

**Universidad de Zaragoza
Facultad de Ciencias de la Salud**

***Master de Iniciación a la Investigación
en Ciencias de la Enfermería***

Curso Académico 2017/18

TRABAJO FIN DE MASTER

"Los retos para la salud afectivo – sexual en la adolescencia:
Generación Z"

"Challenges for sexual – affective health in adolescence:
Generation Z"

Autor/a: Sara Andrés Rueda

Director/a: Ángel Gasch Gallén



ÍNDICE

RESUMEN	3
INTRODUCCIÓN	3
Justificación del estudio	4
Planteamiento del problema de investigación	5
Antecedentes y estado del tema	5
Objetivos	14
Hipótesis	14
MÉTODO	15
Diseño del estudio y población	15
Elaboración del marco conceptual	15
Procedimiento	16
Fuentes y recogida de información	16
Instrumentos	17
Análisis de los datos	18
RESULTADOS	19
Características sociodemográficas	19
Relación familiar y situaciones de comunicación	19
Características de la sexualidad	20
Fiesta y consumo de sustancias	20
Uso de redes sociales	21
Conocimientos acerca de ITS y prácticas sexuales de riesgo	21
Generación Z según estereotipos de género	22
Estereotipos de género, variables socio-económicas, relación familiar y prácticas sexuales	23
DISCUSIÓN	24
CONCLUSIONES	31
ANEXOS	32

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Características sociodemográficas de la población	32
Tabla 2: Características comunicación sexual familiar.....	33
Tabla 3: Características y actitudes acerca de la sexualidad.....	33
Tabla 4: Prácticas de riesgo de fiesta asociadas a la sexualidad.....	34
Tabla 5: Prácticas de riesgo acerca de redes sociales relacionadas con la sexualidad	35
Tabla 6: Conocimientos básicos acerca de ITS y prácticas sexuales de riesgo	35
Tabla 7: Matriz de componente rotado BSRI – 12	36
Tabla 8 Matriz de correlaciones ítems BSRI – 12.....	36
Tabla 9: Asociación entre roles de género y resto de variables de estudio	37

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico A:Distribución de la funcionalidad familiar	38
Gráfico B:Medias APGAR familiar según zona de vivienda	38
Gráfico C:Distribución de la población por roles de género	39

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS 40

DICTAMEN FAVORABLE CEIC ARAGÓN 47

ENCUESTA 48



RESUMEN

La adolescencia constituye el periodo de transición a la edad adulta, caracterizado por cambios que persiguen la búsqueda y consolidación de identidad. La sexualidad es un componente fundamental del desarrollo adolescente en el que los roles de género desempeñan un importante papel. El objetivo de la investigación fue analizar la asociación entre variables socio-demográficas, comunicación familiar y prácticas sexuales con los estereotipos de género de las y los adolescentes de segundo de Bachiller en diferentes Institutos de Zaragoza durante el curso 2017-2018. Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal, que incluyó 105 adolescentes con edad entre 17 y 19 años. Las variables descriptivas mostraron como resultado elevado porcentaje en las prácticas sexuales de riesgo. El análisis factorial del Inventory de Roles de Género (BSRI-12) mostró un alfa de Cronbach de 0,655 y caracterizó a la mayor parte de la población como indiferenciados. El estudio bi-variado para comprobar la asociación entre variables estas mostró asociación significativa $p<0,001$ entre los roles de género y el sexo, la zona de vivienda y el instituto. Los adolescentes se separan cada vez más de los roles tradicionales asignados en el contexto social mientras aumentan las prácticas de riesgo. **Palabras clave:** adolescencia, conductas de riesgo, género, internet, redes sociales, salud sexual, sexualidad

ABSTRACT

Adolescence constitutes the transition period to adulthood, characterized by changes that pursue the search and consolidation of the identity. Sexuality is an essential component of adolescent development in which gender roles play an important role. The aim of the study was to analyse the association between socio-demographic variables, family communication and sexual practices with the gender stereotypes of adolescents of second year from three different Zaragoza's Seconday Schools during the 2017-2018 course. An observational, descriptive and cross-selectional study was conducted, which included 105 teenagers between 17 -19 years. Descriptive variables showed a high porcentaje of risky sexual practices. Factor analysis of the Inventory of Gender Roles (BSRI-12) showed 0,655 Cronbach's alpha and characterized most of population as undifferentiated. Bi-varied study showed a significant association $p<0,001$ between gender roles and sex, neighborhood and highschool. Teenagers are separatig themselves from traditional roles assigned in social context while sexual risk practices increases. **Key words:** adolescence, health risk behavior, gender, internet, social media, sexual health, sexuality



INTRODUCCIÓN

JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

El inicio de la vida sexual activa en la población adolescente se ha adelantado de manera evidente en los últimos años. En muchas ocasiones, las relaciones se inician sin información, y se actúan de manera impulsiva sin medir las consecuencias, ni inmediatas ni futuras.

Para reducir al máximo los posibles comportamientos sexuales de riesgo, es fundamental la educación sexual. Respecto a las características definitorias de una adecuada Educación Sexual, esta debe tratarse de un proceso lento y gradual, a lo largo de todo el ciclo vital, que mantenga una perspectiva integradora de la sexualidad. Compuesta tanto de conceptos como actitudes y comportamientos, tiene por objetivo principal mejorar la calidad de vida de las personas, fundamentándose con el conocimiento de uno/a mismo/a y de la propia identidad, transmitiendo actitudes positivas hacia la sexualidad.

Los y las adolescentes reciben a diario una “educación sexual” masiva a través de los medios de comunicación, tanto en Internet, como a través de programas de TV, foros o aplicaciones; una sexualidad mayoritariamente física, desprovista deliberadamente o no del componente emocional y afectivo.

La necesidad de una educación integral en sexualidad y anticoncepción dirigida a jóvenes españoles es una prioridad. Tanto los institutos, como las familias y los profesionales sanitarios, son fuentes de educación para la salud. La importancia de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, deben ser un campo en el cual los profesionales en enfermería se comprometan a expandir campos y abrir nuevos horizontes en la temática de la sexualidad holística.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

El presente Trabajo Fin de Máster plantea como problema el desconocimiento de las y los jóvenes adolescentes en cuanto a las consecuencias que conllevan las prácticas sexuales de riesgo; en materia anticonceptiva y de enfermedades de transmisión sexual. Esto, ligado a la influencia de Internet y el auge de las redes sociales como vía principal de comunicación adolescente junto con el abuso del alcohol y otras drogas, son factores que propician las prácticas de riesgo sexuales, condicionando el diagnóstico y presencia de posibles enfermedades y la consecuente asistencia a los servicios de salud.

El papel de la Enfermería en la educación para la salud, es una de las premisas básicas en el desempeño de la profesión. Las actividades de promoción de salud y prevención de enfermedades y situaciones de vulnerabilidad son indispensables en esta fase de descubrimientos, desafíos, vivencias y expectativas que influyen en la construcción de la personalidad adolescente.

ANTECEDENTES Y ESTADO DEL TEMA

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la adolescencia se refiere a la etapa de crecimiento y desarrollo humano comprendida entre los 10 a los 19 años.¹

Durante este periodo, la corporalidad asume un importante aspecto, caracterizada por cambios físicos, fisiológicos y sociales que se producen con rapidez. Estos cambios son profundos, notables y están condicionados por diversos procesos biológicos; el individuo adquiere la capacidad reproductiva, siendo una etapa de transición que pasa desde los patrones psicológicos de la infancia al periodo adulto, los cuales pueden tener impactos tanto positivos como negativos que pueden arrastrarse a lo largo de la vida.²

El inicio de la etapa adolescente no se establece de forma consensuada en una determinada edad, sino que la adolescencia depende de diversas perspectivas. Las características del desarrollo psicosocial sano en la adolescencia son el resultado de la interacción entre el desarrollo alcanzado en las etapas previas del ciclo vital. Su inicio se asocia generalmente a factores biológicos inherentes a esta etapa (el desarrollo puberal y el desarrollo cerebral propio de este periodo, fenómeno a la vez relacionado con los cambios hormonales) y su término a hitos psicosociales; la influencia de múltiples determinantes sociales y culturales (adopción de roles y responsabilidades).



Además, muestra diferencias específicas derivadas de factores como el sexo y etnia del joven o el ambiente en el que se produce (urbano o rural, nivel socioeconómico y educacional, tipo de cultura etc.) Así, se presenta un patrón progresivo de 3 fases en la adolescencia, en la que no existe ni uniformidad ni homogeneidad respecto a los rangos etarios:

1. Adolescencia temprana: desde los 10 a los 13-14 años.
2. Adolescencia media: desde los 14-15 a los 16-17 años.
3. Adolescencia tardía: desde los 17-18 en adelante.³

La adolescencia se caracteriza por ser un periodo en el que prima la necesidad de integración social, la búsqueda y el desarrollo de la personalidad, la definición sexual de la propia identidad y el descubrimiento de las limitaciones de cada adolescente. Sin embargo, algunas características sobresalen más que otras como son el crecimiento emocional e intelectual, las relaciones interpersonales y la experimentación de las emociones y la sexualidad. Junto a estos cambios, se suma el crecimiento de la autonomía e independencia de la familia, ligados a la adopción de nuevos comportamientos y experiencias que pueden representar importantes factores de riesgo para la salud; sexo sin protección, no seguir una dieta equilibrada, inactividad física o el uso de drogas (incluyendo alcohol y tabaco). Las consecuencias de adoptar estas conductas conllevan a enfrentarse a infecciones de transmisión sexual (ITS), embarazos no deseados, accidentes y violencia, así como otras enfermedades crónicas no trasmisibles.⁴

Todos estos cambios son esenciales para que el ser humano alcance la madurez y sea parte de una sociedad considerado como adulto, pero, sobre todo, la adolescencia es una etapa de la vida que combina a ciudadanos de pleno derecho competentes para desenvolverse en los roles activos que ofrece la sociedad, capaces de tener e incorporar valores y actitudes ciudadanas que les permitan vivir de forma independiente. En esta etapa de la vida, también hay una mayor exposición a diferentes situaciones de conflicto, violencia y exclusión, teniendo en cuenta el aumento de la convivencia y el contacto social. En esta búsqueda, la sexualidad se revela como un elemento constitutivo elemental del desarrollo y proceso adolescente.⁵

La sexualidad humana es una dimensión de la personalidad que se expresa a nivel individual y en convivencia con otras personas, a través de los vínculos emocionales y



que contempla cuatro características fundamentales: erotismo, vinculación afectiva, género y reproductividad. La sexualidad debe ser un proceso integrador, de tal modo que facilite la compresión holística de los cambios que los alumnos experimentan en la pubertad y adolescencia.⁶ Dentro de la investigación sobre la salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes, y de su bienestar, los roles de género desempeñan un importante papel, siendo indicadores de desigualdades entre chicos y chicas.⁷

El género es aquello considerado por la sociedad como el conjunto de roles y comportamientos socialmente construidos, rasgos de personalidad, actitudes y valores que se consideran socialmente apropiados de acuerdo al sexo (características biológicas y fisiológicas que definen a una persona como hombre o mujer). Lo que se espera de uno y otro género varía de una cultura a otra y puede cambiar con el tiempo.⁸

Históricamente, la masculinidad y la feminidad fueron conceptualizadas como extremos opuestos, y vinculados exclusivamente al sexo biológico.⁹ Fue Sandra Bem (1974) la que profundizó en este concepto desarrollando el Inventario de Roles Sexuales (BSRI), una escala que mide diferentes características clasificándolas en instrumentales – masculinas y expresivas – femeninas.¹⁰ Bem fue la primera en conceptualizar los roles de género como algo no exclusivo masculino y femenino; definiendo un tercer rol: andrógino, que combina características masculinas y femeninas, y una cuarta categoría: indiferenciado, aquellos individuos que obtienen bajas puntuaciones en características tanto femeninas como masculinas. Según el modelo de Bem, aquellos que se identifican como “andróginos” se postulan a ser más adaptativos en su entorno, así como tener una mejor salud mental y mayores competencias.¹¹

A pesar de las nuevas categorías propuestas, en la mayoría de las sociedades se considera que hay solo dos géneros y cualquier forma de conducta, identidad o relación diferentes pueden generar una serie de estereotipos, prejuicios e incluso discriminación que contribuyen a las desigualdades de género. Esto permite entender y contextualizar fenómenos como la violencia de género, cada vez más extendida entre parejas adolescentes, situaciones de vulnerabilidad que favorecen comportamientos sexuales inseguros o las formas de rechazo que sufre el colectivo de personas lesbianas, gays, transexuales, bisexuales e intersexuales (LGTBI).¹²



Las normas de género operan a nivel individual, interpersonal y en el marco político-social en la formación de la salud afectivo – sexual de los adolescentes, ya que las actitudes personales relacionadas con estas normas tienden a intensificarse durante el periodo de la adolescencia temprana; periodo en la que se comienza a experimentar y expresar la sexualidad y en la que estos cultivarán las creencias que tendrán de sí mismos y de los/as demás así como las diferentes opciones, oportunidades y limitaciones sociales.^{7,8}

En la actualidad, gran parte de la población adolescente está expuesta a los riesgos inherentes a las dinámicas sociales y las relaciones interpersonales que se construyen, lo que ha generado un modelo de sociedad en apariencia más multicultural, tolerante e incluyente en ciertos temas de comportamiento, sobre todo relacionado con las prácticas sexuales.¹³

El surgimiento de las nuevas tecnologías ha influenciado y transformado la sociedad; las relaciones humanas cambian y se adaptan a la organización social del contexto histórico.¹⁴ La gran expansión de Internet y el avance de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) ha permitido que podamos estar conectados de forma permanente con todo el mundo y ha modificado la forma en la que nos comunicamos con los demás en un contexto que, a su vez, permite el entretenimiento, la información, el desarrollo de habilidades y nuevas características de interrelación social.

¹⁵

En cada época se observan características psicosociales que definen a las personas que nacieron en ella y se establecen categorías generacionales para poder identificarlas y ubicarlas en torno a determinados sucesos de las circunstancias que les ha tocado vivir. La Generación Z, que abarca los nacidos a partir del año 2000 y de acuerdo con el Informe Ejecutivo de la Generación “Z”, referido en ATREVIA (2016), se caracteriza por una generación de “nativos digitales”, inmersa en la integración de la tecnología digital, aplicada a todos ámbitos de la vida. Los adolescentes están creciendo en una sociedad donde el privilegio es dirigido a la indagación a través de las nuevas tecnologías y la ruptura de la dependencia espacio temporal.¹⁴

Uno de los elementos actuales que está teniendo mayor impacto lo constituyen las Redes Sociales, que ha traído consigo la aparición de diversas aplicaciones (Apps), entre las que se encuentran como más populares: Whatsapp, Instagram, Snapchat o



Facebook entre otras. Su uso se ha expandido a todas las edades, aunque son especialmente populares entre adolescentes y jóvenes adultos.¹⁵

A través de la creación de un perfil, los usuarios pueden exhibir información personal, con la finalidad de dar a conocer a otros el estado y las características de uno mismo, y así desarrollar vínculos de confianza. Esta información es importante para el desarrollo de la identidad; aspecto esencial en el desarrollo de los adolescentes, en la que se persigue una personalidad sólida y estable en el tiempo, aspirando a un buen acoplamiento entre ideal de vida para el individuo y la sociedad en la que vive. El manejo de las redes sociales pueden favorecer o dificultar la construcción de la identidad de los adolescentes ya que el grupo de pares pasa a ser muy relevante, y se transforma en un referente para ir modulando ciertos aspectos personales, dependiendo de la retroalimentación que se reciba.¹⁶

La Generación Z vive inmersa en las redes sociales, gracias al uso de los *smartphones*, haciendo que estos sean una extensión de sí mismos. Según una encuesta realizada por Universia (España), el 51% de adolescentes se considera dependiente del móvil y el 37% considera imprescindible llevarlo siempre encima.¹⁷

Más de 50 años de investigación acerca de los medios de comunicación confirman la significante influencia que estos tienen en la salud de los adolescentes; estos pasan más tiempo con los medios de comunicación que con cualquier otra actividad, excepto dormir (una media de > de 7 horas por día).¹⁸ Los y las adolescentes tienen la oportunidad de experimentar relaciones virtuales, pudiéndose mostrar tal y como les gustaría ser y no como realmente son, en situaciones que, cara a cara, les resultaría embarazoso. Se trata además de un grupo de población que no ha recibido ningún tipo de información previa sobre el uso adecuado de redes sociales, ni advertencias sobre sus riesgos potenciales.¹⁹

En 2012, el Comité Económico y Social Europeo estableció como riesgos asociados al uso de redes sociales: atentados a la salud física y mental de los usuarios; traumas psicológicos provocados por los insultos transmitidos por medio de dichos servicios, acoso sexual: exhibición de fotografías y videos de adolescentes desnudos o semidesnudos; violaciones reiteradas de la privacidad y la dignidad personal. Aspectos relacionados con el autoconcepto, autoestima o la ideología del rol sexual, comparten estrecha relación entre actitudes hacia la sexualidad y conductas sexuales, actitudes



sexistas y violencia de género u otras formas de violencia como llamamientos al racismo, LGTBfobia y a la xenofobia, e incluso suicidio de jóvenes como consecuencia de la divulgación de determinadas situaciones íntimas.¹⁹

Asimismo, las redes sociales tienen la capacidad de crear comportamientos adictivos ya que al estar este tipo de comunicación permanentemente activa, provoca, sobre los adolescentes, alteraciones de la salud mental, como ansiedad; depresión, obsesiones, trastornos del sueño y alteraciones de la personalidad. De esta forma se pierde la noción del tiempo y se olvidan las obligaciones y demás actividades, con la facilidad de aislarse de lo que sucede alrededor o el desinterés por otros temas.¹⁹

A pesar de estar informados sobre los riesgos de Internet, perciben de manera distinta entornos como el de las redes sociales, que consideran más seguro y privado y alejado de los peligros vinculados a Internet. Las *apps* que posibilitan la comunicación directa e individualizada, como las de mensajería instantánea (WhatsApp, Instagram, Snapchat), incrementan a confianza y sensación de intimidad, aunque el entorno en el que estas operan sea el de Internet.²⁰

La omnipresencia de contenidos sexuales en la era digital se ha incrementado significativamente, y ello se ha debido, en buena parte, a que los avances tecnológicos han contribuido a que la recolección y distribución de material sexual sean acciones mucho más rápidas y fáciles de llevar a cabo. En este contexto, el fenómeno *sexting* hace referencia al envío, recepción o reenvío de mensajes, imágenes o fotografías explícitamente sexuales a otras personas, principalmente a través de diferentes *apps* de los *smartphones*.²¹ Este fenómeno, es cada vez más característico en las conversaciones entre adolescentes es considerado como un nuevo tipo de comunicación que forma parte de las formas actuales de diversión, ligar y de la experimentación de la identidad entre adolescentes.²² No obstante, esta conducta conlleva una serie de riesgos potencialmente negativos para los y las adolescentes, ya que pueden intervenir en el correcto desarrollo psicológico, afectivo y social. Una de las cuestiones que más emerge en las investigaciones internacionales sobre el *sexting* es la influencia de los estereotipos de género (Ringrose et al. 2013) reconociendo que las chicas se ven más afectadas de las consecuencias negativas de las conductas de *sexting*, y poniendo de manifiesto que ellas son más presionadas y coaccionadas por los chicos para llevar a cabo estos comportamientos y a la vez, juzgadas con mayor dureza por sus compañeros/as.²³



Aspectos como la cantidad de tiempo que se pasa en internet , la práctica de *sexting* o compartir información con extraños, incluidas fotos o mensajes, son un factor de riesgo asociado a ser víctima de acoso mientras navegan y experimentan con las redes sociales, ya sea en forma de *ciberbullying* (acoso entre iguales incluyendo chantaje, vejaciones e insultos) o *grooming* (acoso ejercido por un adulto con el fin de establecer una relación y un control emocional sobre menores preparando el terreno para el abuso sexual), que pueden llevar asociados trastornos de tipo físico y psicológico.²⁴ Esto supone que padres y madres deberán afrontar nuevos riesgos inherentes a la socialización de sus hijos a través de Internet y nuevas redes sociales. Para Plaza de la Hoz (2017) las familias tienen un papel clave en el desarrollo de un uso saludable de la tecnología por parte de los menores, empoderándolos con autonomía y autocontrol.²⁵

Existe una amplia literatura que analiza los cambios producidos en el modelo de familia durante el último siglo y sus efectos en el sistema de valores, comunicación, ideas y normas de la vida cotidiana.²⁶ La forma de vida y la cultura que caracteriza nuestra sociedad han hecho complicada la comunicación fluida sobre relaciones sexuales. En esta parcela, la familia toma un papel destacado pues es el lugar donde se dan las redes fundamentales del conocimiento, habilidades, conductas e interacción social. De ésta dependen las distintas formas de asumir responsabilidades ante situaciones de salud.²⁷

La comunicación sexual familiar puede verse inhibida por muchos padres, bien por diversos factores como la falta de conocimientos, habilidades o comodidad que pueden impedir el cumplimiento de ese rol²⁸ o debido a la subestimación que estos tienen del comportamiento sexual adolescente. Esto puede dificultar a los padres abordar de manera efectiva las necesidades de desarrollo de los adolescentes y podría privar la adquisición de conocimientos en materia sexual que ayudarían a evitar conductas sexuales de riesgo. En la transición a la adolescencia media es cuando se comienzan la mayoría de relaciones sexuales; necesitando éstos información y apoyo sobre cómo lidiar con situaciones sociales relacionadas con el sexo y las relaciones. Sin embargo, crece la independencia hacia los padres y se expande el uso de redes sociales, así como la influencia que tienen los pares. En este aspecto, los padres se tienen que enfrentar al reto que supone afrontar la sexualidad emergente en esta transición al periodo adulto. Las barreras que se pueden encontrar incluyen una falta de precisión en cuanto a la información que disponen sobre salud sexual, incomodidad para hablar sobre el sexo o



la percepción de que los adolescentes no están listos para hablar sobre sexo o para comenzar la actividad sexual.²⁹

La educación en salud sexual y reproductiva (SSR) constituye un derecho, y para disfrutarlo, los adolescentes necesitan conocer las medidas y los medios para prevenir conductas no saludables, así como la preparación necesaria para que puedan vivir su sexualidad de una forma plena y responsable.³¹

El inicio de las relaciones sexuales es muy variable entre las personas y, sin embargo, la precocidad y la promiscuidad de nuestros jóvenes adolescentes parece que ha ido en aumento estos últimos años.³⁰ La primera relación sexual se inicia cada vez a edades más tempranas, lo que produce un patrón de desarrollo sexual en los adolescentes que no va aparejado con la maduración psicológica. Esto condiciona un manejo inadecuado de la sexualidad, que los relaciona con otras prácticas de riesgo como ITS o embarazos no deseados. El problema no radica en que los adolescentes sean sexualmente activos, sino que no cuentan con una preparación y orientación para una conducta sexual responsable.³¹ Además, el consumo excesivo de alcohol y otras sustancias son factores desencadenantes para llevar a cabo comportamientos de riesgo sexuales; se ha observado como el abuso de alcohol reduce las habilidades para negociar sexo seguro o influye en que no se utilice el preservativo.³²

Las ITS son un importante problema de salud pública tanto por su morbilidad como por sus complicaciones y secuelas si no se realiza un diagnóstico y un tratamiento precoz. Así mismo, existe una importante interrelación con la infección por el VIH. Las ITS aumentan el riesgo de adquisición y trasmisión del VIH a través de distintos mecanismos que modifican la susceptibilidad del huésped y por otra parte, la presencia de VIH puede modificar la presentación clínica de las ITS. Las condiciones socio – económicas, culturales y conductas sexuales determinan la vulnerabilidad de las ITS. Además, el estigma que generan y el hecho de que la mayoría se presente de forma asintomática o subclínica, genera una menor detección de casos.³³

Estadísticas actuales muestran que las poblaciones con mayor riesgo para contraer una ITS son los adolescentes y jóvenes adultos. A nivel mundial, más de la mitad de infecciones se producen en la población de entre 15 y 24 años. La OMS notifica que más de un millón de personas se infectan cada día de alguna ITS y el 60% de ellas (unas 600.000) son menores de 25 años.³⁴



En España, casi la mitad de los diagnósticos (46.6%) por VIH se realizan tardíamente (entendiendo por tardío la presencia de una cifra de CD4 inferior a 350 células/ μ l). Teniendo en cuenta el periodo de incubación del VIH, estos datos sugieren que una proporción significativa de las infecciones diagnosticadas durante la etapa adulta e contrajeron en la adolescencia o la primera juventud. La estrategia principal para promocionar la prueba del VIH consiste en su ofrecimiento desde atención primaria, de forma gratuita y confidencial. Los servicios especializados en prevención de SIDA e ITS también ofrecen la prueba con un tratamiento anónimo de los datos. Pero a pesar de la facilidad de acceso a la prueba, se estima que más del 30% de las personas con VIH en España desconocen su estado serológico, lo que dificulta la estimación real del alcance de la enfermedad y obstaculiza el inicio temprano del tratamiento farmacológico. Identificar las barreras hacia la prueba de detección del VIH en jóvenes adolescentes es crucial para facilitar el diagnóstico precoz.³⁵

La revisión de estudios sobre el tema pone de manifiesto que un gran número de programas de intervención en el colegio, se centra en la prevención de ITS, particularmente de VIH, así como de los embarazos no deseados. Sin embargo, dichas intervenciones deben ir más allá de los aspectos asociados al sexo. En este sentido, La *International Planned Parenthood Federation* (IPPF) propone la *ESI* (Educación Sexual Integral); una intervención educativa para mejorar conocimientos, actitudes y habilidades en siete ámbitos: el género, la salud sexual y reproductiva, la ciudadanía sexual, el placer, la violencia, la diversidad y las relaciones. La evidencia a nivel internacional demuestra que la *ESI* se asocia con mejores conocimientos, mejores resultados en SSR y menos prácticas de riesgo.³⁶

OBJETIVOS

Objetivo general:

1. Analizar la asociación entre variables socio-demográficas, comunicación familiar y prácticas sexuales con los estereotipos de género de las y los adolescentes de 2º de Bachiller en diferentes Institutos de Zaragoza durante el curso 2017-2018, pertenecientes a la Generación Z.

Objetivos específicos:

1. Describir las variables socio-económicas, situaciones de comunicación familiar y prácticas sexuales (sexualidad, consumo de sustancias y uso de redes sociales) de las y los adolescentes en tres institutos de Zaragoza.
2. Caracterizar la Generación Z según estereotipos de género de las y los adolescentes que forman parte del estudio.
3. Analizar la relación entre las variables socio-demográficas, comunicación familiar y prácticas sexuales con los estereotipos de género.

Hipótesis: El nivel socioeconómico, la estructura familiar y los estereotipos de género determinan las prácticas sexuales de las y los adolescentes.



MÉTODO

Diseño del estudio y población

En este estudio de diseño observacional, descriptivo y de corte transversal, participaron adolescentes entre 17 y 19 años. La población de estudio la constituyeron estudiantes de bachillerato de Ciencias y Tecnología procedentes de 3 centros de educación secundaria, en Zaragoza: IES Miguel Catalán, IES Pedro de Luna e IES Miguel de Molinos y correspondientes a zonas socioeconómicas diferentes.

Como criterios de inclusión se consideraron: 1) ser estudiante de segundo curso de Bachiller de dicho instituto; 2) haber leído el documento de participación y aceptación del estudio. Como criterio de exclusión se consideró a quienes por motivos culturales, religiosos o de cualquier índole, no quisieran participar.

Elaboración del marco conceptual

Se realizó una búsqueda bibliográfica en distintas bases de datos para elaborar el marco conceptual y el estado actual del tema. Se utilizaron los descriptores MeSH para una búsqueda más concreta e incluir la evidencia científica más adecuada y reciente respecto al tema. Las palabras clave utilizadas fueron: adolescentes, sexualidad, salud sexual, redes sociales, internet, conductas de riesgo.

Estrategia de búsqueda, selección y revisión de los estudios:

PALABRAS CLAVE	TERMINO MESH
Adolescencia	Adolescence
Conductas de riesgo	Health risk behaviors
Género	Gender
Internet	Internet
Redes sociales	Social media
Salud sexual	Sexual health
Sexualidad	Sexuality

Los criterios de búsqueda se centraron la información disponible acerca de la educación afectivo-sexual en el adolescente en relación con las posibles conductas de riesgo que se pueden adoptar a través de las redes sociales o consumo de sustancias.



Las bases de datos utilizadas para la búsqueda bibliográfica incluyeron PubMed, Dialnet, Web of Science, Cuiden, Up to Date y ScienceDirect. Se consultaron también diversas revistas científicas nacionales e internacionales, expertas en el tema del estudio y el buscador Google Académico para completar el marco conceptual.

Se realizó la combinación de los términos MESH o palabras clave mediante los conectores booleanos “AND” y “OR” para obtener información más concisa respecto al tema de estudio. Los criterios de selección de los artículos fueron: artículos con acceso libre al texto completo, publicados en los últimos 5-10 años tanto en idioma español o inglés y la presencia de los términos en el título del artículo, el resumen y las palabras clave.

Procedimiento

Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación de Aragón (CEICA). La selección de los institutos se llevó a cabo en base a las diferentes rentas de los barrios de Zaragoza, en los que se encuentran citados institutos, para poder evaluar de la forma más aproximada las diferencias socioeconómicas. Participaron 3 centros educativos, cada uno de zona baja en renta, media y alta; aportando cada uno un número de participantes similar.

La investigadora contactó con la dirección de cada centro para informar sobre el proyecto y solicitar su colaboración. Se comunicó el propósito, objetivos y procedimientos relacionados con el proyecto de investigación, así como el método que se llevó a cabo para recoger la información. Se explicó el instrumento de medida a utilizar, la forma y el tiempo requerido para su aplicación, así como el manejo confidencial que se le dio a la información suministrada. Una vez el centro aceptó participar en el proyecto, se concretó una fecha en horario lectivo, horario de tutoría, de esta forma no se interrumpió la actividad del profesorado.

Fuentes y recogida de información

La fuente de información fue primaria, constituida por todo el alumnado que decidió participar. Como instrumento empleado para la recogida de información se utilizó una encuesta con preguntas cerradas en formato papel. El tiempo de cumplimentación de la encuesta fueron 10 minutos aproximadamente y se utilizó la propia aula como lugar para la obtención de los datos.

Instrumentos

La encuesta administrada se estructuró en tres partes.

Parte 1. Información sociodemográfica

Se incluyeron preguntas que recogen información básica acerca del sexo, edad, religión, situación familiar y económica.

Parte 2. Test APGAR Familiar y BSRI

Test Apgar Familiar: instrumento que muestra cómo perciben los miembros de la familia el nivel de funcionamiento de la unidad familiar de forma global en un momento determinado. De esta manera, se consigue una primera aproximación para la identificación de aquellas familias con problemas de conflictos o disfunciones familiares.

Inventario de Roles de Sexo de Bem (BSRI) de 12 ítems: evalúa los roles género a través del grado de identificación con rasgos expresivos e instrumentales. Se trata de un cuestionario sobre la autopercepción en cuanto a estereotipos de género: instrumentales o masculinos y expresivos o femeninos (considerados a partir de las concepciones tradicionales de la dicotomía de género). A partir de los datos muestrales, el instrumento permite clasificar a los sujetos evaluado en cuatro categorías: 1) femenino, 2) masculino 3) andrógino y 4) indiferenciado.

Parte 3. Sexualidad, sustancias y redes sociales.

Las preguntas se formularon a partir de distintos cuestionarios validados (encuesta nacional de salud INE) sobre sexualidad y comportamientos de riesgo adolescentes; divididas en tres apartados que recogían información estructurada de la siguiente manera: A) la sexualidad y el comportamiento afectivo-sexual (orientación sexual, edad de inicio sexual, el número de parejas sexuales, lugar en la que se realizan las prácticas sexuales, uso de anticonceptivos, conocimientos acerca de enfermedades de transmisión sexual/VIH); B) la frecuencia de fiesta, consumo de alcohol y otras sustancias; y C) preguntas acerca el uso de internet y las redes sociales.

Una vez cumplimentadas, la investigadora las recogió y fueron procesadas en un programa informático en forma de variables con las respuestas codificadas, garantizando así el anonimato de los participantes y creando un ambiente de confianza,



para intentar que las respuestas fuesen lo más sinceras posibles. Los datos obtenidos se procesaron en el programa Excel, y se derivaron en una base de datos construida en el programa SPSS, con el cual se realizó el análisis estadístico.

Análisis de los datos

Se aplicó el análisis estadístico descriptivo a través del programa SPSS Statistics versión 22, que permitió conocer y describir las características de los participantes a través de frecuencias y porcentajes de las variables explicativas de estudio.

Se realizó un análisis factorial de tipo exploratorio para medir la validez del cuestionario BSRI – 12 ítems. Se realizó la rotación Varimax para el análisis de los componentes principales. En la interpretación de la estructura factorial, un ítem se añadió a un factor si su carga factorial era mayor o igual a 0,25. Se estableció que si la diferencia entre la carga de dos o más factores era menor a 0,10 el ítem quedaría excluido del análisis. Se dicotomizó cada factor por el valor de la mediana (22 en el factor femenino y 20 en el masculino) para obtener las cuatro categorías propuestas por Bem; femenino: características culturalmente atribuidas a las mujeres (expresivas); masculino: culturalmente atribuidas a los hombres (instrumentales); andrógino: altas puntuaciones en ambas; indiferenciado: bajas puntuaciones en ambas.

Por último, se llevó a cabo un estudio bi–variado para analizar la asociación entre los roles de género, medidos a través del BSRI y las variables: socio – económicas, situaciones de comunicación familiar y prácticas relacionadas con la sexualidad. Se utilizó una tabla de contingencia para medir la independencia entre variables a través de la prueba de X^2 (Ji cuadrado) aceptando una asociación estadísticamente significativa para p valor < 0,05.



RESULTADOS

Características sociodemográficas

Del total de los participantes (105), el porcentaje de sexo masculino fue predominante; el 54,3%, mientras que el sexo femenino estuvo constituido por un 45,7%, siendo la media de edad general de 17,46 años con una desviación estándar de 0,59. La mediana y moda coincidieron en 17 años; el rango de edad de los adolescentes osciló entre 17 – 19 años. La nacionalidad española fue la mayoritaria constituyendo un 97,1% de la muestra. En cuanto a la creencia religiosa, el 81,1% se consideraron agnósticos. El nivel socio – económico “bueno” fue el predominante, con un 51,4% y el 79% de la muestra adolescente eligió estudiar un grado universitario como futuro académico. El núcleo familiar se caracterizó por estar compuesto en un 53,3% por familia nuclear con un hermano/a, siendo la media del número de hermanos 1,12. El núcleo familiar se caracterizó por un 87,6% de padres y el 81,9% de madres que trabajan en activo. De estos, el 74,3% de padres y el 58,1% de madres lo hacían a jornada completa. Un 10,5% de la muestra adolescente manifestó no saber el horario de su padre junto con un 13,3% que no conocía el de su madre. En la **Tabla 1**, se muestran las características sociodemográficas de la población de estudio.

Relación familiar y situaciones de comunicación

En el test APGAR familiar, representado en el **gráfico A**, la puntuación media fue de un 15,43 presentando una relación de disfunción familiar leve. Respecto a la zona de vivienda, se realizó una comparación de medias que reflejó un APGAR familiar ligeramente inferior en aquellos que residen en la Zona 1: Casco – Las Fuentes, correspondiente a la zona con la renta por familia más baja del municipio de Zaragoza, con una puntuación de 14,50. La puntuación APGAR familiar por Zona de vivienda se recogió en el **gráfico B**. Para medir la situación de comunicación afectivo – sexual se formularon dos preguntas, mostradas en la **tabla 2**, las cuales se categorizaron en forma de variable, en las que se valoró la comunicación sexual entre padres e hijos con cuatro ítems de respuesta (muy buena, buena, escasa, nula), siendo “escasa” la elección predominante con un 40,9% y a quién se comunican las dudas afectivo – sexuales (padres, hermanos, amigos, internet, personal sanitario); siendo el grupo “amigos” el mayoritario con un 63,8% seguido de “internet” con un 20%.

Características de la sexualidad

En la **tabla 3**, se recogieron las principales características y actitudes acerca de la sexualidad. Respecto a la orientación sexual, el 91,4% de la población de estudio se definió como heterosexual frente al 1,9% que lo hicieron como bisexuales y el 6,7% como homosexuales. El 42,9% de los adolescentes encuestados afirmó ser sexualmente activo (relación sexual con penetración) siendo el porcentaje de chicas activas sexualmente ligeramente superior con un 53,3% que el de chicos 46,7%. La media de edad general de la primera relación sexual es de 16 años, siendo los chicos más precoces en su inicio con una media de 15,81 y las chicas de 16,13. En cuanto al uso de preservativo, el 73,3% de adolescentes encuestados sexualmente activos, afirmó usarlo “siempre” que lleva a cabo relaciones sexuales, un 17,8% “en algunas ocasiones” y un 8,9% no lo hace “nunca”. El 64,4% de los adolescentes sexualmente activos declaró llevar las relaciones sexuales en su propia casa o en casa de su pareja mientras que el 35,6% las llevaban a cabo en otros lugares (parques, baños, centros comerciales, bares, coches).

En cuanto las actitudes acerca de la entidad sexualidad, el 46,7% manifestó sentirse incómodo/a cuando alguien del mismo sexo muestra interés afectivo – sexual por el hecho de ser del mismo sexo. El 15,2% del total de adolescentes experimentaron en alguna ocasión dudas acerca de su sexualidad; el mismo porcentaje, 15,2% afirmó haber tenido experiencias afectivo – sexuales (besos, líos, contacto íntimo) con personas de su mismo sexo.

Fiesta y consumo de sustancias

El 81% de los adolescentes declaró salir como mínimo un par de días al mes, siendo un 14,3% de adolescentes que lo hacen todos los fines de semana. El consumo de alcohol en estos fue elevado, ya que el 89,5% bebió alcohol cuando salió de fiesta, frente a un 10,5% que refirió no beber nunca. Acompañando al alcohol, el 32,4% fumó tabaco de forma habitual mientras estaba de fiesta junto con el 22,9 % que lo acompañó con cannabis. De estos, el 15,2% lo hizo de forma conjunta. Estos datos se recogieron en la **tabla 4**. Se formuló un bloque de preguntas para analizar las actitudes que los y las adolescentes pueden experimentar bajo los efectos del alcohol, recogidas también en la **tabla 4**. Del total de la muestra, únicamente un 6,7% opinó que “nunca” es más fácil ligar bajo los efectos del alcohol. Dentro de los comportamientos que engloban llevar a cabo relaciones sexuales dentro de los adolescentes sexualmente activos, el 55,5%



mantuvo en “alguna ocasión” relaciones sexuales bajo los efectos del alcohol mientras que el 44,5% afirmó no haber tenido “nunca” relaciones sexuales bajo los efectos del alcohol. De la misma manera, el 40% mantuvo relaciones sexuales (sexo oral, masturbación, penetración) de una noche con alguien desconocido.

Respecto a las actitudes negativas que pueden conllevar el salir de fiesta y el consumo elevado de alcohol, el 61% experimentó sentirse, al menos en “alguna ocasión”, incómodos/as frente a situaciones en las que se ha mostrado hacia ellos interés afectivo – sexual bajo los efectos del alcohol. En relación al miedo que puede producir sufrir abusos bajo los efectos del alcohol, el 41,9% llegó a experimentarlo, junto con un 57,1% que ha sentido miedo de sufrir una violación estando de bajo los efectos del alcohol volviendo a casa de fiesta.

Uso de redes sociales

Se formularon cinco preguntas para observar el uso que tienen las redes sociales para la sexualidad, recogidas en la **tabla 5**. El 11,7% de los y las adolescentes afirmaron que las “redes sociales” (Instagram, Snapchat, Facebook) son el mejor método para ligar en la actualidad junto con el 5,3% que eligieron “App’s para ligar” (Tinder, Grinder, Badoo). Un 25,7% de la muestra refiere haber utilizado “App’s para ligar” mientras que el 20% de la muestra correspondiente a los y las adolescentes sexualmente activos mantuvo relaciones sexuales esporádicas gracias a “App’s para ligar”. Acerca de la práctica del fenómeno “sexting”, el 22,9% del total de adolescentes lo han practicado en alguna ocasión. Por último, el 21% de adolescentes experimentó situaciones de incomodidad de índole sexual (comentarios, mensajes textuales e imágenes inapropiadas) a través de redes sociales.

Conocimientos acerca de ITS y prácticas sexuales de riesgo

Para dar respuesta a la calidad en conocimientos relacionados en materia de actividades sexuales, primero se preguntó acerca de si los y las adolescentes que componen la muestra habían recibido clases de educación sexual. Casi el total de la muestra, 98,1% recibió varios ciclos de educación sexual durante ESO y/o BACHILLER y de estos, al 64,8% le parecieron suficientes para aportar los conocimientos necesarios para una vida afectivo – sexual segura. Para comprobarlo, se formuló una batería de preguntas acerca de conceptos básicos que engloban el SIDA, otras infecciones de transmisión sexual; métodos de prevención y prácticas de riesgo, con opción de múltiple respuesta,



entendiendo como respuesta correcta aquella que englobase todas los ítems verdaderos correspondientes a la pregunta.

El 6,7% contestó de forma correcta a todos los ítems que correspondían a las características del SIDA (lo causa el VIH, afecta al sistema inmunológico, pueden pasar años sin que se manifieste la enfermedad, está relacionado con cáncer e infecciones, los síntomas iniciales son parecidos a los de la gripe), mientras que respecto a las posibles vías de transmisión del SIDA (relaciones sexuales, contacto con sangre y fluidos, compartir jeringuillas, transfusiones sanguíneas) contestó de forma adecuada el 51,4%. En cuanto a los métodos para prevenir ITS (preservativo masculino, preservativo femenino) el porcentaje de respuestas correctas fue de 52,4%.

En cuanto a la diferenciación entre el riesgo de las diversas prácticas sexuales que conllevan bajo riesgo (felación, cunnilingus, anilingus) y alto riesgo (sexo anal sin condón, vaginal sin condón, contacto heridas-fluidos, acto sexual que produzca sangrado, muchas parejas sexuales) para contraer ITS/VIH, únicamente el 3,8% diferenció de forma correcta aquellas actividades que implican alto y bajo riesgo. Estos resultados se muestran en la **tabla 6**.

Generación Z según los estereotipos de género

Para clasificar a la Generación Z según estereotipos de género, se utilizó el Inventario de Roles de Sexo de Bem (BSRI-12) de 12 ítems, que mostró una fiabilidad aceptable, con un alfa de Crombach de 0,655.

Se realizó un análisis factorial exploratorio del BSRI, y su robustez se explicó mediante la prueba de especificidad de Bartlett que resultó significativa, ($p<0,01$) existiendo correlación entre los factores comunes de los ítems. La prueba de KMO que confirmó la adecuación de los datos de la muestra a un modelo factorial, con un valor de 0,813, representado en la **tabla 7**.

El primer factor “femenino” incluye los ítems: gentil, comprensivo, cálido, afectuoso, personalidad fuerte, defensor de las propias creencias, sensible a las necesidades de los demás; con una puntuación que va de 0,71 a 0,88 explicando el 40,74% del total de la varianza mientras que el factor “masculino” incluye los ítems: madera de líder, actitud de líder, dominante, tierno, toma decisiones fácilmente; con una puntuación de 0,30 a



0,92, explicando el 21,12% de la varianza. La **tabla 8** muestra la matriz de correlaciones del BSRI-12.

Los y las adolescentes que participaron en el estudio se identificaron mayoritariamente con rasgos “indiferenciado” (33%); seguido de “femenino” (25,2%), andrógino (22,3%) y por último, masculino (19,5%), representados en el **gráfico C**.

Estereotipos de género y la asociación con variables socio-económicas, la relación familiar y prácticas sexuales

Se llevó a cabo un estudio bi-variado para medir la relación entre las variables socio – demográficas, situación de relación – comunicación familiar y las prácticas sexuales con los estereotipos de género. Los datos obtenidos se muestran en la **tabla 9**.

En relación con el sexo se observó que el rol de género indiferenciado era el más frecuente entre los chicos con un 38,2%, y el femenino entre las chicas con un 39,6%, siendo estas diferencias estadísticamente significativas ($p<0,001$)

Respecto al IES, resultó que el rol de género más frecuente en el instituto Miguel Catalán fue el andrógino, 36,6%, mientras que en el instituto Pedro de Luna se concentró la mayor parte de indiferenciados, 53,3%, y en el instituto Miguel de Molinos, se agruparon con porcentajes similares los femeninos, 32,6%, y los andróginos, 30,2%. Las diferencias entre los institutos y el rol de género fueron estadísticamente significativas ($p=0,037$)

En cuanto a la zona de vivienda, en el Casco – Las Fuentes se recogió el mayor porcentaje de rol de género andrógino, 30,6%; en el Áctur Rey Fernando se agruparon porcentajes similares de femeninos, 34,1%, e indiferenciados, 31,8%, y por último en la zona Casablanca – Romareda el rol de género mayoritario fue el indiferenciado con un 56,5%. Las diferencias fueron estadísticamente significativas ($p=0,040$).

Una vez realizada la correspondiente prueba de Ji cuadrado, los datos resultantes mostraron que no existen diferencias estadísticamente significativas entre el resto de variables socio – económicas, situaciones de comunicación–relación familiar y las prácticas sexuales y los estereotipos de género para este estudio.



DISCUSION

El principal objetivo de este trabajo de investigación es analizar la asociación entre variables socio – demográficas, situaciones de comunicación familiar y las prácticas sexuales con los estereotipos de género y cómo esta asociación supone un gran reto para la salud afectivo – sexual de los y las adolescentes que conforman la Generación Z. Con esto, se pretendía demostrar la hipótesis de que “**el nivel socioeconómico, la estructura familiar y los estereotipos de género determinan las prácticas sexuales de las y los adolescentes**”. Con los resultados obtenidos, no se puede aceptar la hipótesis de partida, las variables estudiadas no son determinantes en las prácticas sexuales de los y las adolescentes pero pueden considerarse como factores influyentes.

La salud de los adolescentes es un asunto de potencial interés, cada día más relevante en todo el mundo. La necesidad de comprender las características de esta etapa dentro del área de salud pública va estrechamente ligada a las condiciones cambiantes de la sociedad, que junto con la modificación de las conductas dentro de la población, propia del desarrollo adolescente, han generado nuevos riesgos para la salud sexual y reproductiva. Entre estos riesgos se incluye la frecuencia, cada vez mayor, del uso de redes sociales e internet para el proceso de comunicación sexual y el uso abusivo de alcohol u otras sustancias, ligado a la independencia hacia los padres y la presión ejercida por el grupo de pares, hace que aumenten las posibilidades de llevar a cabo conductas de riesgo.

Diversos estudios coinciden en que impartir una educación sexual con un enfoque “integral”, orientado hacia en contexto socioeconómico, político, jurídico y cultural, al ambiente grupal, familiar y al propio desarrollo individual del adolescente resulta más efectivo a la hora de evitar prácticas de riesgo. Se incide también en la necesaria implicación previa de los padres, para hacer posible la elaboración de programas de educación sexual adaptados a cada perfil adolescente.^{37, 38}

Tras el análisis de los datos obtenidos en el proyecto de investigación, se encontró que la comunicación afectivo – sexual con los padres “escasa” es predominante entre padres y adolescentes, siendo los “amigos” la vía de elección a la hora de comunicar y comentar dudas respecto la sexualidad. Esto concuerda con el estudio realizado en 2008³⁹, en el que la información en sexualidad es aportada principalmente por los amigos, 94% y en un 10,4% la familia; y con el estudio llevado a cabo en 2010⁴⁰ en el



que el mayor porcentaje de jóvenes, un 56,4%, indicó adquirir conocimientos acerca de la sexualidad a través de la televisión mientras que consideraban el papel de la familia, el personal sanitario y el colegio muy pobre a la hora de adquirir conocimientos. En estudios recientes⁴¹ se evidencia que el 43% de los adolescentes en pocas ocasiones comparte información de carácter sexual con sus padres junto con un 8% que no lo hace nunca, lo que denota que en la mayoría de adolescentes no existe la suficiente confianza entre padres e hijos, reduciendo el diálogo y la comunicación. Se establece que la mayor parte de información que los adolescentes obtienen acerca de sexualidad, métodos de prevención de VIH y otras enfermedades de transmisión sexual, es a través de amigos en el contexto escolar.⁴² Los resultados de este estudio indican que la comunicación sexual entre padres, madres e hijos no ha evolucionado favorablemente en la última década, considerándose todavía un tema tabú.

Tradicionalmente, se ha admitido que los adolescentes realizan una ruptura gradual con la vida familiar, disminuyendo la importancia del rol parental y se genera un acercamiento más intenso a sus pares. En el estudio llevado a cabo entre 1997-2007 en el que se comparan los cambios en la estructura y función familiar española del adolescente en la última década, se percibió una relación familiar normal para un 77% y un 15% para la disfunción leve y 8% grave⁴³. En la muestra de este estudio, se identificó disfunción familiar leve, mostrada por el test APGAR familiar, con una media de 15,44; con un 42,3% de adolescentes con funcionalidad familiar normal. La combinación de cambios psicosociales que conlleva la adolescencia junto con el auge tecnológico de los *smartphones*, las redes sociales experimentadas, la reivindicación de la independencia adolescente y la mayor ocupación de laboral de padres y madres, más de un 80% trabaja en activo y la mayor parte lo hace a jornada completa, pueden constituir factores que propician la disfunción familiar.

Ciertos estudios llevados a cabo en distintos países a nivel mundial, revelan que los adolescentes inician la actividad sexual a una edad muy temprana. De acuerdo con el informe del Centro de centro y prevención de Enfermedades, el 44,1% de la población de adolescentes ya es sexualmente activa.⁴⁴ Concretamente, en adolescentes procedentes de toda Europa, se muestra que el 47,9% de adolescentes entre 17 – 18 años son sexualmente activos⁴⁵. Estudios llevados a cabo en España refieren que la media de edad tanto para chicos y chicas es de 16 años⁴⁶ mientras que el 48,7% de los adolescentes entre 15 y 19 años ya se ha iniciado sexualmente; constituyendo un 24,6%



los que lo hicieron entre los 13-15 años.⁴⁷ Estos resultados concuerdan con el presente estudio, en el 42,9% de adolescentes han iniciado ya su vida sexual mientras que la media de edad en la primera vez es de 16.

Existe un crecimiento de casos de infecciones de transmisión sexual, cada vez mayor en adolescentes, englobadas bajo diversas causas, entre ellas por contracciones sociales en el planteamiento de la sexualidad de los jóvenes; nuevos mitos sexuales asociados a alcohol y drogas, múltiples parejas sexuales o la carencia de una adecuada atención en materia de sexualidad en ámbito escolar, familiar y, eventualmente, en la esfera sanitaria.^{47,48} Respecto a la población sexualmente activa del presente estudio, se refleja que un 55,5% han mantenido relaciones sexuales bajo los efectos del alcohol y un 40% lo han hecho con alguien desconocido en un ámbito de fiesta, siendo el consumo de alcohol elevado en la población adolescente. En el estudio de Corona y Funes⁴⁷ el 22,4% de adolescentes sexualmente activo consumió alcohol y/drogas antes de la última relación sexual; el cual constituye un potencial factor de riesgo para adquirir diversas ITS, ya que este contexto sexual propicia la pérdida de control y voluntad de los encuentros sexuales tanto con conocidos como con desconocidos.

Respecto a la calidad en conocimientos acerca de ITS, estudios recientes indicaron que sólo el 20% de adolescentes tenía los conocimientos necesarios para evitar una ITS,⁴⁹ o los conocimientos eran parciales sobre el VIH y escasos sobre otras ITS, como en el que se evidencia que solo 1 de cada 6 adolescentes tiene un buen conocimiento sobre las ITS.⁵⁰ Además, se muestra que muchas de las intervenciones preventivas que se realizan en adolescentes suelen centrarse exclusivamente en la disminución de embarazos y de ITS, con mención especial al SIDA, considerando la actividad sexual como mero acto que conlleva unos riesgos que hay que tratar de evitar; es decir, programas de intervención centrados en el sexo más que en la sexualidad.⁵¹ En lo relativo al presente estudio, casi el total de los y las adolescentes (98,1%) recibieron varios ciclos de educación sexual durante la ESO y Bachiller. De estos, el 64,8% afirma tener los conocimientos suficientes para una vida afectivo – sexual segura, pero solo contestaron de forma correcta a las características del VIH el 6,7%. Los conocimientos de las posibles vías de transmisión de VIH o ITS y los respectivos métodos para su prevención los conocimientos fueron mayores, acertando más de la mitad de adolescentes las respuestas correctas. Respecto a saber diferenciar qué prácticas suponían un alto riesgo para contraer VIH/ITS y cuáles bajo riesgo, el porcentaje de respuestas correctas fue



muy bajo, con un único 3,8%. En el estudio llevado a cabo por Sánchez y Banea, se realizó una comparativa entre aquellos que recibieron educación sexual en la etapa de educación Primaria y los que lo hicieron en educación Secundaria, mostrándose un mayor déficit formativo en materia de sexualidad en Secundaria; conforme se va retrasando la intervención educativa y una mejores resultados en alumnos instruidos en educación Primaria.⁵² A pesar los buenos resultados obtenidos en diversos estudios; en el análisis de revisiones sistemáticas en cuanto a intervenciones en conducta sexual muestran que no hay evidencia global de que estas sean un método de prevención eficaz,⁵³ lo que concuerda con el mayor aumento en los últimos años de la incidencia de ITS en la población adolescente.³⁴ A pesar de que son conscientes del riesgo que supone no tomar las medidas de protección adecuadas se encuentran cifras más bajas acerca del uso de preservativo en otros estudios anteriores, con un 55% que no lo utilizaron en su última relación sexual⁵⁴, o en el que el porcentaje de 13 a 15 años de adolescentes que usó preservativo fue del 51,2%.⁴⁷ En el presente estudio el 73,3% de la población sexualmente activa del estudio refiere utilizar el preservativo siempre.

Los y las adolescentes, como usuarios asiduos de internet¹⁷ encuentran a través del uso de redes sociales y apps espacios para prácticas sexuales de riego, como puede ser el sexting, percibida como útil en la búsqueda y mantenimiento de las relaciones afectivas y/o sexuales.⁵⁵ En estudios realizados en cuanto a la percepción del fenómeno “sexting” el 11% de adolescentes refieren que han sentido curiosidad por practicar sexting y lo han llevado a cabo⁵⁶ mientras que en otro estudio llevado a cabo por el mismo equipo en diferente muestra refleja que el 26% de adolescentes han sido parte de propuestas sexuales a través de las redes sociales.⁴¹

En lo relativo a las consecuencias de los comportamientos del sexting para chicos y para chicas, ligados los estereotipos de género y el doble estándar sexual, se encuentran resultados en los que existe cierto acuerdo en que el grupo de chicas es el que sufre las peores consecuencias, ya que son juzgadas con mayor dureza, y clasificadas por los chicos con comentarios despectivos; incluso las propias chicas evalúan los contenidos de fotos sugerentes de otras chicas con mayor severidad que las fotos de chicos.²³

Estos datos concuerdan con los resultados obtenidos en el proyecto de investigación, ya que el 22,9% de la muestra admite haber practicado el sexting, siendo el porcentaje de chicos más elevado y el 21% del adolescentes refiere haber experimentado



victimización de carácter sexual a través de comentarios, mensajes de texto y/o imágenes apropiadas, siendo el porcentaje de chicas ligeramente superior.

Sin un programa específico de intervención educativa en cuanto a los factores de riesgo que engloban el uso abusivo de internet y redes sociales, la implicación de ciber-agresión, sexting y uso abusivo intrapersonal aumenta; estudios previos señalan cómo a medida que estos fenómenos se mantienen en el tiempo aumenta el daño potencial para todos los implicados.⁵⁷ En el informe Atrevia 2016, se pone de manifiesto lo vulnerables que se vuelven los adolescentes debido a las redes sociales. Un 72% refirió enviar material con características de exhibicionismo, con mayor tendencia a presentarse en jóvenes de sexo femenino y un 21% afirma tener acceso a páginas con alto contenido sexual.¹⁴ Las situaciones de vulnerabilidad que tienen lugar en las redes sociales e internet, tanto en creación como en consumo de material audiovisual por parte de la población adolescente se localizan en cuatro grupos temáticos: sexo, drogas, acoso, embarazo.²⁰ Se demuestra cómo la revolución tecnológica unida a los cambios en la sexualidad, ha traído consigo importantes efectos en términos de victimización en entornos virtuales, siendo aquellos participantes que se habían involucrado en conductas de sexting quienes tenían mayor probabilidad de ciber-victimización.²¹

Se puede considerar el sexting como una nueva forma de diversión, que facilita la posibilidad de llevar a cabo relaciones sexuales, restando importancia al potencial factor de riesgo que constituye el mandar material íntimo a otras personas, pudiendo ser luego objeto de chantajes y/o abusos.

El resultado encontrado en el presente estudio respecto a los estereotipos de género, muestra un mayor porcentaje de adolescentes que se clasifican como “indiferenciado” (32,4%) y en menor medida los clasificados como “andróginos” (21,4%). Tras llevar a cabo el estudio bi-variado, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre sexo y rol de género ($p<0,001$) con un mayor porcentaje de andróginos para chicos (36,4%) siendo el rol de género que menor frecuencia ha obtenido en las chicas (6,3%). Además, en los chicos se da como porcentaje mayoritario el indiferenciado (38,2%) siendo los porcentajes tanto femenino y masculino muy bajos (12,7%). En las chicas, el rol femenino es el mayoritario (39,6%) y las demás se clasifican en los roles de género masculino e indiferenciado de forma similar (27,1%)



Según la literatura consultada, se muestra cómo en la mayoría de los clasificados como andróginos, tanto chicos como chicas, poseen habilidades sociales más diversas que les proporciona un mayor bienestar por encima de otros jóvenes con otros roles.⁸ En otros estudios se ha encontrado que el rol androgino se relaciona con mayor calidad de vida, siendo las personas con rol indiferenciado quienes tienen menos bienestar.^{58,59}

Las zonas de vivienda del estudio se seleccionaron en base a diferencias socio-económicas (rentas familiares más actuales de la ciudad de Zaragoza). En cuanto a su relación con los roles de género, la zona Casco–Las Fuentes (zona socio-económica baja) concentró la mayor parte de andróginos (30,6%) mientras que en la zona de Romareda–Casablanca (zona socio-económica alta) lo hicieron el mayor porcentaje de indiferenciados (56,5%). En la zona Áctur Rey Fernando (zona socio-económica media) se agruparon en su mayoría de forma similar tanto los femeninos (34,1%) como los indiferenciados (31,4%).

Con respecto a los institutos y su relación con los roles de género, en el IES Miguel Catalán se concentró el mayor porcentaje de andróginos (36,8%), en el IES Pedro de Luna lo hicieron en su mayor parte los indiferenciados (53,3%) y en el IES Miguel de Molinos, lo hicieron de forma similar los femeninos (32,6%) e indiferenciados (30,2%).

Comparando los resultados, se muestra que en el IES Pedro de Luna se concentran la menor parte de adolescentes considerados como andróginos (10%), aunque sea el IES correspondiente a la zona de vivienda Casco–Las Fuentes con mayor porcentaje de andróginos en relación a los roles de género (36,6%). Ocurre lo contrario en el IES Miguel Catalán, en el que se concentran el menor porcentaje de indiferenciados (16,7%), situado en la zona de vivienda Casablanca – Romareda, en la que se muestra el mayor porcentaje de indiferenciados por zona (56,5%). Por último, en el IES Miguel de Molinos, correspondiente a la zona de vivienda Áctur Rey Fernando, los roles de género más frecuentes tanto para el instituto como para la zona a la que pertenece, fueron el femenino seguido del indiferenciado.



No se ha encontrado evidencia científica respecto a estudios similares que comparen los roles de género con las variables de estudio en la población adolescente.

Se han encontrado como limitaciones las propias del diseño de estudio; observacional y de corte transversal al ser las variables medidas en un determinado corte de tiempo. La información se obtuvo a través de cuestionarios en un contexto escolar, por lo que la información puede haber sido susceptible a errores o falta de sinceridad por parte de los participantes así como del propio instrumento de medida. Por último, el tamaño muestral es reducido, por lo que muestras más amplias podrían permitir contrastar los resultados obtenidos.



CONCLUSIONES

Tras analizar los resultados de nuestro estudio y compararlos con otros similares realizados a lo largo de estos últimos años, se puede concluir:

- ✖ Los y las adolescentes tienen conocimientos en materia de sexualidad pero siguen sin ser suficientes. Sería conveniente y necesario que las intervenciones de educación sexual integral empezaran desde la etapa de Educación Primaria, ya que se han observado mejores resultados en el nivel y calidad de conocimientos. Además estas intervenciones deberían realizarse desde el contexto de Educación Sexual Integral, para cubrir todos los aspectos y no sólo los relacionados con el sexo.
- ✖ El test APGAR familiar muestra una disfunción familiar leve entre padres e hijos, acompañada de una pobre comunicación sexual. Los amigos siguen siendo los elegidos para hablar de dudas sexuales, seguidos ahora por Internet desplazando a los padres y al personal sanitario como últimas opciones.
- ✖ Las prácticas de riesgo asociadas al consumo de alcohol y el uso de las redes sociales para fines sexuales son evidentes en los adolescentes. La evidencia de sexo con desconocidos, sexo bajo los efectos del alcohol, sexting o sexo a través de apps son practicadas por un porcentaje elevado respecto a la edad de los y las adolescentes, quienes no han alcanzado la madurez necesaria para lidiar con las consecuencias que pueden traer este tipo de prácticas.
- ✖ El rol de género indiferenciado es el mayoritario en la muestra, siendo el rol más representativo para chicos, y un alto porcentaje para las chicas, junto con el femenino. Esto supone, según la teoría, una menor adaptación al entorno, con posibilidad de desarrollar más problemas de relación.

Aunque, para este estudio, no se haya demostrado la asociación entre variables de comunicación familiar y prácticas sexuales con los estereotipos de género, sería interesante ampliar los estudios en esta línea, ya que el género está en constante cambio y cada vez la sociedad se separa más de los roles tradicionales asignados.



ANEXOS

Tabla 1
Características sociodemográficas de la población

	<i>N (%)</i>
Sexo	
× Mujer	48 (45,7)
× Hombre	57 (54,3)
Edad	
× 17	61 (58,1)
× 18	39 (37,1)
× 19	5 (4,8)
Zona	
× Centro– Las Fuentes	36 (34,3)
× Actur Rey Fernando	46 (43,8)
× Romareda – Casablanca	23 (21,9)
Nacionalidad	
× Española	102 (97,1)
× Otra	3 (2,9)
Religión	
× Católica	17 (16,2)
× Otra	3 (2,7)
× Agnóstico	85 (81,1)
Situación económica	
× Muy bien	7 (6,7)
× Bien	54 (51,4)
× Normal	41 (39)
× Regular	3 (2,9)
Futuro académico	
× Trabajar	3 (2,9)
× Grado superior	10 (9,5)
× Grado universitario	83 (79)
× No sabe	9 (8,6)
Núcleo familiar	
× Vive sólo	1 (1)
× Monoparental	5 (4,7)
× Biparental	27 (25,7)
× Nuclear y hermano/a	56 (53,3)
× Familia numerosa	16 (15,3)
Número de hermanos	
× 0	19 (18,1)
× 1	63 (60)
× 2	17 (16,1)
× 3	3 (2,9)
× >3	3 (2,9)
Situación laboral padre	
× Activo	92 (87,6)
× No trabaja	7 (6,7)
Situación laboral madre	
× Activo	86 (81,9)
× No trabaja	19 (18,1)
Duración laboral padre	
× Jornada completa	78 (74,3)
× Media jornada	6 (5,7)
× No sabe el horario de su padre	11 (10,5)
Duración laboral madre	
× Jornada completa	61 (58,1)
× Media jornada	20 (19)
× No sabe el horario de su madre	14 (13,3)

Tabla 2:
Características comunicación sexual familiar

	<i>N (%)</i>
Comunicación sexual familiar	
<input checked="" type="checkbox"/> <i>Muy buena</i>	8 (7,6)
<input checked="" type="checkbox"/> <i>Buena</i>	30 (28,6)
<input checked="" type="checkbox"/> <i>Escasa</i>	43 (40,9)
<input checked="" type="checkbox"/> <i>Nula</i>	24 (22,9)
Cuando tengo dudas sexuales las hablo con:	
<input checked="" type="checkbox"/> <i>Padres</i>	7 (6,7)
<input checked="" type="checkbox"/> <i>Hermanos</i>	8 (7,6)
<input checked="" type="checkbox"/> <i>Amigos</i>	67 (63,8)
<input checked="" type="checkbox"/> <i>Internet</i>	21 (20)
<input checked="" type="checkbox"/> <i>Personal sanitario</i>	2 (1,9)

Tabla 3:
Características y actitudes acerca de la sexualidad

	<i>N (%)</i>
Orientación sexual	
<input checked="" type="checkbox"/> <i>Heterosexual</i>	96 (91,4)
<input checked="" type="checkbox"/> <i>Bisexual</i>	2 (1,9)
<input checked="" type="checkbox"/> <i>Homosexual</i>	7 (6,7)
Sexualmente activo	
<input checked="" type="checkbox"/> <i>Si</i>	45 (42,9)
<input checked="" type="checkbox"/> <i>No</i>	60 (57,1)
Edad primera relación sexual*	
<input checked="" type="checkbox"/> < 14	4 (8,9)
<input checked="" type="checkbox"/> 15	10 (22,2)
<input checked="" type="checkbox"/> 16	15 (33,3)
<input checked="" type="checkbox"/> 17	12 (26,7)
<input checked="" type="checkbox"/> 18	4 (8,9)
Uso preservativo*	
<input checked="" type="checkbox"/> <i>Siempre</i>	33 (73,3)
<input checked="" type="checkbox"/> <i>A veces</i>	8 (17,8)
<input checked="" type="checkbox"/> <i>Nunca</i>	4 (8,9)
Las relaciones sexuales las llevo a cabo en:*	
<input checked="" type="checkbox"/> <i>Casa / casa de mi pareja</i>	29 (64,4)
<input checked="" type="checkbox"/> <i>Otros lugares (parques, baños públicos, coches)</i>	16 (35,6)
Me siento incómodo/a si alguien del mismo sexo muestra interés hacia mí	
<input checked="" type="checkbox"/> <i>Si</i>	49 (46,7)
<input checked="" type="checkbox"/> <i>No</i>	56 (53,3)
He tenido o tengo dudas sobre mi sexualidad	
<input checked="" type="checkbox"/> <i>Si</i>	16 (15,2)
<input checked="" type="checkbox"/> <i>No</i>	89 (84,8)
He tenido experiencias sexuales con personas de mi mismo sexo	
<input checked="" type="checkbox"/> <i>Si</i>	16 (15,2)
<input checked="" type="checkbox"/> <i>No</i>	89 (84,8)

* Variables analizadas respecto a la población sexualmente activa.



Tabla 4

Prácticas de riesgo de fiesta asociadas a la sexualidad

	N (%)
Frecuencia en la que sales de fiesta	
<input checked="" type="checkbox"/> Todos los fines de semana	15 (14,3)
<input checked="" type="checkbox"/> Un día a la semana	10 (9,5)
<input checked="" type="checkbox"/> Un par de días al mes	60 (57,2)
<input checked="" type="checkbox"/> No suelo salir	20 (19)
Frecuencia en la bebes alcohol	
<input checked="" type="checkbox"/> Siempre	22 (21)
<input checked="" type="checkbox"/> Casi siempre	45 (42,8)
<input checked="" type="checkbox"/> Algunas veces	22 (21)
<input checked="" type="checkbox"/> Casi nunca	5 (4,7)
<input checked="" type="checkbox"/> Nunca	11 (10,5)
Consumo tabaco	
<input checked="" type="checkbox"/> Si	34 (32,4)
<input checked="" type="checkbox"/> No	71 (67,6)
Consumo porros	
<input checked="" type="checkbox"/> Si	24 (22,9)
<input checked="" type="checkbox"/> No	81 (77,1)
Considero que es más fácil ligar bajo los efectos del alcohol u otras sustancias	
<input checked="" type="checkbox"/> Siempre	12 (11,4)
<input checked="" type="checkbox"/> Casi siempre	22 (20,9)
<input checked="" type="checkbox"/> Algunas veces	52 (49,5)
<input checked="" type="checkbox"/> Casi nunca	7 (6,7)
<input checked="" type="checkbox"/> Nunca	7 (6,7)
<input checked="" type="checkbox"/> No sabe/no contesta	5 (4,8)
He mantenido relaciones sexuales bajo los efectos del alcohol*	
<input checked="" type="checkbox"/> Si	25 (55,5)
<input checked="" type="checkbox"/> No	20 (44,5)
He mantenido relaciones sexuales con alguien desconocido*	
<input checked="" type="checkbox"/> Si	18 (40)
<input checked="" type="checkbox"/> No	27 (60)
Me he sentido incomodado/a sexualmente de fiesta por alguien bajo los efectos del alcohol	
<input checked="" type="checkbox"/> Muchas veces	4 (3,8)
<input checked="" type="checkbox"/> En algunas ocasiones	43 (41)
<input checked="" type="checkbox"/> En muy pocas ocasiones	14 (16,2)
<input checked="" type="checkbox"/> Nunca	41 (39)
He tenido miedo a que abusen de mi bajo los efectos del alcohol	
<input checked="" type="checkbox"/> Muchas veces	4 (3,8)
<input checked="" type="checkbox"/> En algunas ocasiones	25 (23,8)
<input checked="" type="checkbox"/> En muy pocas ocasiones	15 (14,3)
<input checked="" type="checkbox"/> Nunca	61 (58,1)
Me da miedo sufrir una violación cuando vuelvo a casa bajo los efectos del alcohol	
<input checked="" type="checkbox"/> Siempre	14 (13,3)
<input checked="" type="checkbox"/> Casi siempre	13 (12,4)
<input checked="" type="checkbox"/> Algunas veces	17 (16,2)
<input checked="" type="checkbox"/> Casi nunca	16 (15,2)
<input checked="" type="checkbox"/> Nunca	45 (42,9)

* Variables analizadas respecto a la población sexualmente activa.



Tabla 5

Prácticas de riesgo acerca de redes sociales relacionadas con la sexualidad

	N (%)
Considero que el mejor método para ligar es:	
<input checked="" type="checkbox"/> Cara a cara con compañeros de clase	8 (8,5)
<input checked="" type="checkbox"/> Con conocidos de amigos	34 (36,2)
<input checked="" type="checkbox"/> A través de redes sociales	11 (11,7)
<input checked="" type="checkbox"/> A través de apps para ligar	5 (5,3)
<input checked="" type="checkbox"/> De fiesta	36 (38,3)
He utilizado apps como Instagram, Badoo, Snapchat, Tinder, Grinder para ligar	
<input checked="" type="checkbox"/> Si	27 (25,7)
<input checked="" type="checkbox"/> No	78 (74,3)
He mantenido relaciones sexuales gracias a apps de ligar*	
<input checked="" type="checkbox"/> Si	9 (20)
<input checked="" type="checkbox"/> No	36 (80)
Me he sentido incomodado/a sexualmente a través de las redes sociales	
<input checked="" type="checkbox"/> Si	22 (21)
<input checked="" type="checkbox"/> No	83 (79)
He practicado sexting a través de apps	
<input checked="" type="checkbox"/> Si	24 (22,9)
<input checked="" type="checkbox"/> No	81 (77,1)

Tabla 6:

Conocimientos básicos acerca de ITS y prácticas sexuales de riesgo

	N (%)
He recibido educación sexual durante la ESO y el BACHILLER	
<input checked="" type="checkbox"/> Si	103 (98,1)
<input checked="" type="checkbox"/> No	2 (1,9)
La educación sexual que he recibido en el instituto es suficiente para una vida afectivo – sexual segura	
<input checked="" type="checkbox"/> Si	68 (64,8)
<input checked="" type="checkbox"/> No	37 (35,2)
Conocimientos acerca del VIH	
<input checked="" type="checkbox"/> Correctos	7 (6,7)
<input checked="" type="checkbox"/> Incorrectos	98 (93,3)
Conocimientos acerca de transmisión del VIH	
<input checked="" type="checkbox"/> Correctos	54 (51,4)
<input checked="" type="checkbox"/> Incorrectos	51 (48,6)
Conocimientos acerca de métodos para prevenir ITS / VIH	
<input checked="" type="checkbox"/> Correctos	55 (52,4)
<input checked="" type="checkbox"/> Incorrectos	50 (47,6)
Conocimientos acerca de diferenciar entre alto y bajo riesgo de prácticas sexuales	
<input checked="" type="checkbox"/> Correctos	4 (3,8)
<input checked="" type="checkbox"/> Incorrectos	101 (96,2)



Tabla 7:

Matriz de componente rotado. Análisis factorial exploratorio BSRI-12.

BSRI – 12 ítems

	Femenino (Factor 1)	Masculino (Factor 2)
1. Gentil	,879	,030
2. Comprensivo/a	,911	-,081
3. Madera de líder	,129	,920
4. Actúa como un líder	-,109	,908
5. Dominante	-,494	,706
6. Tierno/a	,117	,302
7. Cálido/a	,731	,118
8. Afectuoso/a	,788	,083
9. Personalidad fuerte	,710	,199
10. Defensor de las propias creencias	,820	,060
11. Sensible a las necesidades de los demás	,812	-,061
12. Toma decisiones fácilmente	,095	,456

KMO para los datos adecuados de la muestra al modelo factorial: 0,81

P valor para la especificidad de Bartlett: <0,01

Tabla 8:

Matriz de correlaciones ítems BSRI – 12

Correlación	Ítem 1	Ítem 2	Ítem 3	Ítem 4	Ítem 5	Ítem 6	Ítem 7	Ítem 8	Ítem 9	Ítem 10	Ítem 11	Ítem 12
Ítem 1	1,000	,827	,154	-,016	-,390	,028	,593	,618	,565	,699	,674	,029
Ítem 2		1,000	,084	-,146	-,508	,044	,562	,636	,596	,735	,731	,019
Ítem 3			1,000	,856	,502	,204	,091	,099	,298	,181	,089	,314
Ítem 4				1,000	,629	,131	-,025	-,055	,088	-,039	-,113	,209
Ítem 5					1,000	,098	-,182	-,263	-,260	-,349	-,416	,202
Ítem 6						1,000	,219	,216	,004	,041	,068	,050
Ítem 7							1,000	,872	,330	,400	,512	,165
Ítem 8								1,000	,400	,465	,558	,129
Ítem 9									1,000	,738	,472	,166
Ítem 10										1,000	,627	,074
Ítem 11											1,000	,001
Ítem 12												1,000



Tabla 9:

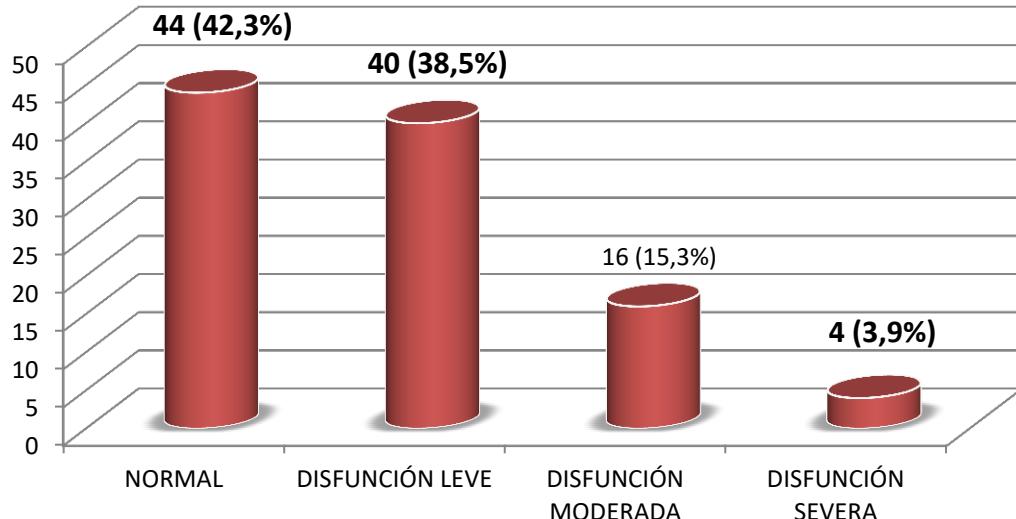
Asociación entre roles de género y variables sociodemográficas, situaciones de comunicación familiar y prácticas sexuales

VARIABLES	ROLES DE GÉNERO				P valor
	FEMENINO N (%)	MASCULINO N (%)	ANDRÓGINO N (%)	INDIFERENCIADO N (%)	
<i>Sociodemográficas</i>					
Sexo					
× Hombre	7 (12,7)	7 (12,7)	20 (36,4)	21 (38,2)	P= 0,000
× Mujeres	19 (39,6)	13 (27,1)	3 (6,3)	13 (27,1)	
IES					
× IES Miguel Catalán	7 (23,3)	7 (23,3)	11 (36,8)	5 (16,7)	P= 0,037
× IES Pedro de Luna	5 (16,7)	6 (20)	3 (10)	16 (53,3)	
× IES Miguel de Molinos	14 (32,6)	7 (16,3)	9 (20,9)	13 (30,2)	
Zona					
× Casco – Las Fuentes	9 (25)	9 (25)	11 (30,6)	7 (19,4)	P= 0,040
× Áctur Rey Fernando	15 (34,1)	6 (13,6)	9 (20,5)	14 (31,8)	
× Casablanca - Romareda	2 (8,7)	5 (21,7)	3 (13)	13 (56,5)	
<i>Situaciones de comunicación familiar</i>					
APGAR familiar					
× Normal	15 (34)	5 (11,4)	8 (18,2)	16 (36,4)	P= 0,113
× Disfuncional	11 (19)	15 (25,9)	15 (25,9)	17 (29,3)	
Comunicación sexual padres - hijos					
× Buena	10 (27,8)	7 (19,4)	8 (22,2)	11 (30,6)	P= 0,971
× Mala	16 (23,9)	13 (19,4)	15 (22,4)	23 (34,3)	
Expresar dudas sobre sexo a padres					
× Si	3 (50)	0 (0)	3 (50)	0 (0)	P= 0,07
× No	23 (23,7)	20 (20,6)	20 (20,6)	34 (35,1)	
<i>Prácticas sexuales relacionadas con estilo de vida</i>					
Sexualmente activo					
× Sí	14 (32,6)	7 (17,1)	8 (18,6)	14 (34,1)	P= 0,493
× No	12 (20)	13 (21)	15 (25)	20 (32,3)	
Uso de protección					
× Siempre	8 (25)	4 (12,5)	7 (21,9)	13 (40,6)	P= 0,089
× No siempre	6 (54,5)	3 (27,3)	1 (9,1)	1 (9,1)	
Sexo bajo los efectos del alcohol					
× Sí	9 (40,9)	2 (9,1)	4 (18,2)	7 (31,8)	P= 0,492
× No	5 (23,8)	5 (23,8)	4 (19)	7 (33,3)	
Sexo de una noche con alguien desconocido					
× Sí	4 (33,3)	1 (8,3)	2 (16,7)	5 (41,7)	P= 0,776
× No	10 (32,3)	6 (19,4)	6 (19,4)	9 (29,0)	
Relaciones sexuales a través de apps					
× Sí	4 (50)	1 (12,5)	0 (0)	3 (37,5)	P= 0,406
× No	10 (28,6)	6 (17,1)	8 (22,9)	11 (31,4)	
Experimentación sexual con el mismo sexo					
× Sí	5 (41,7)	2 (16,7)	1 (8,3)	4 (33,3)	P= 0,712
× No	9 (29)	5 (16,1)	7 (22,6)	10 (32,3)	
Sexting					
× Sí	8 (44,4)	3 (16,7)	1 (5,6)	6 (33,3)	P= 0,242
× No	6 (24)	4 (16)	7 (28)	8 (32)	

Gráfico de barras A:

Distribución de la funcionalidad familiar a través del test APGAR FAMILIAR

FUNCIONALIDAD FAMILIAR



Me: Disfunción familiar leve 15,43

Gráfico de barras B:

Media APGAR familiar en relación a la zona de vivienda

MEDIA APGAR FAMILIAR SEGÚN ZONA DE VIVIENDA

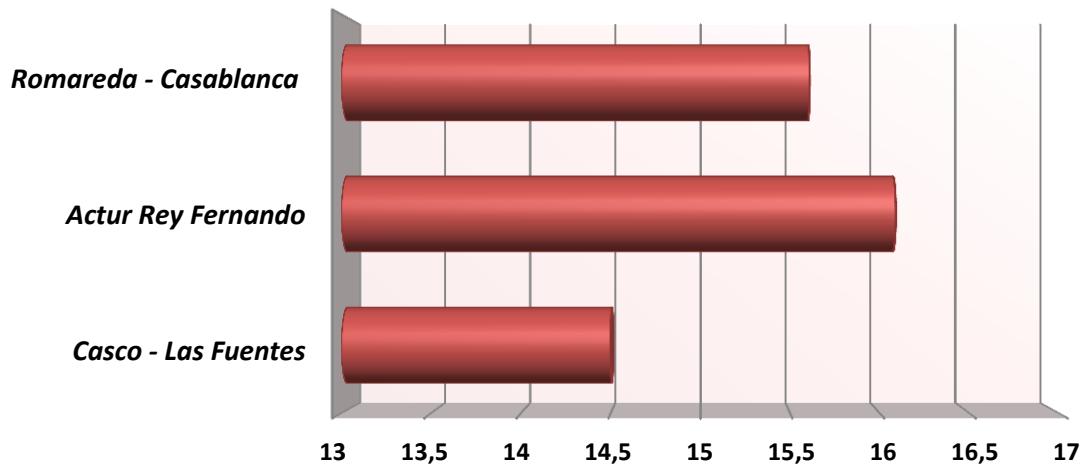
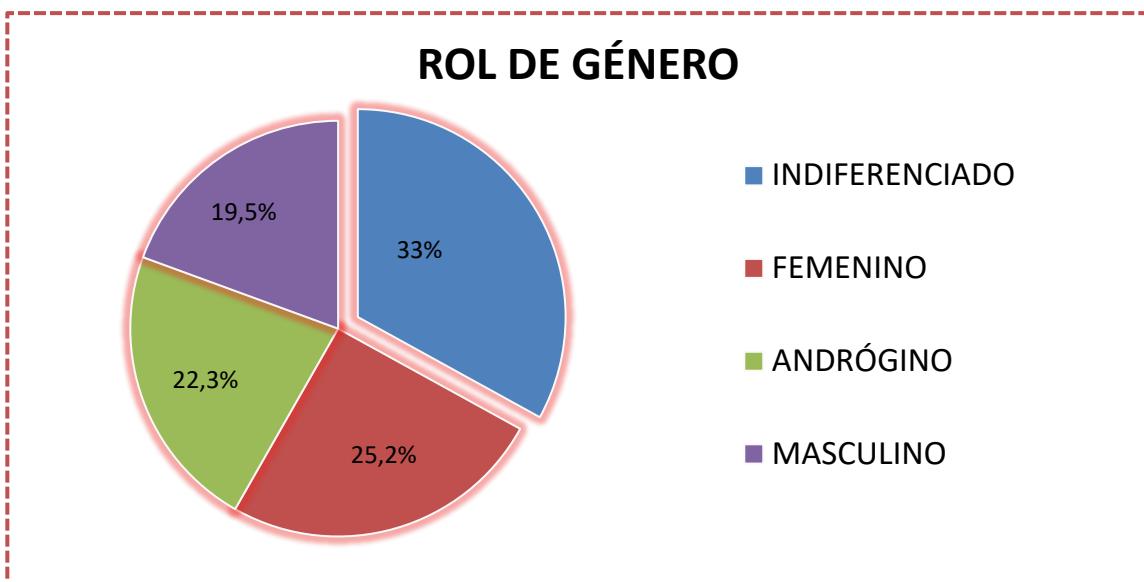


Gráfico circular C:
Distribución de la población por roles de género





REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). 2018. Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. Desarrollo en la adolescencia. [Internet]. Disponible en:
http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
2. Aranha R et al. Knowledge of adolescents regarding sexually transmitted infections and pregnancy. 2017; 70(5): 1033 – 9.
3. Gaete V. Desarrollo psicosocial del adolescente. REv Chil Pediatr. 2015;86(6): 436 – 443.
4. Ferreira V et al. Health education with adolescents: analysis of knowledge acquisition on health topics. Eso Anna Nery. 2015; 19(3) 484 – 490.
5. Natarelli TRP, Braga IF, Oliveira WA, Silva MAI. The impact of homophobia on adolescent health. Eso Anna Nery. 2015;19(4): 664 – 670.
6. Vargas E, Araya C. Conocimientos sobre diferentes formas de expresión de la sexualidad que manifiestan jóvenes de noveno año provenientes de un colegio público del cantón de Alajuela, Costa Rica. Población y Salud en Mesoamérica. 2016; 11(1)
7. De Meyer S, Kagesten A, Mmari K, McEachran J et al. Boys Should Have the COourage to Ask a Girl Out. Gender Norms in Early Adolescent Romantic Relationships. Journal of Adolescent Health. 2017; (61); 42 – 47.
8. Rodriguez-Belmares P, Matud- Aznar MP, Álvarez-Bermúdez J. Género y calidad de vida en la adolescencia. Journal of Behaviour, Health & Social Issues. 2017 (9); 89 – 98.
9. Ahmed T, Vafaei A, Belanger E, Phillips SP, Zunzunegui MV. Bem Sex Role Inventory Validation in the International Mobility in Aging Study. Canadian Journal on Aging. 2016; 35(3): 348 – 360.

10. Vafaei A, Alvarado B, Tomás C, Muro C, Martínez B, Zunzunegui MV. Te validity of the 12-item Bem Sex Role Inventory in Older Spanish Population. An examination of the Androgyny Model. *Arch Gerontol Geriatr.* 2017; 61(4): S42 – 7.
11. Carver F, Vafaei A, Guerra R, Freire A, Phillips SP. Gender differences: Examination of the 12-Item Bem Sex Role Inventory (BSRI-12) in an Older Brazilian Population. *PLOS ONE.* 2013; 8 (10): 1 – 7.
12. Lobato L, Jenaro C, Rodríguez – Becerra M, Flores N. Los Roles de género y su papel en las actitudes y comportamientos afectivo – sexuales: un estudio sobre adolescentes salmantinos. *Cuestiones de género: de la igualdad y la diferencia.* 2016; (11): 457 – 476.
13. Orcasita L, López M, Reina C. Conocimientos sobre riesgos frente a infecciones de transmisión sexual (ITS) en estudiantes universitarios de la ciudad de Cali. *Informes Psicológicos.* 2014, 14(1); 143 – 158.
14. Pacheco B, Lozano L, González N. Diagnóstico de utilización de Redes sociales: factor de riesgo para el adolescente. *Rev Ibero Inves y Desar Educa.* 2018, (8)16.
15. Sánchez D, Lázaro P. La adicción al WhatsApp en adolescentes y sus implicaciones en las habilidades sociales. *Tendencias Pedagógicas.* 2017; N°29; 121 – 134.
16. Concha WN, Domínguez HM, Maya MI, Torres E. Redes sociales: su influencia en la personalidad y en las relaciones sociales de estudiantes. *PsicoEducativa: reflexiones y propuestas.* 2018; 4(7): 20 – 29.
17. Periodismo Ciudadano [Internet]. Espiritusanto O. Generación Z: Móviles, redes y contenido generado por el usuario. 2010; 111 – 26. Disponible en: www.periodismociudadano.com
18. Strasburger VC, Jordan AB, Donnerstein E. Health Effects of Media on Children and Adolescents. *Pediatrics [Internet].* 2010; 125(4): 756 – 767.



19. Sánchez – Uribe S, Cayuela – Fuentes PS. El uso de las redes sociales y su influencia en la salud de los adolescentes. Paraninfo Digital. 2014; (5).
20. Montes – Vozmediano M, García – Jiménez A, Menor – Sendra J. Los vídeos de los adolescentes en YouTube: Características y vulnerabilidades digitales. Rev Cientf Educo. 2018; (54):61 – 69.
21. Agustina JR, Gómez – Duran EL. Factores de riesgo asociados al sexting como umbral de diversas formas de victimización. Revista de los Estudios de Derecho y Ciencias Políticas. 2016; (22): 21 – 47.
22. Livingstone S, Görzig A. When adolescents receive sexual messages on the internet: Explaining experiences of risk and harm. Computers in Human Behaviour. 2014; (33): 8 – 15.
23. Alonso – Ruido P, Rodríguez – Castro Y, Lameiras – Fernández M, Martínez – Roman R. El Sexting a través del discurso de adolescentes españoles. Saude Soc. Sao Paulo. 2018; 27(2): 398 – 409.
24. Golpe – Ferreiro S, Gómez – Salgado P, Harris SK, Braña Tobío T, Rial Boubeta A. Diferencias de sexo en el uso de internet en adolescentes españoles. Psicología Conductual. 2017; 25(1): 129 – 146.
25. Besoli G, Palomas N, Chamarro A. Uso del móvil en padres, niños y adolescentes: Creencias acerca de sus riesgos y beneficios. Rev Psicol Aloma. 2018; 36(1): 29 – 39.
26. González – Fernández N, Sacines – Talledo I, Ramírez – García A. Dispositivos móviles – Smartphones & Tablets – y comunicación en familia. Prisma Social. 2018; 20: 22 – 39.
27. Montiel López FJ, Montiel López M. Impacto en adolescentes de la educación para la salud en sexualidad. Paraninfo Digital. 2015; 25.



28. Breuner C, Mattson G. Sexuality Education for Children and Adolescents. *Pediatrics*. 2016; 138(2): e2 – e11.
29. Grossman JM, Jenks LJ, Richer AM. Parent's perspectives on Family Sexuality Communication from Middle School to High School. *Int J Environ Res Public Health*. 2018; 107(15) 1 – 14.
30. Royela – Ruiz P, Rodríguez Molinero L, Marugán – Miguelsanz JM, Carabajosa Rodríguez V. Factores de riesgo de la precocidad sexual en adolescentes. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2015; 17: 127 – 136.
31. Capote – Rodríguez A, Ciria Martín A, Pérez Piñero JS, Núñez Fernández J, Pereira Miñoso Y. Consumo de sustancias tóxicas en adolescentes con infecciones de transmisión sexual. *Rev Cub Med Gen Integ*. 2016; 31(1): 45 – 58.
32. Isorna Folgar M, Fariña Rivera F, Carlos Sierra J, Vallej Medina P. Binge drinking: conductas sexuales de riesgo y facilitadoras del asalto sexual en jóvenes españoles. *Suma Psicol*. 201;22(1): 1 – 8.
33. Pérez – Morente MA, Cano – Romero E, Sánchez – Ocón MT, Castro – López E, Jiménez – Bautista F, Hueso – Montoro C. Factores de riesgo relacionados con las infecciones de transmisión sexual. *Rev Esp Salud Pública*. 2017; 91: e1 – e7.
34. González Bango MA, Blanco Pereira ME, Ramos Castro G, Martínez Leyva G, Rodríguez Acosta Y, Jordán Padrón, M. Educación en infecciones de transmisión sexual desde la adolescencia temprana: necesidad incuestionable. *Rev Med Electron* 2018; 40(3)
35. Morales A, Espada JO, Orgilés M. Barreras hacia la prueba de detección del VIH en adolescentes en España. *Psychosocial Intervention*. 2016; 25: 135 – 141.



36. Rojas et al. Educación sexual integral: cobertura, homogeneidad, integralidad y continuidad en las escuelas de México. *Salud Pública e México*. 2017; 59(1): 19 – 27.
37. Coutis W, Morales – Beltrami G. La educación sexual debe comenzar en el hogar y continuar en la escuela. *Rev Chil Pediatr*. 2011; 82(5): 454 – 460.
38. Melo MJ, Zicavo N. Competencias parentales en educación sexual. *Cienc Psicolog*. 2012; 6(2): 123 – 133.
39. Naranjo et al. Adolescencia e inicio precoz de las relaciones sexuales. Algunos factores desencadenantes. *Gac Med Espirituana*. 2008; 10(2)
40. Gozález E, Montero A, Martínez V, Mena P, Varas M. Percepciones y experiencias del inicio sexual desde una perspectiva de género en adolescentes consultantes en un centro universitario de salud sexual y reproductiva. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2010; 75(2): 84 – 90.
41. Dalila A et al. La comunicación familiar ¿motivo para llegar al Grooming? *Rev Publicando*. 2017; 4(13): 96 – 180.
42. Carratalá E, Espada JP, Orgilés M. Conocimientos y actitudes hacia el VIH/SIDA: diferencias entre adolescentes españoles con padres casados y divorciados. *Salud Mental*. 2013; 36: 389 – 391.
43. Pérez – Milena et al. Cambios en la estructura y en la función familiar del adolescente en la última década (1997-2017). *Aten Primaria*. 2019; 41(9): 479 – 486.
44. Miranda PS, Aquino JM, Monteiro RM, Dixe MA, Luz AM, Moleiro P. Sexual behaviors: study in the youth. *Einstein (Sao Paulo)*. 2018; 16(3): 1 – 7.
45. Moreno et al. Los adolescentes españoles: estilos de vida, salud, ajuste psicológico y relaciones en sus contextos de desarrollo. Resultados del estudio HBSC-2014 en España. 2014; 1 – 183.



46. Castro A, Bermúdez MP, Buela-Casal G, Madrid J. Variables psicosociales que median en el debut sexual de adolescentes en España. *Rev Latinoamericana de Psicología*. 2011; 43(1): 83 – 94.
47. Corona F, Funes F. Abordaje de la sexualidad en la Adolescencia. *Rev Med Clin Condes*. 2015; 26(1): 74 – 80.
48. Sanz Santacufemia FJ, García Talavera ME, Jiménez García R. Enfermedades infecciosas y de transmisión sexual en el adolescente. *Rev Educ Super*. 2018; 12(61): 3577 – 87.
49. Roberto A, García D, Rosa D, Canino JA, Carbonell MC. Infecciones de transmisión sexual: intervención educativa en adolescentes de una escuela de enseñanza técnica profesional. *Medwave* 2014; 14(1).
50. Silva-Fhon J, Andrade-Iraola K, Palacios-Vallejos E, Rojas-Huayta V. Nivel de conocimientos y comportamientos de riesgo relacionados con infecciones de transmisión sexual entre adolescentes mujeres. 2014; 11(4):139 – 144.
51. García Polanco MD. Lasconductas sexuales de riesgo de los adolescentes españoles. *Rev de SEAPA*. 2014; 2(2): 38 – 61.
52. Sánchez Escámez A, Baena Sánchez MJ. Educación sexual: ¿qué etapa formativa es idónea para inciarla, en base al nivel de conocimientos alcanzado por alumnos universitarios de Murcia? *Docencia e Investigación*. 2017; 27: 59 – 80.
53. Macaya Pascual A, Ferreres Riera JR, Campoy Sánchez A. Intervenciones conductuales para la prevención de infecciones de transmisión sexual y embarazo no deseado: revisión de revisiones sistemáticas. *Actas Dermosifiliogr*. 2016; 107(4): 301 – 317.
54. Calafat A, Juan M, Becoña E, Mantecón A, Ramón M. Sexualidad de riesgo y consumo de drogas en el contexto recreativo. Una perspectiva de género. *Rev Psicothema*. 2009; 21(2): 227 – 233.



55. Cooper K, Quayle E, Jonsson L, Göran Svedin C. Adolescents and self-taken sexual imagees: A review of the literature. Computers in Human Behavior. 2016; 55: 706 – 716.
56. Dalila A, Campoverde EM, Forero MD, Paredes TJ. Sexting los adolescentes, ¿influye en su relacionamiento social? Rev Publicando. 2017 4(13): 158 – 179.
57. Livingstone S, Smith P. Annual Research Review: Harms experienced by child users of online and mobile technologies: the nature, prevalence and management of sexual and aggressive risks in the digital age. Journal of Child Psychology and Psychiatry. 2014; 55 (6): 635 – 654.
58. Donnelly K, Twenge JM. Masculine and Feminine traits on the Bem Sex-Role Inventory 1993-2012: a cross temporal meta-analysis. Science Business Media. 2016.
59. Brady J, Iwamoto D, Grivel M, Kaya A, Clinton L. A systematic review of the salient role of feminine norms on substance use among women. Addictive behaviours. 2016; 6(2): 83 – 90.



DICTAMEN FAVORABLE CEIC ARAGÓN



Informe Dictamen Favorable
Trabajos académicos

C.P. - C.I. PI18/207

26 de septiembre de 2018

Dña. María González Hinjos, Secretaria del CEIC Aragón (CEICA)

CERTIFICA

1º. Que el CEIC Aragón (CEICA) en su reunión del día 26/09/2018, Acta Nº 16/2018 ha evaluado la propuesta del Trabajo:

Título: Abordaje de la salud sexual en la Generación Z: los adolescentes de la actualidad.

Alumna: Sara Andrés Rueda

Director: Ángel Gasch Gallén

Versión protocolo: v2 01/06/2018

Versión documento de información y consentimiento: v3 13/09/2018

2º. Considera que

- El proyecto se plantea siguiendo los requisitos de la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica y los principios éticos aplicables.
- El Tutor/Director garantiza la confidencialidad de la información, la correcta obtención del consentimiento informado, el adecuado tratamiento de los datos en cumplimiento de la legislación vigente y la correcta utilización de los recursos materiales necesarios para su realización.

3º. Por lo que este CEIC emite **DICTAMEN FAVORABLE a la realización del proyecto.**

Lo que firmo en Zaragoza

GONZALEZ
HINJOS MARIA - MARIA - DNI 03857456B
DNI 03857456B

Firmado digitalmente
por GONZALEZ HINJOS
HINJOS MARIA - MARIA - DNI 03857456B
Fecha: 2018.09.28
15:16:40 +02'00'

María González Hinjos
Secretaria del CEIC Aragón (CEICA)



ENCUESTA

La siguiente encuesta es totalmente anónima y voluntaria, con el único fin de obtener información para elaborar un futuro programa de educación y prevención en cuanto a salud sexual y reproductiva en la adolescencia.

Marcar con una X las casillas elegidas.

Edad _____

Sexo Masculino

Femenino

Lugar de residencia:

Localidad _____

Barrio _____

Nacionalidad

❖ Española

❖ Otra _____

Creencia religiosa. Indica cuál si es “si”.

Sí No _____

Cantidad de hermanos

❖ 0 1 2 3 +3

Incluido tú, ¿Cuántas personas viven en el núcleo familiar? _____

Situación laboral de:

PADRE

MADRE

❖ Trabajando activo

❖ No trabaja

Duración de la jornada laboral de

PADRE

MADRE

❖ Jornada completa

❖ Media jornada

❖ No sé el horario de mi madre/padre

¿Cómo dirías que le va a tu familia económicaamente?

Muy bien Bien Normal Regular Mal

¿Qué te gustaría hacer tras acabar 2º de bachiller?

Trabajar Grado Superior Grado universitario No lo sé



♦ **Test APGAR FAMILIAR**

PREGUNTAS	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES	CASI NUNCA	NUNCA
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad					
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas					
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades de ocio					
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.					
Me satisface como compartimos en mi familia:					
1. El tiempo para estar juntos					
2. Los espacios de la casa					
3. El dinero					
¿Tienes un/a amigo/a cercano a quien puedas acudir cuando necesitas ayuda?					
¿Estoy satisfecho/a con el soporte que recibo de mis amigos/as					

¿Cómo dirías que es la comunicación con tus padres acerca de temas afectivo sexuales?

Muy buena Buena Escasa Nula

Cuando necesitas resolver dudas acerca de temas afectivo-sexuales, ¿a quién recurrés?

Padres Hermanos Amigos Internet Profesionales sanitarios

♦ **INVENTARIO DE ROL DE GÉNERO (BSRI):**

Marca en qué grado está de acuerdo con cada una de estas palabras en relación contigo mismo/a. Por favor marque en todas y cada una de las opciones.

- 1= TOTALMENTE DE ACUERDO
- 7= TOTALMENTE EN DESACUERDO

	1	2	3	4	5	6	7
Gentil (atento, cortés)							
Comprensivo/a							
Con madera de líder							
Actúa como un líder							
Dominante							
Tierno/a							
Cálido/a							
Afectuoso/a							
Personalidad fuerte							
Defensor de sus propias creencias							
Sensible a las necesidades de los demás							
Toma decisiones fácilmente							



♦ **Acerca de Sexualidad:**

Indica tu orientación sexual

Heterosexual Homosexual Bisexual Asexual Otra _____

¿Eres sexualmente activo? (Si has tenido relaciones sexuales completas).

Si No **Edad de la primera relación sexual** _____

¿Con qué frecuencia utilizas protección cuando llevas a cabo relaciones sexuales?

Siempre Algunas veces Nunca

¿Has tenido o tienes dudas sobre tu sexualidad?

Si No

¿Has experimentado tu sexualidad (besos, lío de una noche) con personas de tu mismo sexo?

Si No

¿Te sentirías incomodo si una persona de tu mismo sexo intentase ligar contigo?

Si No

¿Has mantenido relaciones sexuales (sexo oral, masturbación, penetración) de una noche con alguien desconocido?

Si No

Cuando tienes relaciones sexuales, ¿Dónde las llevas a cabo habitualmente?

En mi casa o la casa de mi pareja En sitios públicos abiertos (parques)
En sitios públicos cerrados (centros comerciales) Otros (hostales, coche...)

El SIDA se caracteriza por: (Puede marcar varias opciones)

Lo causa el virus "VIH" Afecta al sistema inmunológico Hay vacuna contra la infección
Se diagnostica a las 2 semanas Pueden pasar años sin que se exprese la enfermedad
Está relacionada con cáncer e infecciones Los síntomas iniciales son parecidos a una gripe

Las posibles vías de transmisión del SIDA son: (Puede marcar varias opciones)

Relaciones sexuales Contacto con sangre y fluidos corporales Besos apasionados
Compartir alimentos/bebidas Compartir jeringuillas Aire Transfusiones sanguíneas

Los métodos anticonceptivos para evitar Infecciones de transmisión sexual (ITS) y SIDA son:

Puede marcar más de una opción

Preservativo masculino Preservativo femenino Pastillas anticonceptivas
Espermicidas Óvulos, geles... Dispositivos intrauterinos Píldora del día después



¿Qué actividades son consideradas de BAJO riesgo para contraer VIH y otras ITS?

Puede marcar más de una opción

- Felación (contacto boca-pene) Masturbación Cunnilingus (c. boca-vagina)
Acariciarse los genitales Anilingus (boca-ano) Besos apasionados Sexo con condón

¿Qué actividades son consideradas de ALTO riesgo para contraer VIH y otras ITS?

Puede marcar más de una opción

- Sexo anal sin condón Sexo vaginal sin condón Sexo oral sin condón (pene-vagina-ano)
Contacto heridas-fluidos Acto sexual que produzca sangrado Muchas parejas sexuales

♦ **Acerca de salir por las noches:**

¿Con qué frecuencia sales por las noches de fiesta, de botellón, de bares o estas con tu grupo de amigos/as por la calle?

- Todos fines de semana Uno día a la semana Dos fines de semana al mes
Un par de días al mes No suelo salir

¿Consumes alcohol cuando sales con tus amigos de fiesta?

- Siempre Casi siempre Algunas veces Casi nunca Nunca

Además de alcohol, ¿has consumido alguna otra sustancia estando de fiesta? (tabaco, porros, éxtasis, cocaína...)

- Si No _____

¿Consideras que es más fácil ligar o conocer chic@s estando bajo los efectos del alcohol u otras sustancias?

- Siempre Casi siempre Algunas veces Casi nunca Nunca

¿Has mantenido relaciones sexuales bajo los efectos del alcohol u otras sustancias?

- Muchas veces Alguna vez Muy pocas veces Nunca

¿Te has sentido incomodo/a, en alguna ocasión, debido a que alguien bajo los efectos del alcohol u otras sustancias quería ligar contigo?

- Muchas veces Alguna vez Muy pocas veces Nunca

¿Has tenido miedo, en algún momento, de estar bajo los efectos del alcohol y alguien se aprovechase de ti?

- Muchas veces Alguna vez Muy pocas veces Nunca

¿Sientes miedo, cuando vuelves de fiesta a casa, de ser atacado/a con fines sexuales?

- Siempre Casi siempre Algunas veces Casi nunca Nunca



♦ **Acerca de uso de Redes Sociales:**

Cual consideras que es el mejor método para ligar en la actualidad

Cara a cara con compañeros de clase Con conocidos de amigos
A través de redes sociales A través de aplicaciones para ligar De fiesta

¿Has utilizado aplicaciones como Instagram, Badoo, Snapchat, Tinder, Grinder u otras para ligar?

Si No

¿Has mantenido relaciones sexuales gracias a aplicaciones como Instagram, Badoo, Snapchat, Tinder?

Si No

¿Te has sentido, alguna vez, incomodado sexualmente a través de las redes sociales?

Si No

¿Has practicado el sexting (mensajes con contenido sexual, palabras o fotos) en aplicaciones como Whatsapp, Instagram, Badoo, Snapchat, Tinder?

Si No

¿Has recibido durante los cursos escolares clases de educación sexual?

Si No

¿Consideras que las charlas de educación sexual recibidas han sido suficientes para tener los conocimientos necesarios para una vida afectivo-sexual segura?

Si No

¿Crees que se debería profundizar más en algún tema?

¡Muchas gracias por tu colaboración!