(2)**:52-61.
35. Bui ER, Goodson P: **Predictors of adolescent sexual behavior and intention: a theory-guided systematic review.** *J Adolesc Health* 2007, **40(1)**:4-21.
36. **Primera Encuesta Nacional de Juventud, Costa Rica 2008** [[http://unfpa.or.cr/dmdocuments/Encuesta\\_Juventud.pdf](http://unfpa.or.cr/dmdocuments/Encuesta_Juventud.pdf)]
37. Instituto Nacional de Estadística: **Salud y hábitos sexuales.** *Cifras INE Boletín informativo del Instituto Nacional de Estadística* 2004, **4**: [[http://www.ine.es/revistas/cifraine/cifine\\_sida0704.pdf](http://www.ine.es/revistas/cifraine/cifine_sida0704.pdf)].
38. Vittinghoff E, McCulloch CE: **Relaxing the rule of ten events per variable in logistic and Cox regression.** *Am J Epidemiol* 2007, **165(6)**:710-718.
39. Hosmer DW, Lemeshow S: *Applied logistic regression* New York etc.: Wiley & Sons; 1989.
40. Stata Corp: *STATA Survey Data. Reference Manual. Release 9* College Station, Texas: Stata Press; 2005.
41. **2000 Census of Population and Housing** [<http://www.census.gov/ph/data/pressrelease/2003/pr0323tx.html>]
42. UNICEF: *The State Of The World's Children 2006. Excluded and invisible* New York: UNICEF; 2005.
43. **The 2008 World Factbook** [<https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/>]
44. Wallmyr G, Welin C: **Young people, pornography, and sexuality: sources and attitudes.** *J Sch Nurs* 2006, **22(5)**:290-5.
45. **National Survey of Adolescents and Young Adults: Sexual Health Knowledge, Attitudes and Experiences** [<http://www.kff.org/youth/hivstds/upload/National-Survey-of-Adolescents-and-Young-Adults.pdf>]
46. Epstein M, Ward LM: **"Always Use Protection": Communication boys receive about sex from parents, peers, and the media.** *Journal of Youth and Adolescence* 2008, **37(2)**:113-126.
47. Maccowall W, Wellings K, Mercer CH, Nanchahal K, Copas AJ, McManus S, Fenton KA, Erens B, Johnson AM: **Learning about sex: Results from Natsal 2000.** *Health Education & Behavior* 2006, **33(6)**:802-811.
48. Weiss P, Zverina J: **Sources of information concerning sexuality in the Czech Republic population.** *Ceskoslovenska Psychologie* 1999, **43(1)**:61-66.
49. Lara Ortega F, Heras Sevilla D: **Formación sobre sexualidad en la primera etapa de la adolescencia. Datos obtenidos en una muestra de 2º y 3º de ESO en Burgos.** *International Journal of Developmental and Educational Psychology* 2008, **1(1)**:241-248.
50. Nwagwu WE: **The Internet as a source of reproductive health information among adolescent girls in an urban city in Nigeria.** *BMC Public Health* 2007, **7**:354.
51. Aspy CB, Vesely SK, Oman RF, Rodine S, Marshall L, McLeroy K: **Parental communication and youth sexual behaviour.** *J Adolesc* 2007, **30(3)**:449-466.
52. Martino SC, Elliott MN, Corona R, Kanouse DE, Schuster MA: **Beyond the "Big Talk": The roles of breadth and repetition in parent-adolescent communication about sexual topics.** *Pediatrics* 2008, **121(3)**:E612-E618.
53. Bar-on ME, Broughton DD, Buttross S, Corrigan S, Gedissman A, de Rivas MRGD, Rich M, Shifrin DL, Comm Public Educ: **Sexuality, contraception, and the media.** *Pediatrics* 2001, **107(1)**:191-194.
54. Cruz GT, Laguna EP, Raymond CM: **Family influences on the lifestyle of Filipino Youth.** *East-West Center Working Papers, Population Series* 2001, **108-8(8)**: [<http://www.eastwestcenter.org/fileadmin/stored/pdfs/POPwp10808.pdf>].
55. **Sex Education in America: General Public/Parents Survey** [<http://www.kff.org/newsmedia/7017.cfm>]
56. de Irala J, Gómara Urdiain I, López del Burgo C: **Analysis of content about sexuality and human reproduction in school textbooks in Spain.** *Public Health* 2008, **122(10)**:1093-1103.
57. **Effectiveness of male latex condoms in protecting against pregnancy and sexually transmitted infections** [<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs243/en/>]
58. Trussell J: **Contraceptive failure in the United States.** *Contraception* 2004, **70(2)**:89-96.
59. Weller S, Davis K: **Condom effectiveness in reducing heterosexual HIV transmission.** *Cochrane Database Syst Rev* 2002:D003255.
60. Winer RL, Hughes JP, Feng QH, O'Reilly S, Kiviat NB, Holmes KK, Koutsky LA: **Condom use and the risk of genital human papillomavirus infection in young women.** *N Engl J Med* 2006, **354(25)**:2645-2654.
61. Crosby RA, DiClemente RJ, Wingood GM, Lang D, Harrington KF: **Value of consistent condom use: A study of sexually transmitted disease prevention among African American adolescent females.** *Am J Public Health* 2003, **93(6)**:901-902.
62. de Irala J, Alonso A: **Changes in sexual behaviours to prevent HIV.** *Lancet* 2006, **368(9549)**:1749-1750.
63. Menkes C, Suárez L, Núñez L, González S: *La salud reproductiva de los estudiantes de educación secundaria y media superior de Chiapas, Guanaajuato, Guerrero, Puebla y San Luis Potosí Cuernavaca (México):* Universidad Nacional Autónoma de México, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias; 2006.
64. **Encuesta Nacional de Juventud 2005** [<http://cendoc.imjuventud.gob.mx/investigacion/docs/ENJ2005%20SEXUALIDAD.xls>]
65. Alonso A, de Irala J: **Strategies in HIV prevention: the A-B-C approach.** *Lancet* 2004, **364(9439)**:1033-1033.
66. McCarthy M: **The Benefit of Seat-Belt Legislation in the United-Kingdom.** *J Epidemiol Community Health* 1989, **43(3)**:218-222.
67. Adams JGU: **Seat-Belt Legislation – the Evidence Revisited.** *Saf Sci* 1994, **18(2)**:135-152.
68. Richens J, Imrie J, Copas A: **Condoms and seat belts: the parallels and the lessons.** *Lancet* 2000, **355(9201)**:400-403.
69. Cassell MM, Halperin DT, Shelton JD, Stanton D: **Risk compensation: the Achilles' heel of innovations in HIV prevention?** *BMJ* 2006, **332(7541)**:605-607.
70. Kajubi P, Kanya MR, Kanya S, Chen S, McFarland W, Hearst N: **Increasing condom use without reducing HIV risk – Results of a controlled community trial in Uganda.** *J Acquir Immune Defic Syndr* 2005, **40(1)**:77-82.
71. Halperin DT, Steiner MJ, Cassell MM, Green EC, Hearst N, Kirby D, Gayle HD, Cates W: **The time has come for common ground on preventing sexual transmission of HIV.** *Lancet* 2004, **364(9449)**:1913-1915.
72. Cabezon C, Vigil P, Rojas L, Leiva ME, Riquelme R, Aranda W, Garcia C: **Adolescent pregnancy prevention: an abstinence-centered randomized controlled intervention in a Chilean public high school.** *J Adolesc Health* 2005, **36(1)**:64-69.
73. Kohler PK, Manhart LE, Lafferty WE: **Abstinence-only and comprehensive of sexual activity and sex education and the initiation teen pregnancy.** *J Adolesc Health* 2008, **42(4)**:344-351.
74. Underhill K, Montgomery P, Operario D: **Sexual abstinence only programmes to prevent HIV infection in high income countries: systematic review.** *BMJ* 2007, **335(7613)**:248-252.
75. Kirby DB: **The Impact of Abstinence and Comprehensive Sex and STD/HIV Education Programs on Adolescent Sexual Behavior.** *Sexuality Research and Social Policy* 2008, **5(3)**:18-27.
76. Kim CC, Rector R: **Abstinence Education: Assessing the Evidence.** *Backgrounder* 2008, **2126**: [<http://www.heritage.org/Research/Welfare/bg2126.cfm>].
77. Kirby DB, Laris BA, Roller LA: **Sex and HIV education programs: Their impact on sexual behaviors of young people throughout the world.** *Journal of Adolescent Health* 2007, **40(3)**:206-217.
78. O'Leary A, Jemmott J, Jemmott L, Icard L, Bellamy S: **Mediation analysis of an effective HIV prevention for Xhosa adolescents in Eastern Cape, South Africa.** *Proceedings of the XVII International AIDS Conference: 3-8 August, 2008; Mexico City, Mexico* 2008:138 [[http://www.aids2008-abstracts.org/aids2008\\_book\\_vol2\\_web.pdf](http://www.aids2008-abstracts.org/aids2008_book_vol2_web.pdf)].
79. de Irala J: **Sexual abstinence education. What is the evidence we need?** *BMJ Fast response* 2007 [<http://www.bmj.com/cgi/eletters/335/7613/248>].
80. **Report of the APA Task Force on the Sexualization of Girls** [<http://www.apa.org/pi/wpo/sexualization.html>]

81. Allen M, D'Alessio D, Brezgel K: **A metaanalysis summarizing the effects of pornography II. Aggression after exposure.** *Human communication research* 1995, **22(2)**:258-283.
82. Allen M, Emmers T, Gebhardt L, Giery MA: **Exposure to Pornography and Acceptance of Rape Myths.** *J Commun* 1995, **45(1)**:5-26.
83. Frable DES, Johnson AE, Kellman H: **Seeing masculine men, sexy women, and gender differences: Exposure to pornography and cognitive constructions of gender.** *J Pers* 1997, **65(2)**:311-355.
84. Centers for Disease Control and Prevention: **Youth Risk Behavior Surveillance-United States, 2007.** *Morbidity and Mortality Weekly Report, Surveillance Summaries* 2008, **57(SS04)**:1-131.

### Pre-publication history

The pre-publication history for this paper can be accessed here:

<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/9/282/prepub>

Publish with **BioMed Central** and every scientist can read your work free of charge

*"BioMed Central will be the most significant development for disseminating the results of biomedical research in our lifetime."*

Sir Paul Nurse, Cancer Research UK

Your research papers will be:

- available free of charge to the entire biomedical community
- peer reviewed and published immediately upon acceptance
- cited in PubMed and archived on PubMed Central
- yours — you keep the copyright

Submit your manuscript here:  
[http://www.biomedcentral.com/info/publishing\\_adv.asp](http://www.biomedcentral.com/info/publishing_adv.asp)

