



Universitat de Lleida

Evaluación de un programa de intervención en salud sexual y reproductiva en grupos seleccionados

Miguela Martínez Orduna

<http://hdl.handle.net/10803/525867>

ADVERTIMENT. L'accés als continguts d'aquesta tesi doctoral i la seva utilització ha de respectar els drets de la persona autora. Pot ser utilitzada per a consulta o estudi personal, així com en activitats o materials d'investigació i docència en els termes establerts a l'art. 32 del Text Refós de la Llei de Propietat Intel·lectual (RDL 1/1996). Per altres utilitzacions es requereix l'autorització prèvia i expressa de la persona autora. En qualsevol cas, en la utilització dels seus continguts caldrà indicar de forma clara el nom i cognoms de la persona autora i el títol de la tesi doctoral. No s'autoritza la seva reproducció o altres formes d'explotació efectuades amb finalitats de lucre ni la seva comunicació pública des d'un lloc aliè al servei TDX. Tampoc s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant als continguts de la tesi com als seus resums i índexs.

ADVERTENCIA. El acceso a los contenidos de esta tesis doctoral y su utilización debe respetar los derechos de la persona autora. Puede ser utilizada para consulta o estudio personal, así como en actividades o materiales de investigación y docencia en los términos establecidos en el art. 32 del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual (RDL 1/1996). Para otros usos se requiere la autorización previa y expresa de la persona autora. En cualquier caso, en la utilización de sus contenidos se deberá indicar de forma clara el nombre y apellidos de la persona autora y el título de la tesis doctoral. No se autoriza su reproducción u otras formas de explotación efectuadas con fines lucrativos ni su comunicación pública desde un sitio ajeno al servicio TDR. Tampoco se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al contenido de la tesis como a sus resúmenes e índices.

WARNING. Access to the contents of this doctoral thesis and its use must respect the rights of the author. It can be used for reference or private study, as well as research and learning activities or materials in the terms established by the 32nd article of the Spanish Consolidated Copyright Act (RDL 1/1996). Express and previous authorization of the author is required for any other uses. In any case, when using its content, full name of the author and title of the thesis must be clearly indicated. Reproduction or other forms of for profit use or public communication from outside TDX service is not allowed. Presentation of its content in a window or frame external to TDX (framing) is not authorized either. These rights affect both the content of the thesis and its abstracts and indexes.



TESIS DOCTORAL

EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA DE
INTERVENCIÓN EN SALUD SEXUAL Y
REPRODUCTIVA EN GRUPOS SELECCIONADOS

Miguela Martínez Orduna

Programa de Doctorado en Salud
Departamento de Enfermería

Director: Joan Torres Puig-gros
Lleida, 2013

A los que ya no están por los momentos tan hermosos que compartimos y a los que están, Ramón, Cristina y Laura con quien los comparto.

AGRADECIMIENTOS

Deseo expresar mi agradecimiento a todas aquellas personas e instituciones que han prestado su apoyo y que de un modo u otro me han permitido realizar esta tesis.

- ✓ A todos y cada uno de los jóvenes que han participado en el estudio y con los que he aprendido tanto.
- ✓ A los profesores que han participado en la investigación por sus aportaciones que sin duda han enriquecido el trabajo.
- ✓ A mis hijas Cristina y Laura por su dedicación y ayuda en la elaboración de todas las ilustraciones de los juegos educativos.
- ✓ A Salvador Sáez por transmitirme su pasión por la educación para la salud, por su confianza y por su estímulo en estos años siempre que ha sido necesario.
- ✓ A Eva Artigues con la que he compartido trabajo, amistad y curiosidad, y que lo ha hecho todo mucho más fácil.
- ✓ A Roland Pastells por sus clases desinteresadas en el manejo del Refworks
- ✓ A Carmen Torres por brindarme siempre su confianza, su ánimo y su amistad cuando ha sido necesario.
- ✓ A Fernando Marqués, que conjuntamente con Joan Torres, le hubiera encantado dirigir esta tesis y se nos ha ido sin que fuera posible.
- ✓ A Juan Torres por la dirección de esta tesis quien me ha guiado, acompañado y me ha animado hasta el final.
- ✓ ... y a muchos más que aunque no nombre, siempre han estado a mi lado, mi gente, mis amigos y amigas y que han sido parte de esta etapa tan especial para mí y que siempre los llevo conmigo, muchas gracias.

A todos mi agradecimiento.

ÍNDICE

1 INTRODUCCIÓN	3
1.1.2 Factores determinantes de salud.....	11
1.1.3 Salud y globalización.....	14
1.1.4 Calidad de vida relacionada con la salud.....	15
1.1.5 La promoción de la salud.....	16
1.1.6 Promoción de la salud y empoderamiento.....	18
1.1.7 Entornos saludables como estrategia de Promoción de la Salud.....	21
1.1.8 Educación para la salud.....	22
1.1.9 Evolución del concepto de la educación para la salud.....	23
1.1.10 Otros aspectos de la educación para la salud.....	26
1.1.11 Comunicación y Educación para la Salud.....	27
1.1.12 La salud y la escuela.....	28
1.1.13 La educación para la salud y la escuela.....	29
1.1.14 Marco legislativo en la educación para la salud en la escuela.....	30
1.1.2 Salud sexual y reproductiva.....	31
1.1.2.1 Aspectos demográficos y socio sanitarios.....	32
1.1.2.2 Embarazo no planificado e interrupciones voluntarias de embarazo.....	33
1.1.2.3 Cambio en las culturas relativas a la sexualidad.....	35
1.1.2.4 El uso de los métodos anticonceptivos.....	36
1.1.2.5 La anticoncepción de emergencia (AE).....	38
1.1.2.6 La información sobre sexualidad y métodos anticonceptivos.....	39
1.1.2.7 Prevención de las infecciones de transmisión sexual (ITS).....	40
1.1.2.8 Las relaciones afectivo-sexuales en igualdad.....	42
1.1.3 Aspectos que influyen en la salud sexual y reproductiva de los jóvenes.....	43
1.1.3.1 Problemas existentes en el entorno de la salud sexual y reproductiva en la adolescencia.....	43
1.1.3.2 La información de los adolescentes y/o jóvenes.....	44
1.1.3.3 Las creencias de adolescentes y/o jóvenes.....	45
1.1.3.4 La influencia de los medios de comunicación.....	46
1.1.4 Comportamientos sexuales de los jóvenes.....	47
1.1.4.1 El descubrimiento y las vivencias.....	47
1.1.5 Modelo de actuación conceptualización.....	51
1.1.5.1 Interculturalidad y ética.....	51
1.1.5.2 Modelos de conducta y educación para la salud.....	52
1.1.5.3 La importancia de las teorías y modelos en la promoción y educación para la salud.....	53
1.1.5.4 Trabajo cooperativo en programas de intervención.....	54
1.1.5.5 Metodología cooperativa.....	55
1.2 Justificación.....	57
2 OBJETIVOS	63
<i>Finalidad</i>	63
<i>Objetivos</i>	63
3 MÉTODOS	67
3.1 Tipo de estudio.....	67
3.2 Participantes en el estudio.....	67
3.3 Intervención.....	67
3.3.1 Dinámicas.....	69
3.3.1.1 Dinámica “juego de aula”: ¿ Verdadero o falso?.....	70
3.3.1.2 Dinámica “juego de aula”: ¿Riesgo o no-riesgo?.....	70
3.3.1.3 Dinámica “Gigantes Encantados”.....	70
3.3.1.4 Dinámica: Preservativo: sopa de letras, crucigrama 1, crucigrama 2, el trabajo en grupo y ordena las secuencias.....	71
3.3.1.5 Dinámica “juego de aula”: Valores, opino que sí, opino que no.....	71

3.3.1.6 Dinámica “juego de aula”: Mitos en sexualidad. Estoy de acuerdo, no estoy de acuerdo.....	71
3.3.1.7 Dinámica “juego de aula”. El alcohol. ¿Cómo sabes lo que consumes cuando dices que es poco?.....	71
3.3.1.8 Planificación, organización, puesta en marcha y seguimiento de los juegos de aula. “Gestión de las dinámicas”	72
3.3.1.9 Imágenes para análisis y reflexión.....	72
3.3.1.10 Notas de prensa para análisis y reflexión	72
3.4 Variables.....	72
3.4.1 Sociodemográficas.....	72
3.4.2 Conocimientos.....	72
3.4.3 Actitudes de riesgo.....	73
3.4.4 Comportamiento	73
3.4.5 Valores.....	74
3.4.6 Mitos.....	74
3.4.7 Hábitos tóxicos.....	74
3.4.8 Satisfacción del programa.....	75
3.4.9 Variables secundarias	75
3.4.9.1 Mitos.....	75
3.4.9.2 Riesgo no riesgo.....	76
3.4.9.3 Comportamiento saludable.....	76
3.4.9.4 Valores	76
3.4.9.5 Conocimientos.....	76
3.4.9.6 Actitud saludable.....	77
3.4.10 Los gigantes encantados	77
3.5 Recogida de la información.....	78
3.6 Instrumentos.....	79
3.6.1 Cuestionarios.....	79
3.6.2 Registro de la valoración participante de los discentes.....	79
3.6.3 Registro de la entrevista con los tutores	80
3.6.4 Los gigantes encantados	80
3.7 Análisis de los datos.....	80
3.8 Temporalización del estudio. Cronograma.....	81
3.9 Aspectos éticos.....	81
4 RESULTADOS.....	85
4.1 Nivel de respuesta.....	85
4.2 Descripción de la muestra	86
4.2.1 Descripción global de la muestra.....	86
4.2.2 Descripción de la muestra según el número de sesiones.....	87
4.2.3 Descripción de la muestra según el nivel educativo o escolarización.	89
4.3 Comparación de los conocimientos test/retest por datos	90
independientes a nivel global, sexo y por número de sesiones.....	90
4.3.1 Comparación de los conocimientos test/retest por datos independientes a nivel global y según el nivel educativo.....	100
4.3.2 Comparación de los conocimientos test/retest por datos.....	106
independientes a nivel global y según curso de procedencia.....	106
4.4 Comparación en las actitudes de riesgo o no, por datos independientes a nivel global, género y por número de sesiones.....	116
4.4.1 Comparación del riesgo o no test/retest por datos independientes.....	119
según el nivel educativo	119
4.4.2 Comparación del riesgo o no test/retest por datos independientes.....	121
según curso de procedencia.	121
4.5 Comparación de los mitos test/retest, según el sexo y según el.....	124
número de sesiones	124
4.5.1 Comparación de los mitos test/retest según el nivel educativo.....	128
4.5.2 Comparación de los mitos según el curso de procedencia.....	130
4.6 Comparación de valores test/retest por datos independientes a nivel.....	135
global, sexo y por número de sesiones.....	135

4.6.1 Comparación de valores test/retest por datos independientes a nivel global y según el nivel educativo.....	138
4.6.2 Comparación de valores test/retest por datos independientes a nivel global y según curso de procedencia.....	140
4.7 Variables secundarias.....	144
4.7.1 Comparación de conocimientos test/retest en las variables secundarias, por datos independientes a nivel global , sexo, nivel educativo, curso de procedencia y número de sesiones impartidas.....	144
4.7.2 Comparación de la información basada en riesgo o no en las variables secundarias comparando test y retest , por datos independientes.....	146
a nivel global , sexo, nivel educativo curso de procedencia y número de sesiones.....	146
4.7.3 Comparación test/retest de la información basada en los mitos en las variables secundarias por datos independientes a nivel global , sexo, nivel educativo, curso de procedencia y número de sesiones.....	148
4.7.4 Comparación de valores test/retest en las variables secundarias comparando test retest, por datos independientes a nivel global , sexo, nivel educativo, curso de procedencia y número de sesiones impartidas.....	150
4.7.5 Comparación test/retest de actitudes saludables en las variables secundarias por datos independientes a nivel global, sexo y por número de sesiones.....	152
4.7.5.1 Comparación test/retest de actitudes saludables en las variables secundarias, según el nivel educativo y según el curso de procedencia.....	153
4.7.6 Comparación test/retest de comportamiento saludable en las variables secundarias por datos independientes a nivel global, sexo y por número de sesiones.....	154
4.7.6.1 Comparación de comportamiento saludable test/retest en las variables secundarias según el nivel educativo y según el curso de procedencia.....	155
4.8 Impacto de la dinámica de los gigantes encantados en la utilización del preservativo.....	156
4.9 Análisis de datos aparejados test/retest.....	158
4.9.1 Comparaciones test/retest con datos aparejados de conocimientos en alumnos que no han iniciado relaciones sexuales con penetración.....	158
4.10 Comparaciones test/retest con datos aparejados de conocimientos en alumnos que ya han iniciado relaciones sexuales con penetración.....	166
4.11 Comparación de las variables de conocimientos para el total de alumnos en los cuestionarios aparejados.....	173
4.12 Descripción de las variables de riesgo o no riesgo en los cuestionarios aparejados.....	192
4.13 Descripción de las variables relacionadas con la información basada en mitos en los cuestionarios aparejados.....	199
4.14 Descripción de las variables sobre valores en los cuestionarios aparejados.....	208
4.15 Variables secundarias en cuestionarios aparejados.....	217
4.15.1 Comparación de conocimientos test/retest por datos aparejados en las variables secundarias.....	217
4.15.2 Comparación test/retest de riesgo o no por datos aparejados en las variables secundarias.....	219
4.15.3 Comparación test/retest de la información basada en mitos por datos aparejados en las variables secundarias.....	221
4.15.4 Comparación test/retest de la información basada en los valores por datos aparejados en las variables secundarias.....	222
4.15.5 Comparación test/retest con datos aparejados de la muestra de la información basada en las actitudes saludables en las variables secundarias en cuestionarios aparejados.....	224
4.15.6 Comparación test/retest con datos aparejados de la información basada en los comportamientos saludables en las variables secundarias en cuestionarios aparejados.....	226

4.16 Descripción de los resultados cualitativos recogidos por observación directa en las diferentes sesiones educativas y grupos.	228
4.16.1 Jardinería. CET Salvador Seguí.....	228
4.16.2 Aula Taller de Lleida. (Adaptación escolar).....	229
4.16.3 Oficios: construcción/carpintería.....	230
4.16.4 Oficios: metal/pintura.....	231
4.16.5 Oficios: Hostelería y comercio.....	232
4.16.6 IES Bachiller.....	233
4.16.7 IES Alcarrás 4ºESO.....	234
4.16.8 IES Alcarrás 3ºESO. Sesión única.....	235
4.16.9 IES Alcarrás 3ºESO. 4 Sesiones.....	235
4.17 Satisfacción del programa.....	237
4.17.1 Descripción de del interés y la satisfacción.....	237
4.17.2 Descripción de la percepción de aprendizaje de los alumnos/as.....	239
4.17.3 Descripción de la percepción de la utilidad de los juegos por los.....	241
alumnos/as.....	241
4.17.4 Descripción de la percepción de la duración de las sesiones por los.....	244
alumnos/as.....	244
4.17.4 Descripción de la percepción de la oportunidad de participación.....	246
de los alumnos/as.....	246
4.18 Variables de hábitos tóxicos en los alumnos/as.....	247
4.18.1 Descripción de la opinión y el consumo de drogas test por datos.....	247
independientes a nivel global, sexo y por número de sesiones.	247
4.18.2 Descripción de la opinión y el consumo de drogas test/retest por.....	249
datos independientes, según el nivel educativo y curso de procedencia.....	249
4.19 Descripción de la opinión de los jóvenes respecto al uso del preservativo y al aborto.....	253
4.19.1 Comparación de la opinión del preservativo test/retest por datos.....	253
independientes a nivel global, sexo y nivel educativo.	253
4.19.2 Comparación de la opinión del preservativo test/retest por datos.....	254
independientes, según el curso de procedencia y número de sesiones.	254
4.19.3 Comparación de la opinión sobre el aborto test/retest por datos.....	255
independientes a nivel global, sexo y por número de sesiones.	255
4.19.4 Comparación de la opinión sobre el aborto test/retest por datos.....	256
independientes, según el curso de procedencia y número de sesiones.	256
5 DISCUSIÓN.....	259
5.1 Discusión de la metodología.....	259
5.1.1 Adecuación del diseño al estudio.....	259
5.1.2 Entrevista con los docentes y observación.....	261
5.2 Discusión de los resultados por objetivos.....	262
5.2.1 Comparar antes/después de la intervención la prevalencia de.....	262
conocimientos, actitudes de riesgo, mitificación, valores, actitudes.....	262
saludables.....	262
y comportamiento saludable en relación a la salud sexual y reproductiva.....	262
5.2.1.1 Características de los encuestados según los conocimientos.....	262
5.2.1.2 Características de los encuestados sobre actitudes de riesgo.....	263
5.2.1.3 Características de los encuestados sobre la información basada en mitos.....	264
.....	264
5.2.1.4 Características de los encuestados sobre valores.....	264
5.2.1.5 Características de los encuestados sobre actitud saludable.....	265
5.2.1.6 Características de los encuestados sobre comportamientos saludables.....	265
5.2.1.7 Características de los encuestados en función del sexo.....	266
5.2.1.8 Características de los encuestados en función del nivel educativo.....	268
5.2.1.9 Características de los encuestados en función de los cursos de.....	269
procedencia.....	269
5.2.1.10 Características de los encuestados en función del número de sesiones.....	271
5.3 Conocer la efectividad de la dinámica de los gigantes encantados para mejorar las habilidades manipulativas en los jóvenes.....	272

5.4.1 Interés y satisfacción.....	273
5.4.2 Percepción de aprendizaje.....	273
5.4.3 Percepción de utilidad.....	274
5.4.4 Percepción de duración de las sesiones.....	275
5.4.5 Percepción de oportunidad de participación.....	276
5.5 Hábitos tóxicos de los encuestados.....	276
5.6 La opinión de los jóvenes sobre el preservativo.....	278
5.7 La opinión de los jóvenes sobre el aborto.....	278
6 CONCLUSIONES.....	283
7 BIBLIOGRAFÍA.....	289

ANEXOS en CD

Anexo 1 Cuestionario de conocimientos, opiniones y comportamientos de salud.....	3
Anexo 2 Cuestionario de satisfacción.....	9
Anexo 3 Consentimiento informado.....	13
Anexo 4 Entrevista con el tutor.....	17
Anexo 5 Programa pedagógico.....	31
Anexo 6 Infecciones de transmisión sexual. Juego de Aula: ¿Verdadero o falso?.....	35
Anexo 7 Juego de Aula: ¿Riesgo o no riesgo?.....	43
Anexo 8 Dinámica de “Gigantes encantados”.....	51
Anexo 9 Dinámicas de refuerzo a la sesión de métodos anticonceptivos.....	55
Anexo 10 Juego de Aula, los valores: Opino que sí, opino que no.....	67
Anexo 11 Mitos en sexualidad. Juego de Aula: Estoy de acuerdo, no estoy de acuerdo.....	77
Anexo 12 El alcohol. Cuando dices que lo que consumes es lo normal, ¿Cómo lo sabes?.....	87
Anexo 13 Planificación, organización, puesta en marcha y seguimiento de los juegos de Aula Bloque práctico.....	107
Anexo 14 Análisis de imágenes.....	117
Anexo 15 Análisis de notas de prensa.....	129
Anexo 16 Ficha de recogida de información de los gigantes encantados.....	153
Anexo 17 Ficha de recogida de información de los participantes.....	157

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Instrumentos de <i>intervención</i> . Dinámicas	70
Tabla 2: Nivel de respuesta	85
Tabla 3: Variables globales de la muestra.....	87
Tabla 5: Variables de la muestra según el nivel educativo o escolarización.....	89
Tabla 6 : Comparación de los conocimientos test/retest por datos independientes a nivel global, sexo y por número de sesiones.....	91
Tabla 7: Comparación de los conocimientos test/retest por datos independientes a nivel global y según el nivel educativo	101
Tabla 8: Comparación de los conocimientos test/retest por datos independientes a nivel global y según curso de procedencia.....	108
Tabla 9: Comparación de riesgo o no, por datos independientes a nivel global, sexo y por número de sesiones.....	117
Tabla 10: Comparación de riesgo o no test/retest por datos independientes según el nivel educativo.....	120
Tabla 11: Comparación del riesgo o no test/retest por datos independientes según curso de procedencia.....	122
Tabla 12: Comparación de los mitos test/retest según el género y según el número de sesiones.....	126
Tabla 13: Comparación de los mitos test/retest según el nivel educativo	130
Tabla 15: Comparación de valores test/retest por datos independientes a nivel global, sexo y por número de sesiones.....	136
Tabla 16: Comparación de valores test/retest por datos independientes a nivel global y según el nivel educativo	139
Tabla 17: Comparación de valores test/retest por datos independientes a nivel global y según curso de procedencia.....	141
Tabla 18: Comparación de conocimientos test/retest en las variables secundarias, por datos independientes a nivel global , sexo, nivel educativo, curso de procedencia y número de sesiones impartidas.....	145
Tabla 19: Comparación test/retest de la información basada en riesgo o no en las variables secundarias por datos independientes a nivel global , género nivel educativo curso de procedencia y número de sesiones.....	147

Tabla 20: Comparación test/retest de la información basada en los mitos en las variables secundarias por datos independientes a nivel global , sexo nivel educativo curso de procedencia y número de sesiones.....	149
Tabla 21: Comparación de valores test/retest en las variables secundarias comparando test retest, por datos independientes a nivel global , sexo, nivel educativo, curso de procedencia y número de sesiones impartidas.	151
Tabla 22: Comparación test/retest de actitudes saludables en las variables secundarias por datos independientes a nivel global, género y por número de sesiones.	152
Tabla 23: Comparación test/retest de actitudes saludables en las variables secundarias, según el nivel educativo y según el curso de procedencia.....	153
Tabla 24: Variables secundarias de comportamiento saludable test/retest por datos independientes a nivel global, sexo y por número de sesiones.....	154
Tabla 25: Variable secundaria del comportamiento saludable test/retest por datos independientes a nivel global, según el nivel educativo y según curso de procedencia.....	155
Tabla 26: Validez de la dinámica de los gigantes encantados en la utilización del preservativo.	157
Tabla 27: Comparación test/retest con datos aparejados de la pregunta que es la píldora postcoital.....	158
Tabla 28: Comparación test/retest con datos aparejados de la pregunta se que es la píldora postcoital, a nivel global, sexo, nivel educativo, curso de procedencia y número de sesiones....	158
Tabla 29: Comparación test/retest con datos aparejados de la pregunta - la primera vez no utilizaré ningún método anticonceptivo -.....	160
Tabla 30: Comparación test/retest con datos aparejados de la pregunta la primera vez no utilizaré ningún método anticonceptivo, a nivel global, sexo, nivel educativo, curso de procedencia y número de sesiones.....	160
Tabla 31: Comparación test/retest con datos aparejados de la pregunta la primera vez utilizaré preservativo desde el inicio de las relaciones sexuales.....	161
Tabla 32: Comparación test/retest con datos aparejados de la pregunta la primera utilizaré preservativo desde el inicio de las relaciones sexuales, a nivel global, sexo, nivel educativo, curso de procedencia y número de sesiones.	162
Tabla 33: Comparación test/retest con datos aparejados de la pregunta la primera vez utilizaré pastillas anticonceptivas.....	163
Tabla 34: Comparación test/retest con datos aparejados de la pregunta la primera vez utilizaré pastillas anticonceptivas, a nivel global, sexo, nivel educativo,	164
Tabla 35: Comparación test/retest con datos aparejados de la pregunta la primera vez utilizaré la marcha atrás.....	165

Tabla 36: Comparación test/retest con datos aparejados de la pregunta la primera vez utilizaré la marcha atrás, a nivel global, sexo, nivel educativo, curso de procedencia y número de sesiones.....	165
Tabla 37: Comparación test/retest con datos aparejados de la pregunta no utilizo ningún método anticonceptivo.....	166
Tabla 38: Comparación test/retest con datos aparejados de la pregunta no utilizo ningún método anticonceptivo, a nivel global, sexo, nivel educativo, curso de procedencia y número de sesiones.....	167
Tabla 39: Comparación test/retest con datos aparejados de la pregunta utilizo pastillas anticonceptivas.....	168
Tabla 40: Comparación test/retest con datos aparejados de la pregunta utilizo pastillas anticonceptivas, a nivel global, sexo, nivel educativo, curso de procedencia y número de sesiones.....	169
Tabla 41: Comparación test/retest con datos aparejados de la pregunta utilizo preservativo desde el inicio.....	170
Tabla 42: Comparación test/retest con datos aparejados de la pregunta -utilizo preservativo desde el inicio -, a nivel global, sexo, nivel educativo, curso de procedencia y número de sesiones.....	170
Tabla 43 Comparación test/retest con datos aparejados de la pregunta utilizo la marcha atrás	171
Tabla 44: Comparación test/retest con datos aparejados de la pregunta utilizo la marcha atrás, a nivel global, sexo, nivel educativo, curso de procedencia y número de sesiones.....	172
Tabla 45: Comparación test/retest con datos aparejados de la pregunta el diafragma es el mejor método de doble protección.....	173
Tabla 46: Comparación test/retest con datos aparejados de la pregunta el diafragma es el mejor método de doble protección, a nivel global, sexo, nivel educativo, curso de procedencia y número de sesiones.....	173
Tabla 47: Comparación test/retest con datos aparejados de la pregunta el DIU es el mejor método de doble protección.	174
Tabla 48: Comparación test/retest con datos aparejados de la pregunta el DIU es el mejor método de doble protección, a nivel global, sexo, nivel educativo, curso de procedencia y número de sesiones.....	175
Tabla 49: Comparación test/retest con datos aparejados de la pregunta la crema espermicida es el mejor método de doble protección.	176

Tabla 50: Comparación test/retest con datos aparejados de la pregunta la crema espermicida es el mejor método de doble protección, a nivel global, sexo, nivel educativo, curso de procedencia y número de sesiones.....	176
Tabla 51: Comparación test/retest con datos aparejados de la pregunta el preservativo es el mejor método de doble protección.....	177
Tabla 52: Comparación test/retest con datos aparejados de la pregunta el preservativo es el mejor método de doble protección, a nivel global, sexo, nivel educativo, curso de procedencia y número de sesiones.....	178
Tabla 53: Comparación test/retest con datos aparejados de la pregunta las pastillas anticonceptivas son el mejor método de doble protección.....	179
Tabla 54: Comparación test/retest con datos aparejados de la pregunta las pastillas anticonceptivas son el mejor método de doble protección, a nivel global, género, nivel educativo, curso de procedencia y número de sesiones.....	179
Tabla 55: Comparación test/retest con datos aparejados de la pregunta la marcha atrás es el mejor método de doble protección.....	180
Tabla 56: Comparación test/retest con datos aparejados de la pregunta la marcha atrás es el mejor método de doble protección, a nivel global, sexo, nivel educativo, curso de procedencia y número de sesiones.....	181
Tabla 57: Comparación test/retest con datos aparejados de la pregunta el sida puede contagiarse a través del beso.....	182
Tabla 58: Comparación test/retest con datos aparejados de la pregunta el sida puede contagiarse a través del beso, a nivel global, sexo, nivel educativo, curso de procedencia y número de sesiones.....	182
Tabla 59: Comparación test/retest con datos aparejados de la pregunta el sida puede contagiarse a través del intercambio de ropa.....	184
Tabla 60: Comparación test/retest con datos aparejados de la pregunta el sida puede contagiarse a través del intercambio de ropa, a nivel global, sexo, nivel educativo, curso de procedencia y número de sesiones.....	184
Tabla 61: Descripción global de la variable: El sida puede contagiarse por ir a un WC público.	185
Tabla 62: Comparación test/retest con datos aparejados de la pregunta el sida puede contagiarse por ir a un WC público, a nivel global, sexo, nivel educativo, curso de procedencia y número de sesiones.....	186
Tabla 63: Comparación test/retest con datos aparejados de la pregunta el sida puede contagiarse a través de picadas de insectos.....	187

Tabla 64: Comparación test/retest con datos aparejados de la pregunta el sida puede contagiarse a través de picadas de insectos, a nivel global, sexo, nivel educativo, curso de procedencia y número de sesiones.....	187
Tabla 65: Comparación test/retest con datos aparejados de la pregunta el sida puede contagiarse a través de relaciones sexuales con penetración sin preservativo.....	189
Tabla 66: Comparación test/retest con datos aparejados de la pregunta el sida puede contagiarse a través de relaciones sexuales con penetración sin preservativo, a nivel global, sexo, nivel educativo, curso de procedencia y número de sesiones.....	189
Tabla 67: Comparación test/retest con datos aparejados de la pregunta.....	190
el sida puede contagiarse a través de intercambio de utensilios de comida.....	190
Tabla 68: Comparación test/retest con datos aparejados de la pregunta el sida puede contagiarse a través de intercambio de utensilios de comida, a nivel global, sexo, nivel educativo, curso de procedencia y número de sesiones.....	191
Tabla 69: Comparación test/retest con datos aparejados de la pregunta en el chico el liquido previo a la eyaculación puede provocar embarazo	192
Tabla 70: Comparación test/retest con datos aparejados de la pregunta en el chico el liquido previo a la eyaculación puede provocar embarazo a nivel global, sexo, nivel educativo, curso de procedencia y número de sesiones.....	192
Tabla 71: Comparación test/retest con datos aparejados de la pregunta si se produce la eyaculación cerca de la vagina sin penetración puede provocar embarazo	194
Tabla 72: Comparación test/retest con datos aparejados de la pregunta si se produce la eyaculación cerca de la vagina sin penetración puede provocar embarazo a nivel global, género, nivel educativo, curso de procedencia y número de sesiones.....	194
Tabla 73: Comparación test/retest con datos aparejados de la pregunta si una chica mantiene relaciones sexuales durante la menstruación tiene riesgo de embarazo.....	196
Tabla 74: Comparación test/retest con datos aparejados de la pregunta si una chica mantiene relaciones sexuales durante la menstruación tiene riesgo de embarazo a nivel global, sexo, nivel educativo, curso de procedencia y número de sesiones.	196
Tabla 75: Comparación test/retest con datos aparejados de la pregunta si se rompe el preservativo hay riesgo de Infección de transmisión sexual y embarazo.	198
Tabla 76: Comparación test/retest con datos aparejados de la pregunta si se rompe el preservativo hay riesgo de Infección de transmisión sexual y embarazo a nivel global, sexo, nivel educativo, curso de procedencia y número de sesiones.	198
Tabla 77: Comparación test/retest con datos aparejados de la pregunta las relaciones sexuales con penetración son más satisfactorias.	199

Tabla 78: Comparación test/retest con datos aparejados de la pregunta las relaciones sexuales con penetración son más satisfactorias a nivel global, género, nivel educativo, curso de procedencia y número de sesiones.....	200
Tabla 79: Comparación test/retest con datos aparejados de la pregunta masturbarse puede provocar algún problema de salud	201
Tabla 80: Comparación test/retest con datos aparejados de la pregunta masturbarse puede provocar algún problema de salud a nivel global, sexo, nivel educativo, curso de procedencia y número de sesiones.....	202
Tabla 81: Comparación test/retest con datos aparejados de la pregunta las chicas cuando tienen la primera relación con penetración sangran siempre	203
Tabla 82: Comparación test/retest con datos aparejados de la pregunta las chicas cuando tienen la primera relación con penetración sangran siempre a nivel global, género, nivel educativo, curso de procedencia y número de sesiones.....	204
Tabla 83: Comparación test/retest con datos aparejados de la pregunta la chica siempre llega al orgasmo en las relaciones sexuales con penetración.....	205
Tabla 84 Comparación test/retest con datos aparejados de la pregunta la chica siempre llega al orgasmo en las relaciones sexuales con penetración a nivel global, género, nivel educativo, curso de procedencia y número de sesiones.....	205
Tabla 85: Comparación test/retest con datos aparejados de la pregunta el uso del preservativo disminuye el placer sexual.....	206
Tabla 86: Comparación test/retest con datos aparejados de la pregunta el uso de preservativo disminuye el placer sexual a nivel global, sexo, nivel educativo, curso de procedencia y número de sesiones.....	207
Tabla 87 Comparación test/retest con datos aparejados de la pregunta las relaciones sexuales se han de tener siempre que tu pareja te lo proponga.....	208
Tabla 88: Comparación test/retest con datos aparejados de la pregunta si las relaciones sexuales se han de tener siempre que tu pareja te lo proponga a nivel global, sexo, nivel educativo, curso de procedencia y número de sesiones.....	209
Tabla 89: Comparación test/retest con datos aparejados de la pregunta la homosexualidad es una forma más de manifestar la sexualidad.....	210
Tabla 90: Comparación test/retest con datos aparejados de la pregunta la homosexualidad es una forma más de manifestar la sexualidad a nivel global, sexo, nivel educativo, curso de procedencia y número de sesiones.....	211
Tabla 91: Comparación test/retest con datos aparejados de la pregunta la homosexualidad es una enfermedad.....	212

Tabla 92: Comparación test/retest con datos aparejados de la pregunta la homosexualidad es una enfermedad a nivel global, sexo, nivel educativo, curso de procedencia y número de sesiones.....	212
Tabla 93: Comparación test/retest con datos aparejados de la pregunta no tengo opinión sobre la homosexualidad.....	213
Tabla 94: Comparación test/retest con datos aparejados de la pregunta no tengo opinión sobre la homosexualidad a nivel global, sexo, nivel educativo, curso de procedencia y número de sesiones.....	214
Tabla 95 Comparación test/retest con datos aparejados de la pregunta la sexualidad debe ser consecuencia del cariño con otra persona.....	215
Tabla 96: Comparación test/retest con datos aparejados de la pregunta la sexualidad debe ser consecuencia del cariño con otra persona a nivel global, sexo, nivel educativo, curso de procedencia y número de sesiones.....	216
Tabla 97: Comparación test/retest con datos aparejados de conocimientos.....	217
Tabla 98: Comparación test/retest con datos aparejados de conocimientos a nivel global, sexo, nivel educativo, curso de procedencia y número de sesiones comparando test y retest...	218
Tabla 99: Comparación test/retest con datos aparejados de riesgo o no.....	219
Tabla 100: Comparación test/retest con datos aparejados de riesgo o no en cuestionarios aparejados a nivel global, sexo, nivel educativo, curso de procedencia y número de sesiones comparando test y retest.....	220
Tabla 101: Comparación test/retest con datos aparejados de los mitos en.....	221
sexualidad.....	221
Tabla 102 : Comparación test/retest con datos aparejados de mitos en sexualidad en cuestionarios aparejados a nivel global, sexo, nivel educativo, curso de procedencia y número de sesiones comparando test y retest.....	221
Tabla 103: Comparación test/retest con datos aparejados de valores.....	223
Tabla 104: Comparación test/retest con datos aparejados de valores en sexualidad en cuestionarios aparejados a nivel global, sexo, nivel educativo, curso de procedencia y número de sesiones.....	223
Tabla 105: Comparación test/retest con datos aparejados de las actitudes saludables.....	225
Tabla 106 : Comparación test/retest con datos aparejados en actitudes saludables en cuestionarios aparejados a nivel global, sexo, nivel educativo, curso de procedencia y número de sesiones comparando test y retest.....	225
Tabla 107: Comparación test/retest con datos aparejados del comportamiento saludable.....	227

Tabla 108 : Comparación test/retest con datos aparejados de comportamiento saludable en cuestionarios aparejados a nivel global, sexo, nivel educativo, curso de procedencia y número de sesiones comparando test y retest.....	227
Tabla 109: Descripción del interés y satisfacción por datos independientes a nivel global, sexo, nivel educativo, curso de procedencia y número de sesiones.....	237
Tabla 110: Descripción de la variable de percepción de aprendizaje de los alumnos/as por datos independientes a nivel global, sexo , nivel educativo, curso de procedencia y número de sesiones.....	239
Tabla 111: Descripción de la percepción de la utilidad de los juegos por los alumnos/as por datos independientes a nivel global, sexo y nivel educativo.	241
Tabla 112: Descripción de la percepción de la duración de las sesiones por los alumnos/as por datos independientes a nivel global, sexo, número de sesiones, nivel educativo y curso de procedencia.....	244
Tabla 113: Descripción de la variable de la percepción de la oportunidad de participación de los alumnos/as por datos independientes a nivel global, sexo, número de sesiones, nivel educativo y curso de procedencia.....	246
Tabla 114: Variable de la opinión y el consumo de drogas por datos independientes a nivel global, sexo y por número de sesiones.....	247
Tabla 115: Variable de la opinión y el consumo de drogas por datos independientes, según el nivel educativo y curso de procedencia.....	249
Tabla 116: Variable de la opinión del preservativo test/retest por datos independientes a nivel global, sexo y nivel educativo.....	253
Tabla 117: Variable de la opinión del preservativo test/retest por datos independientes según el curso de procedencia y el número de sesiones.....	254
Tabla 118: Variable de la opinión sobre el aborto test/retest por datos independientes a nivel global, género y por número de sesiones.....	255
Tabla 119: Variable de la opinión sobre el aborto test/retest por datos independientes según el curso de procedencia y número de sesiones.....	256

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Factores que tiene que ver con la salud. (Lalonde 1974).....	12
Figura 2: Factores que tiene que ver con la distribución de los recursos de salud. (Lalonde 1974).....	12
Figura 3: Distribución de la reducción esperada en mortalidad según el modelo epidemiológico en porcentajes. EEUU. (Dever, 1976).....	13
Figura 4: Gastos federales destinados al sector salud en porcentajes. EEUU. (Dever,1976).....	13
Figura 5: Razones para usar el preservativo (INJUVE, 2004)	38
Figura 6: El PRECEDE-PROCEED. Modelo de planificación.....	68
Figura 7: Cronograma de actividades	81

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

ACPS : Actividades Comunitarias de Promoción de la Salud
AE: Anticoncepción de Emergencia
AMPA: Asociación de Madres y Padres
APS: Atención Primaria de Salud
CET: Centro Especial de Trabajo
CIMOP: Comunicación, Imagen y Opinión Pública
CRIPS: Centro Regional de Información y Prevención sobre el SIDA
CVRS: Calidad de vida relacionado con la salud
EAP: Equipo de Atención Primaria
ECA: Ensayo controlado aleatorio
EpS: Educación para la salud
ESO: Enseñanza secundaria obligatoria
HBSC Health Behaviour in School Aged
IES: Instituto de Enseñanza Secundaria
INE. Instituto Nacional de Estadística
INJUVE: Instituto de Juventud en España
IIE: Intervenciones interactivas electrónicas
IPH: Interrupción postcoital hormonal
ITS: Infección de Transmisión Sexual
IVE: Interrupción voluntaria de embarazo
LOGSE: Ley Orgánica de Ordenación General del Sistema Educativo
MSC: Ministerio de Sanidad y Consumo
OMS: Organización Mundial de la Salud
OPS: Organización Panamericana de Salud
SIDA: Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
TIC: Tecnologías de la Información y Comunicación
UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
VIH: Virus de inmunodeficiencia humana
VPH: Virus del papiloma humano
UBE: Unidad de bebida estándar

RESUMEN

INTRODUCCIÓN. Los cambios sociales y el nuevo tipo de vida son causa del aumento de infecciones de transmisión sexual entre los jóvenes, de embarazos no planificados y de interrupciones voluntarias de embarazo.

OBJETIVOS. Conocer antes/después de la intervención la prevalencia de conocimientos, actitudes de riesgo, mitificación, valores, actitudes saludables y comportamiento saludable en relación a la salud sexual y reproductiva. Valorar la efectividad del programa en función del nivel educativo, y número de sesiones y conocer la satisfacción de los jóvenes, la prevalencia de hábitos tóxicos y su opinión respecto al uso del preservativo y al aborto.

MÉTODOS. Estudio comparativo antes-después de una intervención educativa no aleatorio, abordándolo tanto como por datos independientes como para datos apareados. En el primer abordaje se utilizó la prueba de ji cuadrado y en el segundo la prueba de McNemar. A todos los jóvenes se les impartieron 4 sesiones educativas de hora y media por sesión y con metodología colaborativa a excepción de un grupo al que se le realizó solo una intervención de una hora media con la clásica charla magistral.

RESULTADOS. En la mayoría de los encuestados se observa que el nivel de información es alto. Llama la atención que todavía crean en la marcha atrás y en las cremas espermicidas como métodos para evitar embarazos y ITS. El riesgo de embarazos no planificados e ITS es alto por la falta de protección en las relaciones sexuales y por tener un conocimiento basado en el mito. Identifican la sexualidad como diversión y son poco tolerantes con la homosexualidad, sobre todo en los alumnos/as de 3º de ESO y adaptación escolar. Además se observa una actitud y un comportamiento en las relaciones sexuales no saludable.

El programa de intervención tiene el mejor momento de receptividad, de y de reflexión en los adolescentes con nivel de escolarización normal, aunque hay significación estadística en todos los grupos a los que se les ha impartido todo el programa. Aquellos alumnos que recibieron 4 sesiones educativas había significación estadística respecto a la mejora de conocimientos, de discriminación del riesgo, de desmitificación, estaban más receptivos a cambios de opinión y había una mejora de la actitud y comportamiento saludable en la práctica de la salud sexual y reproductiva, no sucediendo así en aquellos alumnos a los que se impartió 1 sesión con clase magistral.

La satisfacción ha sido alta y destacan que las dinámicas les han servido para reflexionar y unirse al grupo. Llama la atención el bajo porcentaje que contesta en

el cuestionario haber consumido alguna droga, posiblemente por no considerar ni al tabaco ni al alcohol como drogas, ya que dicen haberlo consumido mayoritariamente. Respecto a la opinión que tienen los jóvenes sobre el preservativo y el aborto es buena en la mayoría de los participantes aunque hay mejora en la opinión del preservativo, tanto en hombres como en mujeres con significación estadística después de la intervención, en aquellos alumnos/as a los que se les realizaron 4 sesiones educativas , manteniendo la opinión que tenían sobre el aborto.

CONCLUSIONES. Se confirma la utilidad del programa en todos los centros estudiados a los que se le realizaron 4 sesiones educativas. El resultado de este estudio confirma la utilidad de las dinámicas grupales y el trabajo cooperativo. También alerta de los hábitos tóxicos de la población estudiada. y sobre la importancia de una rigurosa evaluación para prevenir los potenciales gastos de recursos ineficaces.

RESUM

INTRODUCCIÓ. Els canvis socials i el nou tipus de vida son la causa de l'augment d'infeccions de transmissió sexual entre els joves, d'embarassos no planificats i d'interrupcions voluntaries d'embaràs.

OBJETIUS. Conèixer abans/després de la intervenció la prevalença de coneixements, actituds de risc, mitificació, valors, actituds saludables i comportament saludable en relació a la salut sexual i reproductiva. Valorar l'efectivitat del programa en funció del nivell educatiu i nombre de sessions, i conèixer la satisfacció dels joves, la prevalença d'hàbits tòxics i la seva opinió respecte a l'us del preservatiu i l'abortament.

MÈTODES. Estudi comparatiu abans-després d'una intervenció educativa no aleatori, abordant-lo tant com a dades independents com per a dades aparellades. Al primer abordatge es va utilitzar la prova de ji quadrat i al segon la prova de McNemar. A tots els joves s'els hi va impartir quatre sessions educatives d'hora i mitja per sessió i amb metodologia col.laborativa a excepció d'un grup al que només se li va realitzar una intervenció d'una hora i mitja amb la clàssica xerrada magistral.

RESULTATS. En la majoria dels enquestats s'observa que el nivell d'informació és alt. Sorpren que encara creguin en la marxa enrera i en les cremes espermicides com a mètodes per evitar embarassos i infeccions de transmissió sexual (ITS). El risc d'embarassos no planificats i ITS és alt per la falta de protecció en les relacions sexuals i per tenir un coneixement basat en el mite. Identifiquen la sexualitat com a diversió i són poc tolerants amb la homosexualitat, sobretot en els/les alumnes de tercer d'educació secundària obligatòria (ESO) i adaptació escolar. A més a més s'observa una actitud i un comportament en les relacions sexuals no saludables.

El programa d'intervenció té el millor moment de receptivitat i de reflexió en els adolescents amb nivell d'escolarització normal, encara que hi ha significació estadística en tots els grups als que s'els hi ha impartit tot el programa. Aquells alumnes que van rebre quatre sessions educatives hi havia significació estadística respecte la millora de coneixements, de discriminació del risc, de desmitificació, estaven més receptius a canvis d'opinió i hi havia una millora de l'actitud i comportament saludable en la pràctica de la salut sexual i reproductiva, no succeint així en aquells alumnes als que s'els hi va impartir la sessió amb classe magistral.

La satisfacció ha sigut alta i destaquen que les dinàmiques els hi han servit per a reflexionar i unir-se al grup. Sorprén el baix percentatge que contesta en el qüestionari haver consumit alguna droga, possiblement per no considerar al tabac ni a l'alcohol com a drogues, ja que diuen haver-les consumit majoritàriament. Respecte a l'opinió que tenen els joves sobre el preservatiu i l'abortament és bona en la majoria dels participants tot i que hi ha millora en l'opinió del preservatiu, tant en homes com en dones amb significació estadística després de la intervenció, en aquells alumnes als que s'els hi va realitzar quatre sessions educatives, mantenint l'opinió que tenien sobre l'abortament.

CONCLUSIONS. Es confirma la utilitat del programa en tots els centres estudiats als que s'els hi va realitzar quatre sessions educatives. El resultat d'aquest estudi confirma la utilitat de les dinàmiques grupals i el treball cooperatiu. També alerta dels hàbits tòxics de la població estudiada i sobre la importància d'una rigorosa evaluació per a prevenir els potencials malgastaments de recursos ineficaços.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Social changes and the lifestyle are some of the causes that increase sexually transmitted diseases among youth, unwanted pregnancies and voluntary interruptions of pregnancy.

AIMS: To identify before / after intervention the prevalence of knowledge, risk attitudes, myth, values, healthy attitudes and healthy behavior in relation to sexual and reproductive health. To assess the effectiveness of the program in terms of educational level, and number of sessions and to know the satisfaction of youth, the prevalence of toxic habits and their views on condom use and abortion.

METHODS: Comparative study before and after a non-randomized educational intervention was done, approaching it with both unpaired and paired data. For the first approach chi-square test was used, and then McNemar test for the second approach. All youth had four educational sessions of one hour and a half per session and collaborative methodology with an exception of a group that underwent only one session of hour and a half with a master class.

RESULTS: In most surveyed it is shown that the level of information is high. Striking that still believe in the withdrawal or Pull-Out Method and in spermicidal creams as methods to prevent pregnancy and sexually transmitted diseases. The risk of unintended pregnancy and sexually transmitted diseases is high due to lack of protection during sex and having a knowledge based on the myth. They identify sexuality as just fun and are little tolerant to homosexuality, particularly alumni / ae in the 3rd year of Compulsory Secondary Education and school adjustment. In addition there is an unhealthy attitude and behavior in sexual relationships.

The interventional program has its best time of receptivity, and reflection in adolescents with normal schooling level, although there is statistical significance in all groups that have been taught throughout the program. Those students who received four educational sessions had statistical significance concerning the improvement of knowledge, risk discrimination, demystification, were more receptive to change their minds and had an improved attitude and healthy behavior in the practice of sexual and reproductive health, not happening thereby in those students who were taught only with the master class.

Satisfaction has been high, highlighting that the dynamics have helped to think and join the group. Of note is the low percentage answering the questionnaire that had consumed any drugs, possibly for not considering neither to snuff or alcohol as drugs, as they say having done mostly. Regarding the opinion that young

people have about condoms and abortion is good in most of the participants although there is a statistically significantly improvement in the opinion of condoms, both men and women after the intervention, in those alumni / ae who underwent four educational sessions, hold the view that they had on abortion.

CONCLUSIONS: This study confirms the usefulness of the program in all the schools studied where four educational sessions were performed. The result of this study confirms the usefulness of group dynamics and teamwork. Also warns about the toxic habits of the study population and the importance of a thorough assessment to prevent potential ineffective resource expenditures.

INTRODUCCIÓN

1 INTRODUCCIÓN

En el curso escolar 2000 y 2001 al finalizar un postgrado en dinámicas de grupo, a varias enfermeras se nos ofrece participar en las charlas educativas sobre salud sexual y reproductiva que se impartían en diferentes centros escolares, con el fin de valorar y aconsejar cambios si fuera necesario. También se pretendía crear y/o consolidar un equipo de trabajo para impartir educación en materia de salud sexual y reproductiva, a jóvenes en diferentes centros educativos.

El proyecto inicialmente se centró en la observación de las metodologías docentes que se utilizaban para posteriormente realizar, si creíamos conveniente, un nuevo proyecto que ofreciera otras alternativas y/o nuevas metodologías docentes. Las características de la propuesta presentaban un gran atractivo, sobre todo por mi implicación como enfermera de Atención Primaria y como docente en la Facultad de Enfermería. Además puesto que las intervenciones estaban solicitadas por los diversos centros escolares y las AMPA, implicaban la participación de la familia, los profesores y los jóvenes, aspectos estos esenciales para llevar a cabo, con rigor una intervención educativa.

También el proyecto despertaba gran interés para mí, ya que permitía la puesta en marcha de metodologías docentes y su evaluación, permitiendo el desarrollo de la actividad investigadora.

Actualmente conocemos la importancia y necesidad de afrontar la salud desde una perspectiva integral, holística e interdisciplinar y a reconocerla como un valor fundamental. Por otra parte reconocemos al entorno escolar como garante en el cuidado a la salud, generando una cultura de protección, promoción y prevención de la salud.

El proyecto propiciaba un acercamiento a un entorno escolar en el que podíamos introducir aspectos esenciales de la salud sexual y reproductiva con efectos positivos desde el inicio para todos los actores implicados en la educación de los jóvenes en un tema en el que cuesta hablar tanto en el entorno familiar como en el escolar, por lo que propiciaba la intervención.

Me he tomado la licencia de aclarar que este fue el embrión o el precedente del estudio que se presenta.

Durante este tiempo, acordamos que solo abordaríamos la observación y recogida de datos a partir de diversas encuestas elaboradas con el objetivo de hacer un análisis de la situación y realizar valoraciones que permitieran desarrollar un proyecto docente en salud sexual y reproductiva, y su posterior evaluación e impacto.

Partíamos de percepciones de diversas fuentes que confirmaban que los jóvenes tienen información suficiente para lograr un equilibrio en salud sexual pero sin embargo no procesan esa información y a través de los cuestionarios que les pasamos, analizamos que era así.^{1,2}

Finalmente añadir que el proyecto de investigación ha posibilitado el desarrollo de la tesis doctoral siguiendo la línea de la Educación para la Salud y por otra parte ha sido una oportunidad para que desde otra entidad ajena a la escuela, en este caso un Centro de Salud, se colaborara con ella iniciando un trabajo interdisciplinar.

La escuela es un entorno ideal para la protección y promoción de la salud, por lo que la salud sexual y reproductiva, debido a su impacto, debe afrontarse desde la transversalidad, generando comportamientos saludables e impartiendo una cultura que defienda la salud como valor fundamental

La evolución conceptual de la salud y la salud sexual y reproductiva han generado cambios que implican transformaciones en diferentes escenarios tanto políticos, económicos, sanitarios, socio sanitarios y educativos.

Si anteriormente la salud estaba centrada en la enfermedad, ha dado paso a un modelo mucho más complejo y holista en el que se incorporan otras dimensiones la psicológica, la ambiental y la biológica. Esta nueva concepción de la salud, no como ausencia de enfermedad sino como un estado de bienestar general de la persona, implica entender a la promoción de la salud como el vehículo hacia una cultura sanitaria que incluya la protección, la promoción, la información y el conocimiento para poder vivir saludablemente. También tiene en cuenta diversos determinantes de salud, destaca la importancia de la participación ciudadana y también el valioso papel de la educación.

Hay que destacar el gran trabajo de investigación y de divulgación que realiza la OMS y como institución responsable, impulsa de manera constante a la APS y la nueva cultura de salud, planeando continuamente estrategias para mejorarla

La salud entendida desde su concepción holística, implica la participación de ciudadanos y comunidades así como también instituciones, políticos y otros agentes. Por lo tanto la salud ya no es algo que dependa de los sanitarios sino que se entiende como interdisciplinar. No es ya la medicina quién acapara el protagonismo y ni siquiera es el escenario más importante.

Por lo tanto la promoción de la salud es el proceso de salud integral que busca el cambio de las personas, para que orienten su forma de vida hacia un estado de salud óptimo y la educación para la salud se convierte en uno de los instrumentos más valiosos para este nuevo concepto de salud.

Desde este enfoque, el entorno escolar es un escenario ideal para llevar a cabo este trabajo en materia de salud sexual y reproductiva y para implantar y mantener una cultura de salud en la escuela.

1.1 Marco teórico

El recorrido a través de este marco teórico está fundamentado con los diferentes conceptos que han sido clave y que han guiado esta investigación.

En primer lugar abordaremos el concepto de salud. Su transformación a través del siglo XX y XXI. Desde aquella definición ligada a la ausencia de la enfermedad hasta la actual concepción, no ligada a la medicina sino a esa concepción holista citada anteriormente, en la que intervienen diferentes factores y determinantes de salud y también diferentes disciplinas.

Hoy se conoce la influencia de los determinantes de la salud y la repercusión de los estilos de vida y del entorno en nuestra salud.

El entorno educativo, también se relaciona directamente con la salud por lo que es de gran interés situar el tema salud en la escuela. El binomio salud y escuela es imprescindible y un factor a potenciar. Por otra parte la educación para la salud es un instrumento imprescindible en la capacitación en ese entorno escolar.

El interés en investigar sobre el impacto de un programa de intervención en materia de salud sexual y reproductiva es debido a la escasa cultura de evaluación de nuestras intervenciones, no pudiendo valorar si funcionan, ni comprender como y por qué han o no funcionado. Por otra parte creo que es de vital importancia la protección y promoción de la salud sexual y reproductiva como también, valorar el riesgo de ITS y embarazos no planificados en la población joven que permita abordar la problemática desde la prevención.

El marco teórico se estructura en diferentes apartados: la evolución de la salud como concepto y su significado actual; la promoción de la salud; la educación para la salud; el entorno escolar y la salud sexual y reproductiva.

1.1.1 La salud

La salud, no ha sido un término estático sino que ha ido evolucionando a lo largo del tiempo, además el concepto de salud es subjetivo por lo que será imposible consensuar una única definición. Cada cultura contextualiza la salud de diferente manera. La descripción y explicación de la situación de salud-enfermedad no es independiente de quién y desde que posición se describe y explica. La

confrontación de conceptos, teorías, métodos y técnicas, es uno de los ámbitos de conflictos y consensos entre los diferentes actores sociales.

La concepción tradicional de salud, se abre a un concepto más integral más capaz de explicar la complejidad de la relación de la sociedad con la salud de los individuos, grupos y comunidades. La situación de salud de un determinado grupo de población es así, un conjunto de problemas de salud, descritos y explicados desde la perspectiva de un actor social; es decir, de alguien que decide una conducta determinada en función de dicha situación.³ Por este motivo quizás durante mucho tiempo la salud se definió en términos negativos. Desde este punto de vista se consideró como que era la ausencia de enfermedad e invalidez.⁴

Esta definición ha estado replicada por propuestas y planteamientos de la OMS que además se ha hecho clara referente para la mayoría de autores.

La OMS en su definición de salud dada con motivo de su constitución⁵, el 7 de abril de 1948, en el artículo 25 de la misma, dice que la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones y enfermedades.

Además reconoce que:

1º. La aspiración de todos los pueblos es el goce máximo de salud para todos sus ciudadanos.

2º. La salud es el estado de absoluto bienestar físico, mental y social, sin distinción de religiones, credos políticos o clases sociales.

3º. Todo hombre tiene derecho a conservar la salud y en caso de que enferme, a poseer los medios para curarse.

4º. Esta protección debe abarcar no solo a él sino también a sus familiares.

Esta aportación supuso una nueva manera de entender la salud. Significó el inicio de un profundo proceso de transformación en la manera de interpretar el fenómeno salud, hasta entonces el modelo biomédico centrado exclusivamente en los aspectos clínicos de la enfermedad

Sin embargo, la definición de la OMS, ha sido muy criticada y discutida a pesar de que ha sido y es un referente en las publicaciones y estudios relacionados con la salud y parten de esta definición para desarrollar sus análisis y propuestas.

Unos años más tarde, en el X Congreso de Médicos y Biólogos de Lengua Catalana, celebrado en Perpiñán, en noviembre de 1976 y posteriormente en el Congreso de Cultura Catalana, en 1977, se definió la salud como “ una manera de vivir cada vez más autónoma, más solidaria y más gozosa”. Esta definición entiende la salud no como un estado sino como un equilibrio en el que la alegría, la solidaridad y la autonomía son los determinantes que pueden conseguir que las personas, independientemente de si padecen o no una enfermedad, gocen de una buena salud. Por lo tanto esta manera de vivir, como conducta humana, es susceptible de ser educada.

Por otra parte, la Asamblea mundial de salud en 1997, declara que “la principal meta social de los gobiernos y de la OMS en los próximos decenios debe consistir en alcanzar para todos los ciudadanos del mundo en el año 2000 un grado de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva”. En referencia al logro de esta meta, el sexto informe sobre la situación sanitaria mundial concluye que “la salud se ha de conseguir y no debe ser impuesta, es indispensable una educación adecuada”.⁶

Milton Terris y colaboradores,⁷ consideran que la salud no es un estado absoluto sino que tiene diferentes grados. Por este motivo propone modificar la definición de la OMS y no recoge el término “completo”. Sugiere la siguiente definición: “un estado de bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionamiento y no únicamente la ausencia de afecciones o enfermedades”

Polaino-Lorente en 1987,⁸ reflexiona sobre la definición de la OMS y dice que pretendía promocionar la salud y dar un paso más hacia la plena realización del ser humano.

Sin embargo lo que observamos a menudo, es la ruptura entre la salud y la enfermedad, lo cual se traduce en que la salud va por un lado y la enfermedad por otro, aunque digamos que son componentes de un mismo proceso. A pesar de que conocemos la importancia del entorno y el contexto por la propia interdisciplinariedad del significado salud, en ocasiones por conveniencia lo fragmentamos.

Para Sanmartí,⁹ la definición de la OMS representa más que una realidad una utopía. Critica el equiparar bienestar y salud ya que siempre no ocurre. Define la

salud como conseguir el más alto grado de bienestar físico, mental y social y de capacidad de funcionamiento que permitan los factores sociales en los que está inmerso el individuo.

En el proceso evolutivo de la concepción de la salud se van incorporando nuevos aspectos. El concepto dinámico de la salud parte del continuo salud-enfermedad. En este continuo los conceptos salud y enfermedad no son estáticos, pudiendo existir diferentes niveles de salud y enfermedad. Siguiendo este razonamiento el Pla de Salut de Catalunya en 1991, define a la salud como “el logro del más alto nivel de bienestar físico, mental y social y de la capacidad de funcionamiento que permitan los factores sociales en los que vive inmerso el individuo y la colectividad”.¹⁰

Según Sáez y Pérez, 2001¹¹ la salud es un proceso de adaptación. Designa la capacidad para adaptarse a los diferentes entornos, para crecer y envejecer, para curarse cuando se está enfermo y para esperar pacíficamente aquello que no tiene remedio. Al ser el concepto de salud algo subjetivo es difícil llegar a una única definición ya que las percepciones que tenemos son diferentes según las culturas.

Recurriendo a la historia observamos que se ha intentado definir la salud, dependiendo de quién argumentaba. Filósofos, poetas, organizaciones y otros, han sido en muchas ocasiones referentes de las conductas de muchas personas. Por lo tanto todas son válidas, todas son criticables y todas tienen interés.

Las aportaciones en pro de la salud que ha hecho la OMS desde su constitución en 1948,⁵ donde la salud, como se ha comentado anteriormente, pasa a tener una concepción positiva. En diferentes Foros, Conferencias y encuentros internacionales se establecen objetivos, estrategias y propuestas para conseguir que la salud sea un derecho y un patrimonio universal.

Posteriormente a los estudios de Lalonde en 1974¹² y Dever en 1976¹³ tuvo lugar en 1978 la Conferencia Internacional de Alma Ata¹⁴, impulsa y da protagonismo a la APS en las nuevas políticas de salud que se deberían llevar a cabo. Considera la acción urgente por parte de todos los gobiernos, personal de salud y de la comunidad mundial para proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo.

La conferencia de Alma Ata, en 1978, se reafirma en la definición de salud dada por la OMS en su constitución, añadiendo el derecho y el deber que tiene el pueblo de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de salud e invita a la participación no solo del sistema sanitario sino de todos los sectores y campos de actividad que puedan ayudar a entender y resolver las verdaderas causas que provocan la enfermedad y la muerte en las personas. Insta a los gobiernos, a la OMS, UNICEF y a otras organizaciones internacionales, a todo el personal de salud y al conjunto de la comunidad mundial, el compromiso de promover a la atención primaria de salud y, a que presten su apoyo técnico y financiero, sobre todo en países en desarrollo.

En 1986 en Ottawa surge la primera conferencia sobre promoción de la salud. Nace la carta de Ottawa ¹⁵, el 21 de noviembre de 1986, Pretende la consecución del objetivo "Salud para todos en el año 2000". Esta conferencia supuso una respuesta a las demandas de una nueva concepción de la salud pública en el mundo. "La salud para todos" significa que la salud ha de ponerse al alcance de cada individuo en un país determinado. Por "salud" ha de entenderse un estado personal de bienestar, es decir, no sólo la disponibilidad de servicios sanitarios, sino un estado de salud que permita a una persona llevar una vida social y económicamente productiva. "La salud para todos" obliga a suprimir los obstáculos que se oponen a la salud. "significa que la salud ha de considerarse como un objetivo del desarrollo económico y no sólo como uno de los medios de alcanzar dicho desarrollo. "La salud para todos" exige, en último término, la instrucción general. Al menos, y mientras esta última no sea una realidad, exige una mínima comprensión de lo que la salud significa para cada individuo. "La salud para todos" depende del progreso ininterrumpido de la asistencia médica y de la salud pública. Los servicios sanitarios deben ser accesibles para todos mediante la atención primaria de salud, gracias a la cual se dispone en cada aldea de atención médica de base, apoyada por servicios de tratamiento más especializado. Asimismo, las campañas de inmunización han de asegurar la cobertura total ¹⁶.

En julio de 1997, tuvieron lugar otros encuentros internacionales que aclararon la importancia y el significado de estrategias clave para la promoción de la salud referentes a una política saludable (Adelaide,1988), ¹⁷ y a un ambiente favorable a la salud (Sundsvall,1991), ¹⁸ se celebra la cuarta Conferencia Internacional

sobre Promoción de la Salud, organizada en Yakarta, ¹⁹ que ofrece la oportunidad de reflexionar sobre lo aprendido respecto a la promoción de la salud, y señala estrategias y prioridades para conseguir resolver dificultades de promoción de la salud en el siglo XXI, como la promoción de la responsabilidad social por la salud, aumentar las inversiones en el desarrollo de la salud, consolidar y ampliar las alianzas estratégicas en pro de la salud, ampliar la capacidad de las comunidades y consolidar la infraestructura para la promoción de la salud.

La ciudad de México fue sede, en junio de 2000, de la Quinta Conferencia Mundial de promoción de la Salud. ²⁰ Sitúa a la promoción de la salud como prioridad fundamental en las políticas y programas y destaca de nuevo la importancia de asegurar la participación activa de todos los sectores y sociedad en la aplicación de las medidas de promoción de la salud.

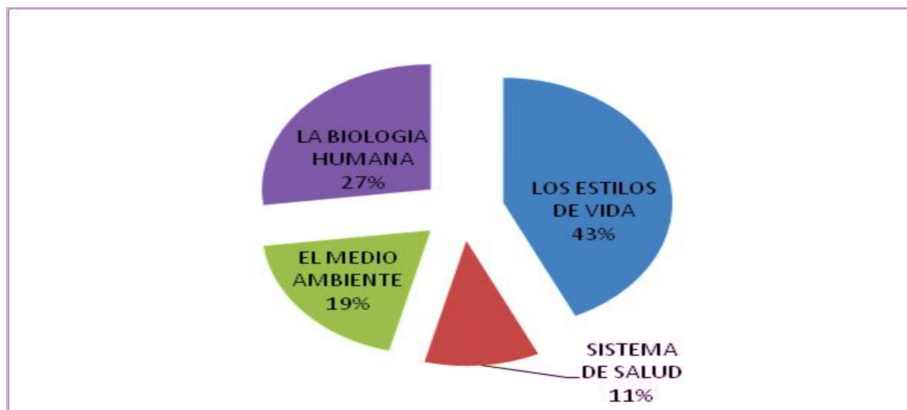
1.1.2 Factores determinantes de salud

Si entendemos la salud como un equilibrio, creemos que hay factores determinantes que mantienen ese equilibrio. Esos factores ambientales, biológicos, laborales, culturales, conductuales, etc., determinan el estado de salud de los individuos, grupos y comunidades. Conseguir que la influencia de esos factores sea positiva para los individuos, grupos y colectividades, será el principal objetivo de la promoción y educación para la salud.

Ya, en 1974 Lalonde, Ministro de Sanidad de Canadá, publica el informe *A New perspective on the Health of Canadians*, ¹² que se ha convertido en un clásico de la salud pública y ha comportado una visión nueva en el planteamiento de políticas sanitarias al establecer una relación directa entre los determinantes de salud y la utilización de los recursos.

Lalonde confirma en el estudio que no guardaban relación las causas por las que enfermaban los Canadienses con la utilización que se daba a los recursos. Constató que la proporción de recursos públicos invertidos en los diferentes factores no se correspondía con la importancia de estos como generadores de problemas de salud y vio la necesidad de establecer un mapa de ruta.

Figura 1: Factores que tienen que ver con la salud. (Lalonde, 1974)



Fuente: Lalonde M, A New Perspective on the Health of Canadians. Ottawa: Office of the Canadian Minister of National Health and Welfare. April 1974

Figura 2: Factores que tiene que ver con la distribución de los recursos de salud. (Lalonde 1974)



Fuente: Lalonde M, A New Perspective on the Health of Canadians. Ottawa: Office of the Canadian Minister of National Health and Welfare. April 1974

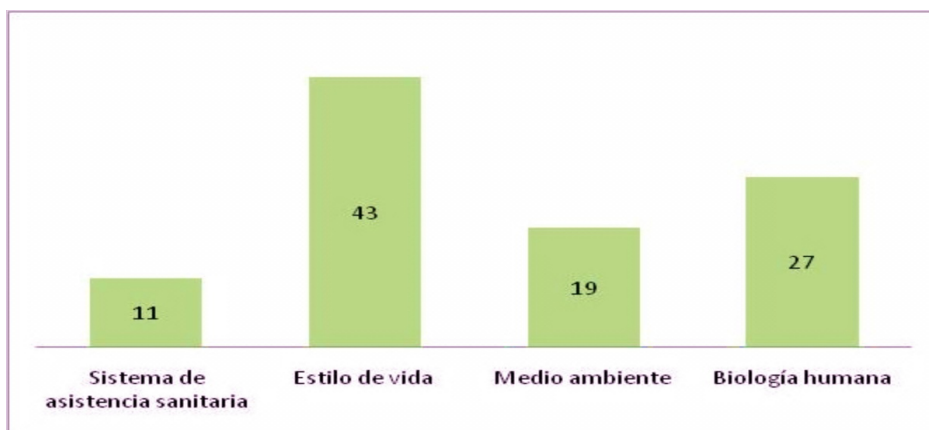
Su aportación en el campo de la salud fue muy valiosa respecto a una nueva manera de afrontar la salud. Los determinantes de salud hacen referencia a

- ✓ La biología humana (genética y envejecimiento)
- ✓ El medio ambiente (contaminación física, química, psicosocial, y sociocultural)
- ✓ El estilo de vida (conductas de salud)
- ✓ El sistema de asistencia sanitaria (características, universalidad, calidad)

Teniendo en cuenta que todos los factores deben considerarse en interacción continua. Su modificación, tiene relación directa con la disminución de los problemas de salud y por lo tanto del gasto público.

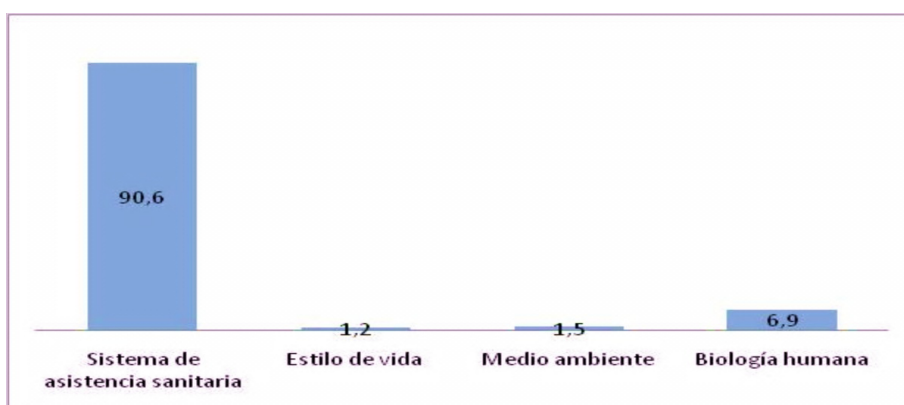
Seguendo el planteamiento de Lalonde, en los Estados Unidos se realiza el estudio Dever en 1976.¹³ El estudio confirma que la mejora de los hábitos de vida podría contribuir potencialmente a la reducción de la mortalidad en un 43%, que los esfuerzos hechos en el campo de la biología humana pueden reducir la mortalidad en un 27%, que la mejora de la calidad del medio ambiente puede reducir la mortalidad en un 19% y que los servicios asistenciales contribuyen a reducir la mortalidad en un 11%. Se observó también un desequilibrio entre los recursos destinados a los diferentes factores y la contribución de estos a la mortalidad.

Figura 3: Distribución de la reducción esperada en mortalidad según el modelo epidemiológico en porcentajes. EEUU. (Dever, 1976)



Fuente: Dever GEA. An epidemiological model for health policy analysis. Soc. Indicators Res.1976; 2(4):453-466

Figura 4: Gastos federales destinados al sector salud en porcentajes. EEUU. (Dever,1976)



Fuente:Dever GEA. An epidemiological model for health policy analysis. Soc. Indicators Res.1976; 2(4):453-466

1.1.3 Salud y globalización

Otro hecho a tener en cuenta es la relación entre salud y globalización. Con dimensiones diferentes como la económica, la social, la cultural y la política que sin duda afectan de una forma positiva o no a la salud. También hay que reflexionar sobre la oportunidad de redefinir la gobernabilidad y favorecer la solidaridad y en una nueva concepción política favorecedora de una universalidad de la salud.

Franco,²¹ se reafirma en la evidencia de la relación entre salud y globalización y pone como ejemplo los hechos ocurridos en el 11 de septiembre de 2001 para reflexionar en las consecuencias de alianzas y decisiones que superan el ámbito nacional y que afectan a la salud de la población en zonas muy distantes entre sí. Presenta diferentes actitudes ante la globalización que según su opinión se resumen en el aumento de inequidades. En la misma línea y reflexionando hacia la evolución del binomio desigualdades y globalización²²

En el informe de la OMS²³, se constata como se distribuye la riqueza y de qué modo se utiliza para distribuir con justicia los servicios y hace una valoración sobre qué ha pasado después de la globalización y observa que:

En 1980, los países más ricos que albergaban un 10% de la población del mundo tenían un ingreso nacional bruto que multiplicaba por 60 el de los países más pobres que albergaban un 10% de la población del mundo. Después de 25 años de globalización, la diferencia ha aumentado a 122%.

No obstante la riqueza, no es determinante en la salud de la población si no se distribuye con equidad.

Gran parte de la labor necesaria para corregir las inequidades compete a esferas externas al sector salud. Marmot, presidente de la comisión del estudio de los determinantes de salud en la OMS, explica que dependemos demasiado de las intervenciones médicas para aumentar la esperanza de vida y que sería mucho más eficaz, para aumentarla y mejorar la salud que se evaluaran las repercusiones en la salud y la equidad sanitaria de todas las políticas y programas gubernamentales y que la salud y la equidad sanitaria se utilizaran para evaluar el desempeño de los gobiernos²³.

Con la publicación del informe realizado el 14 de octubre, a través de su directora Margaret Chan, la OMS pretende iniciar un debate a nivel mundial sobre la eficacia de la APS como forma de orientar los sistemas nacionales de salud y racionalizar los recursos y dice “los sistemas de salud no tenderán espontáneamente hacia la equidad. Se precisa de un liderazgo sin precedente, que obligue a todos los actores, incluso los ajenos al sector de la salud, a examinar sus repercusiones en la salud. La atención primaria de salud, que integra la salud en todas las políticas gubernamentales, es el marco idóneo para ello.”²⁴

1.1.4 Calidad de vida relacionada con la salud

También es cierto el concepto CVRS es un aporte fundamental en la evaluación de resultados en salud. Es verdad que el concepto calidad de vida o “buena vida” está presente en los seres humanos desde los antiguos griegos, pero es desde finales del siglo XX que se instala como concepto en el campo de la salud y cada vez con más auge.

La vida actual que se caracteriza por un aumento de la duración de la vida no está necesariamente asociada a mejor calidad de vida, debido a múltiples factores que nos rodean. El Grupo de trabajo Europeo de la OMS,²⁵ estima que para el año 2020 que el stress sea la causa principal de muerte, vinculándola a las afecciones cardiovasculares en primer lugar y a las depresiones.

Este ir y venir con el que convive el avance de la ciencia como el aumento de producción, grandes gastos en salud, avance extraordinario de la tecnología, en conocimientos...; sin embargo hay un aumento del stress y de insatisfacción de usuarios y profesionales

Schawartzmann,²⁶ explica que se está poniendo excesivo énfasis en los aspectos tecnológicos y se va perdiendo cada vez más la comunicación en los equipos de salud lo que erosiona la calidad relacional, privándose la gratificación y el reconocimiento. Manifiesta como reflexión si se está así promoviendo el bienestar y promueve un modelo conceptual permitiendo el diseño de intervenciones destinadas a promover el bienestar psicosocial y así la calidad de vida.

González,²⁷ estudiando el término calidad de vida explica que se puede desglosar en muchos niveles de particularidad hasta llegar a la singularidad de cada persona. La vida dice no se mide sino se valora a partir de contextos, percepciones etc. Por estos motivos, dice, cada comunidad y cada individuo debe determinar que entienden por ese concepto de calidad de vida. Pone de relieve la importancia en realizar investigaciones con metodologías y técnicas adecuadas que ayuden a conocer como se están estructurando las condiciones de vida en la sociedad, en las instituciones en la familia y en el individuo. También las consecuencias que puedan producir en la salud y el bienestar de las personas. En esta línea Anguita,²⁸ destaca la importancia de utilizar instrumentos de medida de calidad de vida relacionada con la salud para valorar necesidades, tomar decisiones y asignar recursos. Confirma que en un futuro la integración de cantidad y calidad de vida, será uno de los elementos centrales en prioridades de asignación de recursos como de evaluación de tecnologías y decisiones clínicas.

1.1.5 La promoción de la salud

En realidad, la promoción de la salud ha estado siempre presente entre nosotros. Históricamente, era el territorio de los filósofos, que establecían una estrecha relación entre el cuerpo, la mente y el alma, y proponían remedios. La salud del alma, decían, y la vitalidad de la mente, tenían un estado directo en el estado del cuerpo. La evidencia de la eficacia, se obtenía según ellos en virtud de la observación.²⁹

Desde un punto de vista histórico, el sistema sanitario se ha preocupado por la enfermedad y no por la salud. Aunque la salud ha estado unida al ejercicio de la medicina, ha sido enfermedad la que se ha relacionado con la práctica médica. La salud empezó a tener protagonismo en el siglo XX gracias a la presencia de otras profesiones en el campo de la salud como la Medicina Social y la Antropología médica. Mckeown,³⁰ demostró que existen determinantes de la salud que no son médicos ni biológicos al argumentar convincentemente que el incremento de los suministros alimentarios, en el siglo XVIII, y XIX, contribuyeron a reducir en gran parte las tasas de mortalidad.

Por otra parte Milton Terris ha hecho aportes extraordinarios: En uno de sus artículos comentaba: “La OPS, debe ser felicitada. Sus estudiantes se han vuelto maestros; sus maestros se han vuelto estudiantes. Debemos trabajar juntos para

transformar la salud internacional desde un campo de la dominación y dependencia hacia uno de dependencia y cooperación.³¹

Ambos autores han sido indiscutibles referentes con sus aportaciones para fomentar discusiones que culminaron con diversas reuniones internacionales y nuevos planteamientos desde la OMS. Los estudios de Lalonde (1974) y Dever (1976), los movimientos sociales, la constatación de la mejora de la calidad de vida y el medio ambiente, son causa de que aparezca la promoción de la salud como disciplina dentro de la salud pública.

El desarrollo de actividades de promoción y educación para la salud, es uno de los pilares básicos en los que se fundamentan la organización y el trabajo de los equipos de APS.^{32 32,33} En el 2009 la Llei de Salut Pública en Catalunya en su artículo 6,³⁴ se reafirma y define su cartera de servicios y las políticas en materia de salud pública y entre otras:

- La vigilancia de la salud
- La investigación de las causas o los determinantes de los problemas de salud que afectan a la población
- La investigación de las causas que afectan a la población
- La prevención y el control de las enfermedades infecciosas transmisibles y desarrollo de programas de vacunaciones sistemáticas
- La promoción de la salud y prevención de la enfermedad
- La promoción y la protección de la salud
- La evaluación del impacto en la salud de las intervenciones sobre los determinantes de salud de la población.

La promoción de la salud es el proceso de capacitar a las personas y comunidades para aumentar el control sobre su propia salud y mejorarla. Representa una estrategia mediadora entre la población y su entorno, capacitarla, empoderarla, para que tenga elecciones responsables y saludables. Además supone un nuevo estilo de trabajo en sintonía con la información y la acción. El término empoderamiento, según Rappaport,³⁵ implica un tipo de intervención en la comunidad y de cambio social, basado en la adquisición de competencias para promover el cambio en las comunidades. Analiza las influencias del contexto en vez de culpabilizar a las víctimas.³⁶ El empoderamiento transmite capacitación, gestionar el poder uno mismo,

administrarlo uno mismo. No se da el poder sino que se empodera para que se puedan tomar decisiones y mejorar la vida. Sería colocar dentro del proceso de decisiones a las personas que están fuera del mismo.

En sintonía con Silva,³⁷ creo difícil el empoderamiento comunitario y el que se realiza a nivel individual ya que es difícil establecer límites claros entre el proceso de empoderamiento organizacional o comunitario y el empoderamiento a nivel individual ya que este proceso conlleva e implica por lo general a que una organización, una comunidad o cualquier región del planeta se empodera a medida que se empoderan los miembros que la forman.³⁸

1.1.6 Promoción de la salud y empoderamiento

La salud y por lo tanto su promoción se contextualizan en las condiciones de vida y en las situaciones sociales, por lo que la mejora en los determinantes de salud de una población es una responsabilidad compartida.

En 1986 se celebró la Conferencia de Ottawa en Canadá donde se estableció la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Clarifica el concepto de Promoción de la Salud, y la define como el proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia mejorarla. La propia definición de promoción de la salud implica ya el proceso de empoderamiento, a pesar de que se hace explícito en fechas más recientes. Identificó acciones claves para lograr la estrategia de la OMS de salud para todos y se daban una serie de indicaciones para llevar a cabo las estrategias de promoción de la salud como:

- Desarrollar políticas que apoyen la salud, instando a que la salud forme parte de los programas de acción de los políticos en todas las instituciones y en todos los sectores. Insta a que los políticos tomen conciencia de sus decisiones sobre la salud y acepten sus responsabilidades.
- Crear entornos favorables: La salud humana se construye sobre la forma en la que tratamos a la naturaleza y a nuestro propio ambiente. Las sociedades que no tienen en cuenta los aspectos ecológicos, acaban por sentir los efectos adversos en cuanto a problemas sociales y de salud. El trabajo y el ocio tienen un impacto claro en la salud y es por este motivo que deben ser fuente de salud. Reforzar la acción comunitaria: las comunidades deben tener su propio poder y ejercer el control de sus propias iniciativas y

actividades. Esto significa aumentar la participación ciudadana en la toma de decisiones a cualquier nivel.

- Adquirir habilidades personales: a través de la información y la educación para la salud se pretende el desarrollo de las habilidades necesarias para lograr opciones de vida saludables, tanto a nivel personal como a nivel social. Siendo esencial capacitar a las personas para que aprendan a través de la vida y se preparen a tener control sobre su propia salud y a hacer frente a los problemas. Todo este proceso ha de ser realizado desde la escuela, el hogar, el lugar de trabajo y desde las propias instituciones.
- Reorientar los servicios sanitarios: debe tender a cambiar las actividades clínicas, que ocupan la mayor parte del tiempo de los profesionales por actividades de promoción y educación para la salud que implique a individuos, grupos comunitarios, profesionales de la salud y que sea receptiva a las características culturales y las respete. Llevando al sistema hacia una asistencia que realmente tenga la salud como objetivo y poniendo atención a la investigación así como a los cambios en educación y formación de profesionales.

La Ley General de Sanidad (1986),³⁹ declara que los medios y actuaciones del sistema sanitario estarán orientados prioritariamente a la promoción de la Salud y a la Prevención de las enfermedades. En el artículo 6º: “Las actuaciones de las Administraciones Públicas Sanitarias están orientadas: A la Promoción de la Salud, a promover el interés individual, familiar y social por la salud mediante la adecuada educación sanitaria y a garantizar que cuantas acciones sanitarias se desarrollen estén dirigidas a la prevención de las enfermedades y no sólo a la curación de las mismas...”

Terris,⁴⁰ hace referencia a la carta de Ottawa y argumenta con el concepto de promoción relacionándolo con el concepto epidemiológico ya que ambos trabajan con los factores causales de enfermedad y ambos nos llevan a reorientar nuevas estrategias para hacer más eficaz nuestro trabajo. La teoría dice, “es el ojo de la práctica; permitamos poner delante al que despeja la visión”.

La Declaración de Yakarta promovida en 1977 confirma que las estrategias y áreas de acción de la Carta de Ottawa son esenciales para todos los países. Identifica cinco prioridades de cara a la promoción para la salud en el siglo XXI:

- Promover la responsabilidad social para la salud. Los responsables de la

toma de decisiones deben estar firmemente comprometidos con la responsabilidad social. Tanto el sector público como el privado deben promocionar la salud.

- Aumentar la capacidad de la comunidad y empoderar a los individuos.
- Mejorar la capacidad de los individuos, grupos y organizaciones para que puedan actuar e influir en los determinantes de salud.
- Expandir y consolidar alianzas para la salud. Es necesaria la colaboración de todos los sectores y a todos los niveles en la gestión pública y en la sociedad.
- Aumentar las inversiones para el desarrollo de la salud. Se requiere un enfoque multisectorial que incluya recursos para educación, vivienda, así como para el sector salud.
- Asegurar una infraestructura para la Promoción de la Salud. Todos los países deberían desarrollar el medio político, legal, educativo, social y económico apropiado para apoyar la promoción de la salud.

Los temas fueron de nuevo capturados en la Quinta Conferencia mundial celebrada en México en el 2000 y se abordaron monográficamente cada uno de ellos.

Helena Restrepo⁴¹ en su informe técnico para el grupo de trabajo abordó el tema del empoderamiento personal y comunitario, confirmó que si lo que se pretende en la promoción de la salud es la equidad, su objetivo principal debe ser la participación. Constató las dificultades en el sector salud para asumir un liderazgo que responda adecuadamente a las necesidades sentidas de los grupos. Propone como un gran reto escuchar a la gente y evitar la tentación de manipular los procesos participativos con otros objetivos diferentes a los que tiene la comunidad. También asegura ser consciente de la dificultad que entraña, construir la capacidad comunitaria orientándola a la mejora de sus condiciones de vida y basa el proceso de esa capacitación en la renovación de las teorías de Freire sobre educación. Afirma que no sería posible desarrollar un ambiente saludable de convivencia sin la participación de individuos y comunidades y desgraciadamente, aquéllos que desarrollan las políticas y toman las decisiones importantes con relación a la salud y la calidad de vida de las comunidades, no siempre lo tienen presente.

Para Freire, el fin de la educación es permitir al individuo a ser sujeto, a construir su propia identidad y a hacer su propia historia. Afirmaba que las personas se hacen sujeto por medio de la reflexión, cuanto más reflexionen serán más conscientes y estarán más dispuestos a intervenir en la realidad para cambiarla.” Nadie educa a nadie, nadie se educa solo; los hombres se educan en comunión, mediatizados por el mundo.”⁴²

1.1.7 Entornos saludables como estrategia de Promoción de la Salud

La idea actual de promoción de la salud se diferencia claramente con otros modelos de intervención en salud pública por estar basada en una concepción holística y no paternalista. La promoción de la salud favorece la libertad de las personas y las opciones personales.

Una estrategia que se muestra útil en la intervención en promoción de la salud es trabajar por entornos. Los entornos saludables son de gran interés, ya que se contextualizan en el mismo ambiente en donde están habitualmente la persona, los grupos y las comunidades. Estos ambientes que forman el entorno, no solo los constituye el entorno físico, sino que también por aspectos sociales, políticos, culturales, económicos que configuran las condiciones de vida de las personas y sabemos que son mayoritariamente, estas condiciones las que marcaran los determinantes de salud. Esta es la línea de la mayoría de proyectos en marcha actuales como escuelas promotoras de salud, ciudades saludables, hospitales saludables, universidades saludables, prisiones saludables.

Hay que potenciar los factores que protegen la salud, los condicionantes como alimentación saludable, vida activa, ambientes libres de humo, habilidades sociales, salud sexual y reproductiva y el cuidado del medio ambiente, a través de los diferentes entornos para mejorar la salud y calidad de vida.⁴³

La OMS, considera el lugar de trabajo como un entorno prioritario para la promoción de la salud en el siglo XXI. La salud en el trabajo y los entornos laborales saludables se cuentan entre los bienes más preciados de personas, comunidades y países. Si hay un entorno laboral saludable, mejorara la salud de los trabajadores y además contribuirá a disminuir el absentismo laboral y a mejorar la productividad y la satisfacción.⁴⁴

La propia Constitución Española en 1978, ⁴⁵ se refiere explícitamente a la Educación para la Salud como un derecho básico de los ciudadanos. En el artículo 43, reconoce explícitamente el derecho de los españoles a la protección de la salud, y encomienda a los poderes públicos el organizar y tutelar la salud pública a través de las medidas preventivas y otras prestaciones. Asimismo atribuye a éstos la responsabilidad de fomentar la educación sanitaria y la educación física. “...Los poderes públicos estimularán la educación sanitaria, la educación física y el deporte...”

La Llei,18/2009, del 22 d'octubre, de Salut Pública en Catalunya, ³⁴ reconoce las prestaciones y servicios que en materia de salud pública ha de prestar el Sistema Sanitario Público Catalán. En el capítulo 2 se describen el conjunto de políticas en materia de salud pública a través de la cartera de servicios, la formación de profesionales, la investigación, la información y la comunicación. Considerando las actividades y los servicios de salud pública como un derecho de los ciudadanos. Define a la Promoción de la salud como “el conjunt d'actuacions, prestacions i serveis destinats a fomentar la salut individual i col·lectiva i a impulsar l'adopció d'estils de vida saludables per mitjà de les intervencions adequades en matèria d'informació, comunicació i educació sanitàries”.

La promoción de la salud es una inversión clave y un elemento esencial para lograr el desarrollo social y económico que justifica estructuras organizadas y estrategias políticas, que faciliten una respuesta organizada de la promoción de la salud. Consciente de los beneficios que conlleva la modificación de los estilos de vida, el Gobierno Vasco de Salud, pone en marcha el proyecto de investigación sobre estrategias útiles para la promoción de estilos de vida saludables en APS.⁴⁶

A pesar de que muchos países tienen garantizada una infraestructura clara para el abordaje de la promoción de la salud, los mayores recursos se encuentran dentro del personal sanitario, de trabajadores de educación, de bienestar social y de personas de dentro de la comunidad en la que viven.

1.1.8 Educación para la salud

Si la promoción de la salud es un marco de referencia que contempla capacitar a las personas y a las comunidades para incrementar el control sobre los determinantes de salud y de ese modo mejorarla, la educación para la salud es

el instrumento fundamental para lograr esa capacitación. Por lo tanto la educación para la salud se configura como el instrumento fundamental para la promoción de la salud.

También la OMS recoge la opinión de un grupo internacional de especialistas que analizan nuevos métodos de educación sanitaria y reflexionan sobre la importancia en comprender las necesidades de los individuos y comunidades y ayudarlos a alcanzar las metas elegidas por ellos mismos en lugar de estimular a la gente a desear lo que los profesionales quieren. En los países en desarrollo los profesionales en muchas ocasiones se pretende imponer prácticas de salud modernas sin pararse a pensar si corresponden a la situación social y/o cultural de la comunidad para la que trabajan, la misma reflexión sería en referencia a las tecnologías que se utilizan. Alertan también en la urgencia de evaluar los métodos actuales de educación sanitaria con el fin de seleccionar los más sólidos para cumplir mejor los objetivos propuestos. El informe destaca también la importancia que ejercen los medios de comunicación social, a todos los niveles. En referencia a la educación hace hincapié en la necesidad de la formación de los profesionales adiestrándolos para capacitarles en contenidos, metodologías acordes con la realidad, formación en trabajo en equipo y evaluación.⁴⁷

1.1.9 Evolución del concepto de la educación para la salud

Los problemas asociados a la vida, la enfermedad y a la muerte, han preocupado a todas las culturas, por este motivo la EpS ha existido desde siempre. Sin embargo la expresión “educación sanitaria” no aparece hasta principios del siglo XX y adquiere importancia si cabe así decirlo, coincidiendo con la evolución de la epidemiología que asociaba los estilos de vida a los problemas de salud más prevalentes en los países desarrollados.

A pesar de que quizás el discurso sobre la importancia de la promoción y educación para la salud no coincide con la realidad, existen diversidad de documentos y organismos que hacen referencia a su indiscutible importancia.

En 1926 Wood,⁴⁸ elaboró una de las primeras definiciones de educación sanitaria: “La suma de experiencias que influyen favorablemente sobre los hábitos, actitudes y conocimientos relacionados con la salud del individuo y la comunidad”. Desde entonces hasta nuestros días el concepto de educación para la salud, ha ido cambiando a lo largo del tiempo, igual que ha ido cambiando el

concepto de salud. Se constituye como disciplina en 1921, cuando se impartió el primer curso de EpS en el Instituto de Tecnología de Massachusetts y en el año 1922 se funda la primera organización profesional “The Public Health Education”. Sin embargo la mayor parte de las publicaciones en materia de EpS surgen en la década de los 80.

Alma-Ata (1978) da un papel relevante a la Educación para la salud. “La educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y de lucha correspondientes...”¹⁴

Los objetivos de salud para todos en el siglo XXI, concretamente el objetivo número 13, escenarios para la salud se posiciona en la misma línea: “...en los centros educativos, los alumnos, los profesores y los padres, trabajando en colaboración con las comunidades locales y apoyados por sus asesores sanitarios deben, de forma conjunta, analizar sus oportunidades en materia de salud, diseñar sus programas de intervención y evaluar los resultados.”⁴⁹

La Generalitat de Catalunya, describe a la EpS como un proceso de información, de responsabilización del individuo para que adquiriera los conocimientos, las habilidades, y las actitudes básicas para la defensa y la promoción de la salud individual y colectiva.⁵⁰

El Decreto 84/1985, Reforma de la Atención Primaria en Cataluña, se basaba en un nuevo concepto sobre las funciones del EAP de salud y menciona entre otras: “...la ejecución de programas y actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y la educación sanitaria directa a la población.”⁵¹

Según los modelos educativos van surgiendo diferentes definiciones, Green la define como,⁵² “cualquier combinación de experiencias educativas diseñadas para predisponer, capacitar y reforzar opciones voluntarias de comportamientos individuales o colectivos que conducen a la salud”

Rochon, afirma que la EpS es facilitar la adaptación voluntaria de los comportamientos de los responsables, de los técnicos y de la población a través de las experiencias de aprendizaje complementarias que mejoren la salud del individuo o de la colectividad.⁵³

El modelo de EpS ha ido evolucionando a la par que lo ha hecho el concepto de salud. Se ha ido transformando desde acciones educativas dirigidas al individuo al que responsabilizaban de su salud, sin tener en cuenta otros determinantes hasta el modelo actual en el que destaca la influencia de los factores ambientales y sociales. Estos cambios deben ser facilitadores de mejorar los conocimientos, las actitudes y lograr comportamientos saludables no solo de los individuos, sino también de grupos y comunidades.

El objetivo de la EpS no solo es mejorar los conocimientos sino un cambio cualitativo en las actitudes que lleve a un cambio real en el comportamiento saludable. Se trata de adquirir competencias en salud, garantes de comportamientos saludables. Hay factores, que hemos descrito anteriormente, que la convierten en una estrategia imprescindible para poder lidiar con las transformaciones que se han producido en el mundo, sujeto a transformaciones continuas. Muchos de estos procesos de cambio que se han producido están relacionados con la salud y con todo lo que se relaciona con este concepto, y hoy sabemos que la principal causa de enfermedad, está relacionada con los comportamientos de vida insanos.

De acuerdo con la OMS (1999), la EpS engloba las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente y suponen una forma de comunicación destinada a mejorar la alfabetización de salud.⁵⁴ Confirma la importancia en la alfabetización en salud como un proceso clave. Es un término que va más allá, tiene en cuenta los resultados en salud y las actividades de comunicación. Identifica los fracasos de programas educativos pasados para dirigirse a los determinantes sociales y económicos de la salud, y pone de manifiesto el nuevo papel de la educación para la salud en la promoción de la salud contemporánea.

En sintonía con Valadez, la principal razón de ser de la Eps, no es informativa. Su importancia debe radicar en generar elementos positivos que potencialicen la lucha social por el bienestar y la salud individual y colectiva.⁵⁵ En definitiva la EpS es el instrumento que permite acceder a las diferentes realidades de individuos, grupos y comunidades con el fin de lograr la máxima capacitación que les permita afrontar con éxito la mejora de la salud y calidad de vida. Por otra parte es un indicador claro de calidad y bienestar de los ciudadanos.⁵⁶

De acuerdo con Villalví,⁵⁷ es un precedente que representa un valor añadido que la Agencia de Salud Pública de Catalunya proporcione la definición de su cartera de servicios e incluya la prevención y promoción de la salud.

Terminamos citando documentos cercanos que ponen de manifiesto la importancia de la Promoción y Educación para la Salud:

- El Documento Marco para la elaboración del Plan de Salud de Cataluña.¹⁰
- El Pla de Salut de Catalunya,⁵⁸ estrategias de salud para el año 2010; en el capítulo 3: Objetivos e intervenciones para la promoción de hábitos y estilos de vida saludables, menciona: ...” Los estilos de vida son uno de los principales determinantes de la salud, particularmente en los países desarrollados. Por este motivo, es uno de los ejes que articulan la planificación sanitaria en Cataluña, y es necesario que el Plan de Salud potencie las intervenciones dirigidas a la promoción de hábitos y estilos de vida saludables.”
- El Llibre Blanc sobre les Bases per a la integració de la prevenció en la pràctica assistencial,⁵⁹ recalca a lo largo de todo su contenido la importancia del consejo educativo por los profesionales.

La educación para la salud es un instrumento imprescindible para potenciar la capacidad crítica de las personas y para que puedan hacer elecciones responsables y facilitadoras de comportamientos saludables.

1.1.10 Otros aspectos de la educación para la salud

Es básico tener en cuenta el contexto donde se va a llevar a cabo la EpS, como imprescindible conocer al individuo para poder lograr una acción eficiente en salud. De acuerdo con Briceño,⁶⁰ solo conociendo al individuo y sus circunstancias, es posible una acción eficiente y permanente en salud. Además nadie puede cuidar la salud de otro, si este no quiere hacerlo por si mismo. Afirma diferentes conceptos:

- No hay uno que sabe y otro que no sabe, sino dos que saben cosas distintas.
- La educación no es sólo lo que se imparte en programas educativos, sino en toda la acción sanitaria.
- La ignorancia no es un hueco a ser llenado, sino un lleno a ser transformado

- La educación debe ser dialógica y participativa.
- La educación debe reforzar la confianza de la gente en sí misma.
- La educación debe procurar reforzar el modelo de conocimiento: esfuerzo logro.
- La educación debe fomentar la responsabilidad individual y la cooperación colectiva.

Para que exista un proceso educativo, es imprescindible que se produzca en un contexto de libertad que propicie el empoderamiento. Amartya Sen,⁶¹ reflexiona sobre el desarrollo y manifiesta que para que exista educación se requiere libertad. Manifiesta que el mundo contemporáneo niega libertades elementales a muchas personas por lo que no pueden acceder al proceso de desarrollo.

En sintonía con Muñoz,⁶² el trabajo de educar docentes es muy complejo e implica a la vez destrezas intelectuales, técnicas de enseñanza, manejo de grupos y una implicación emocional constante. “Sólo la pasión proporciona al educador la fuerza y la creatividad necesarias para combinar todos los elementos de su quehacer diario, para lograr que sus alumnos sean más personas”.

Salleras,⁶³ afirma que los profesionales de la salud constituyen el colectivo social con mayor capacidad de incidir positiva o negativamente sobre las competencias de individuos grupos o comunidades y dice que tienen un doble papel en la educación como modelos o ejemplos y como educadores para la salud. El primer papel sería pasivo y el segundo activo, aunque no es más importante uno que otro.

1.1.11 Comunicación y Educación para la Salud

Un aspecto clave a tener en cuenta es el contexto donde se lleva a cabo la EpS. Hay que considerar las características socioculturales, el entorno, los valores que nos condicionaran el propio proceso educativo. En este sentido Elzo,⁶⁴ afirma que los sistemas de valores dominantes en la sociedad occidental durante los últimos 50 años, han condicionado las problemáticas individuales actuales. Hemos generado la delegación de responsabilidades creando una sociedad de derechos sin la correspondencia de deberes. Por otra parte, Sarlet,⁶⁵ confirma que los programas de educación para la salud, deben adaptarse a la cotidianidad

y a la posibilidad de modificar los estilos de vida por parte de los implicados, ya que es imprescindible para que sean efectivos y rentables.

En sintonía con Larrauri,⁶⁶ los cambios han de ser voluntarios, no deben estar basados en la imposición y es por esto que implica una percepción antropológica de que todo individuo posee un modo de vida propio que viene condicionado por su herencia, su desarrollo, su cultura y su entorno, por lo tanto un modo distinto de comportarse. Supone una concepción de la educación para la salud como proceso facilitador de cambios en los estilos de vida de los sujetos, que éstos podrán asumir o no, sin ejercer ningún tipo de manipulación conductual sobre ellos.

Los comportamientos saludables que se pretende conseguir con los proyectos educativos para la salud son aquellos que nos permiten mejorar nuestro estado de salud.

Coincido con Sáez,¹¹ que en el marco de los programas de salud hay que tener en cuenta algunos de los elementos fundamentales de la comunicación: el contenido, el contexto y el proceso. También con Bach⁶⁷, en que hay que convivir para transformarnos y construir juntos y desarrollar un estilo afectivo propio para integrar pensamiento y emoción

El modelo educativo que se defiende a lo largo de este trabajo, supone superar en ocasiones dificultades, consecuencia del modelo biomédico de salud que aún predomina. Hay que trabajar en sintonía con la nueva cultura de salud, considerando la educación para la salud como herramienta absolutamente fundamental para la promoción de la salud, creando condiciones de vida y de trabajo que sean seguras, estimulantes, satisfactorias y divertidas.

1.1.12 La salud y la escuela

Como describo anteriormente, el concepto de salud, ha evolucionado hasta la nueva visión holista, generando un espacio común con otras disciplinas. Además destaca la educación para la salud, el instrumento fundamental para la promoción de la salud. Esta nueva realidad plantea la importancia de la relación salud y escuela, ya que es indiscutible la relevancia que tiene para favorecer una formación integral sana e influir en la protección y promoción de la salud.

Si somos capaces de influir en edades tempranas en la adquisición de hábitos saludables, posiblemente no se perderán jamás.

1.1.13 La educación para la salud y la escuela

La escuela cuida y educa en la adquisición de hábitos saludables entre sus alumnos e intenta crear entornos saludables que faciliten el aprendizaje de conductas capaces de fomentar una vida sana. Es el entorno en la que desde que se es niño se recibe el aprendizaje, se educa. El objetivo final es educar para conseguir que los alumnos en todas las edades tengan una vida lo más autónoma posible, más solidaria y feliz.

Siguiendo a Young y Williams, el informe escocés de educación para la salud, se centra en ejemplos de buena práctica de educación y promoción de la salud en las escuelas europeas y resalta los temas clave para mejorar. Hace un recorrido sobre el significado de la EPS y la implicación del profesorado, responsabilidades de la escuela, quien debe enseñar EpS en la escuela, temas de un programa de EpS, organización y colaboración...⁶⁸

Sin embargo según Gavidia,⁶⁹ los actuales manuales escolares no constituyen un referente para que los profesores impartan educación para la salud en el aula, a pesar de que esta sea una materia transversal.

El informe Delors,⁷⁰ de la Comisión Internacional sobre la Educación para el siglo XXI, considera que la educación es un factor indispensable para que la humanidad pueda conseguir los ideales de paz, libertad y justicia social. Afirma que la educación debe sustentarse en cuatro pilares:

- ✓ Aprender a conocer
- ✓ Aprender a hacer
- ✓ Aprender a convivir y realizar proyectos en común
- ✓ Aprender a ser

Hugo Assmann,⁷¹ invita a crear un ambiente pedagógico para que sea un lugar de fascinación e inventiva. El proceso de aprender debe impregnar todos los sentidos ya que es así como captamos el mundo. Quien enseña dice, ha de mostrar pistas, insinuar ritmos para la danza de los lenguajes.

También apunta a una reflexión hacia las TIC, ya que estamos entrando en la era de las redes, de la telemática, de internet y por lo tanto las nuevas tecnologías de la información y comunicación se han vuelto elementos activos dentro del proceso de la educación y posibilitan procesos cognitivos complejos y cooperativos por lo que se deben establecer experiencias de aprendizaje.⁷²

La educación para la salud es responsabilidad de todos y requiere un trabajo de colaboración entre familias, maestros, sanitarios, psicólogos y otros actores implicados. Es positivo la apertura de la escuela a la comunidad de pertenencia que facilitará la bidireccional comunicativa y la reflexión, potenciando y conocimiento y entre otros, también la salud.

1.1.14 Marco legislativo en la educación para la salud en la escuela

El sistema educativo se convierte en garante de la calidad de vida de los futuros ciudadanos. Lo más deseable y eficaz sería que los programas de educación para la salud se incluyan en edades tempranas, desde la educación infantil, ya que los niños si adquieren conductas saludables desde la infancia posiblemente no las abandonarán, además es cuando el cerebro tiene más plasticidad y son más receptivos al aprendizaje.

La política educativa afronta un nuevo reto, aproximándose al concepto de educación para la salud y que refleja en la LOGSE.⁷³ Establece las enseñanzas obligatorias de cada etapa escolar, sus objetivos, la metodología, las áreas, los contenidos y también los sistemas de evaluación. También se definen las enseñanzas que deben estar presentes en las distintas áreas, que son los denominados temas transversales. Estos temas son la educación moral y la educación para la salud, la educación para la igualdad de oportunidades entre los niños, la educación ambiental, la educación sexual, la educación al consumidor y la educación vial.

Explicita la enseñanza que debe afrontarse desde la educación infantil, la educación primaria y la educación secundaria. Los procesos de enseñanza aprendizaje propuestos, no serán satisfactorios si no se desarrollan en el contexto de la transversalidad.

De Irala,⁷⁴ analiza el contenido de los libros de texto en materia de sexualidad y reproducción humana para evaluar el grado en que los libros de texto promueven estilos de vida saludables en salud sexual y reproductiva y observa que la mayoría de los libros no abordan ni promueven comportamientos saludables. Afirma que no son una referencia suficiente para que los maestros puedan abordar la educación afectivo sexual en el contexto de la transversalidad.

Al incluir la EpS como un tema transversal, la destaca en los nuevos planteamientos curriculares en materia de salud y la acerca a las necesidades de una sociedad moderna. Sin embargo este planteamiento requiere la concienciación de la necesidad de la educación para la salud por parte de los profesionales que permita la implantación cooperativa de experiencias que no sean impuestas, teniendo en cuenta las necesidades de la comunidad escolar para que las intervenciones sean coherentes.

1.1.2 Salud sexual y reproductiva

La OMS define salud reproductiva como una condición de bienestar físico, mental y social en los aspectos relativos al sistema reproductivo en todas las etapas de la vida. La salud reproductiva implica que las personas puedan tener una vida sexual satisfactoria y segura, la capacidad de tener hijos y la libertad de decidir si quieren tenerlos, cuándo y con qué frecuencia. En esta última condición está implícito el derecho de hombres y mujeres de estar informados y tener acceso a métodos de regulación de la fertilidad de su preferencia, que sean seguros, eficaces, asequibles y aceptables, y el derecho a acceder a servicios de salud adecuados que permitan a la mujer llevar a término su embarazo y dar a luz de forma segura.⁷⁵

Por una parte la Oficina Regional para Europa de la OMS, promueve y apoya la implementación de la Estrategia Europea de Salud y Desarrollo para la Infancia y Adolescencia que adoptaron los Estados Miembros de Europa en septiembre de 2005. La estrategia da a las personas que establecen políticas sanitarias los medios concretos para abordar los aspectos de salud necesarios para mejorar la salud y calidad de vida de los niños/as y adolescentes. La herramienta se basa en la evidencia que demuestra como las diferencias de género influyen en el proceso de salud enfermedad.

Por otra parte, el desarrollo de la sexualidad es una etapa vital del desarrollo y la maduración de la persona y este desarrollo está ligado a múltiples factores que intervienen y se entrelazan como los anatómicos, biológicos, sociales, culturales etc. La sexualidad se ha vivido dependiendo de las normas sociales y culturales que ha habido a lo largo de los tiempos y en los diferentes países y que han ido marcando los comportamientos sexuales.

En la actualidad los comportamientos sexuales están cambiando, se inician antes las relaciones coitales y se observa un riesgo alto de embarazos no planificados e ITS en los jóvenes, por lo que la Estrategia Europea de Salud Sexual y Reproductiva para adolescentes, persigue conseguir que la definición de salud sexual sea una realidad y para ello insiste en la promoción de la salud y en el empoderamiento, siendo para ello imprescindible la educación para la salud. Hay que facilitar a los jóvenes no solo la información, sino que hay que enseñarles a adquirir habilidades y actitudes favorables en salud sexual y reproductiva, además de facilitarles el acceso a los servicios adecuados para reducir los embarazos no planificados y las ITS.⁷⁶

1.1.2.1 Aspectos demográficos y socio sanitarios

El siglo XX ha sido testigo de avances en salud nunca vistos como resultado de las diferentes mejoras, tanto en la promoción, la prevención como en el tratamiento de la enfermedad.

Respecto a la salud de los adolescentes en general se considera que los adolescentes son un grupo sano. Sin embargo, muchos mueren de forma prematura debido a accidentes, suicidios, violencia, complicaciones relacionadas con el embarazo y enfermedades prevenibles o tratables. Más numerosos aún son los que tienen problemas de salud o discapacidades. Además, muchas enfermedades graves de la edad adulta comienzan en la adolescencia. Por ejemplo, el inicio en el consumo de tabaco y/o otros tóxicos, las infecciones de transmisión sexual, entre ellas el VIH, los malos hábitos alimentarios y la falta de ejercicio, son causas de enfermedad o muerte prematura en fases posteriores de la vida. Nos estamos enfrentando a nuevas demandas de salud y el énfasis necesario para superarlos debe ponerse no solamente en la curación de la enfermedad sino en proteger, promocionar y potenciar la salud.

Centrándonos en la salud sexual y reproductiva, los cambios sociales y el nuevo tipo de vida son causas del aumento de infecciones de transmisión sexual entre los jóvenes, de embarazos no planificados y de interrupciones voluntarias de embarazo. Sin duda estamos inmersos en un cambio de hábitos sexuales en toda la sociedad pero es más evidente en la adolescencia. Por lo que es vital, iniciar, mantener y evaluar proyectos de promoción y educación para la salud, además de acercarles los recursos con el objetivo de incorporar hábitos saludables.

1.1.2.2 Embarazo no planificado e interrupciones voluntarias de embarazo

La falta de planificación del embarazo es uno de los grandes problemas de la salud sexual y reproductiva en todos los países, tanto en los desarrollados como no desarrollados. Aproximadamente, la mitad de los embarazos no se planifican, y de estos la otra mitad acaba en aborto provocado. En Barcelona las cifras de no planificación de embarazo son similares un 42% y llegan a representar más del 80% en las mujeres más jóvenes.⁷⁷

Si es verdad que hay que tener en cuenta, cuándo comenzaron a registrarse las IVE en España y cómo han evolucionado respecto a la cobertura del registro, también el hecho de que la despenalización se produjera en nuestro país más tarde que en la mayoría de esos países (Suecia en 1937; Reino Unido en 1967) y además las diferentes costumbres y condicionamientos culturales, unidas a la presencia o ausencia de políticas de planificación.

También observamos que las estadísticas apuntan el descenso de las tasas de IVE, especialmente cuando se asocian a políticas que dificultan su práctica en los servicios públicos.⁷⁸ No quiere decir necesariamente, que se realicen en menor medida, sino que no se registran y/o se realizan en condiciones inadecuadas, aumentando por tanto el riesgo para la salud y la vida de las mujeres. En estos casos las IVE se convierten en un problema de salud pública y en causa de inequidades de género y de renta.

En el análisis de las IVE en España y fuera, es importante incluir lo sucedido antes y después de la despenalización y que incluye tanto a ciudadanas españolas como a ciudadanas de otros países.

Por una parte en España se ha producido un incremento importante y continuado en los últimos años de la población extranjera que tiene una presencia fundamental en la fecundidad y natalidad.⁷⁹ Según datos provisionales del Instituto Nacional de Estadística (INE) para el 2005, el 15% de los nacimientos (casi 70.000) fueron de madres inmigrantes, y más de la mitad de ellos fueron de mujeres de Ecuador, Marruecos, Colombia y Rumania.

Por otra parte, esta actividad reproductiva más elevada refleja, diferentes posiciones ante las relaciones sexuales, la anticoncepción y la igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres en las distintas culturas. Además es lógico suponer que esa actividad reproductiva conlleve no sólo el incremento de nacimientos sino también de embarazos no planificados y no deseados y, por lo tanto, también de las IVE. Respecto a las características socioeconómicas de las mujeres que usan este servicio, sólo podemos contar con las variables estado civil y nivel de educación, las únicas que se recogen del mismo modo en el registro de IVE y en el censo poblacional. Observando el nivel de educación, la tasa más elevada en 2001 fue la de las mujeres con segundo ciclo de estudios.⁷⁹

Según Oringanje et col en una revisión Cochrane,⁸⁰ las intervenciones múltiples, combinación de intervenciones educacionales y anticonceptivas, bajaron la tasa de embarazo no planificado en adolescentes. Sin embargo las pruebas de los posibles efectos de las intervenciones sobre los resultados secundarios como el comienzo de las relaciones sexuales, uso de los métodos anticonceptivos, aborto, ITS, no son definitivos.

También, Julia V Bailey et col, quisieron determinar los efectos de las intervenciones interactivas electrónicas (IIE), para la promoción en salud sexual. Incluyeron participantes de cualquiera edad, sexo, orientación sexual, grupo étnico o nacionalidad. Definieron intervención Interactiva como paquetes que requieren contribuciones de los usuarios para producir material y retroalimentación adaptados que sean personalmente relevantes. El resultado de los metaanálisis, mostraron los siguientes efectos estadísticamente significativos, por una parte un efecto moderado sobre el conocimiento de la salud sexual, un efecto pequeño sobre la autoeficacia de una actividad sexual más segura; un efecto pequeño sobre las intenciones de una actividad sexual más segura y también un efecto sobre el comportamiento sexual.

Los datos no fueron suficientes para realizar el metaanálisis de los resultados biológicos ni el análisis de la relación coste-efectividad.⁸¹

1.1.2.3 Cambio en las culturas relativas a la sexualidad

El cambio en la manera de vivir la sexualidad se produce en todos los grupos de jóvenes. En los jóvenes inmigrantes este cambio se produce entre las culturas existentes en las sociedades y grupos sociales de origen y las que observan en las sociedades que viven y pueden ir desarrollando en España. En los españoles, el cambio principal se produce entre las culturas y comportamientos de las generaciones educadas en el temor al VIH-SIDA de finales de los 80 y principios de los 90 y unas culturas emergentes en las que la sexualidad cumple una función de escuela de vida y en las que el temor al VIH-SIDA ha disminuido de forma significativa. Las consecuencias principales de esos cambios en relación con el riesgo de embarazo no planificado y de IVE es que las relaciones heterosexuales cóitales se han generalizado y comienzan antes.

En la encuesta internacional de la OMS a escolares (Ministerio de Sanidad. HBSC 2004),⁸² la principal conclusión es que durante estos últimos años se ha producido un cambio significativo en el comportamiento sexual, sobre todo de las chicas adolescentes, con un inicio más precoz de las relaciones sexuales cóitales. Los resultados de los Informes de la Juventud en España confirman estas tendencias y manifiestan el inicio de las relaciones sexuales a los 14 años en los chicos y a los 16 años como media en las chicas.⁸³

Esta iniciación más temprana supondría una mayor exposición a los riesgos por carecer a esas edades de suficiente información y de habilidades de negociación. Mientras que en edades más adultas y con mejor información las relaciones sexuales pueden contemplar diferentes componentes. Esta presión hacia el coito en edades tempranas parece estar promovida por el entorno mediático de la juventud actual, cine, revistas, publicidad...⁸⁴

Por otra parte el entorno social es un factor importante como refuerzo de procesos positivos o negativos. Hay muestras claras de vulnerabilidad en los adolescentes que crecen en comunidades adversas, aumentando el riesgo de problemas socio-emocionales y por lo tanto con problemas de afectividad que les afectará en sus futuros comportamientos.⁸⁵

Slonim-Nevo V et col,⁸⁶ examinando la experiencia conductual y emocional de 60 adolescentes del país y 61 adolescentes emigrantes (de 14-18 años) en Israel, observo que las juventudes emigrantes se sienten menos felices, tienen mas actitudes de riesgo y experimentan mas problemas con sus compañeros que los del país. También se tienden asociar con otros emigrantes, costándoles más la interacción y así la integración.

1.1.2.4 El uso de los métodos anticonceptivos

El conjunto de información cualitativa y cuantitativa disponible apunta a que a lo largo de la década de los 90 se ha ido incrementando progresivamente el uso de distintos métodos anticonceptivos entre la gente joven. Destaca el preservativo masculino como el método por excelencia y la anticoncepción de emergencia como el de uso creciente. Otros métodos como la píldora, el dispositivo intrauterino, el diafragma o los parches se asocian con edades más adultas, con relaciones de pareja institucionalizadas, o con mujeres que ya han tenido hijos, situaciones todas ellas percibidas como lejanas por la mayoría de jóvenes.

Los y las jóvenes dicen que el preservativo masculino es el medio más accesible, aunque parece seguir teniendo ciertos problemas de accesibilidad en algunos entornos, en parte por el coste económico que supone y también porque todavía un cierto sector de jóvenes declara tener “vergüenza” a la hora de pedirlo como manifestó el 25% de ellos en la encuesta realizada en el 2003 entre jóvenes de Sevilla.⁸⁷

Por una parte, Lameiras en su estudio confirma que los participantes sexualmente activos/as, distan de utilizar el preservativo de manera sistemática para prevenir ITS y embarazos no planificados. También se detecta mayor riesgo en las chicas que deciden tomar la píldora y sustituir el uso del preservativo. Asocian preservativo masculino como método anticonceptivo, no como preventivo.⁸⁸

Por otra parte, otros trabajos, evidencian que uso del preservativo masculino presenta algunos frenos asociados a ciertas creencias vinculadas al placer, a la incomodidad de su uso o a otros aspectos. Muchos jóvenes alegan que disminuye el placer y que no sienten riesgos de contraer infecciones de transmisión sexual. Para las chicas es más importante la seguridad que aporta su uso.⁸⁹

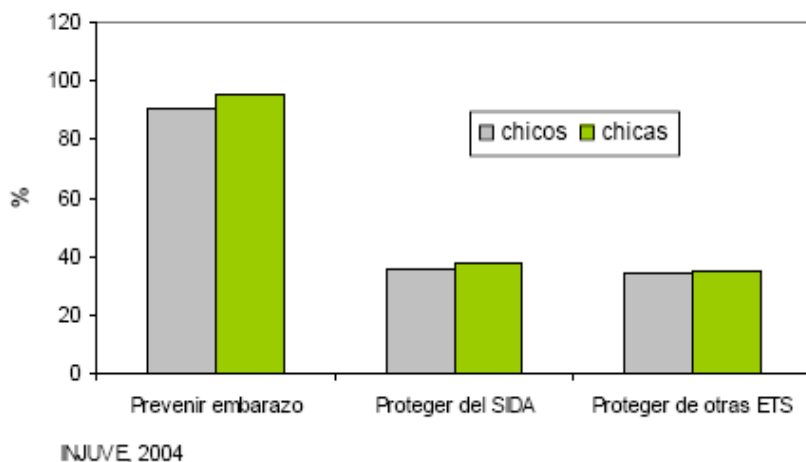
Incluso como confirma Cassamo,⁹⁰ en Mozambique donde hay un importante aumento del número de personas con el VIH, el uso del preservativo no es una medida extendida, se percibe como poco agradable y los jóvenes creen que su uso no es importante. Lo mismo se observa en otro estudio en estudiantes de secundaria de Colombia, uno de cada tres estudiantes estaban en alto riesgo de ITS o embarazos no planificados.⁹¹

Algo similar se recoge en el artículo de Callejas⁹² donde se señala que un 12% de los y las jóvenes de 14-18 años que declaraban mantener relaciones sexuales con penetración, habían recurrido al menos una vez a la marcha atrás. Otros estudios afirman que en un 42% de las mujeres extranjeras encuestadas y un 22% de las españolas que sus parejas les obligan a tener relaciones sexuales sin preservativo.⁹³

El que muchos de los métodos anticonceptivos requieren de una planificación, de revisiones ginecológicas, es decir, de un cierto control sanitario, puede ser lo que aleja a las actuales generaciones juveniles de su utilización. De ahí que sólo una minoría de mujeres jóvenes, en general las que tienen una relación de pareja más estable, accedan a dichos métodos anticonceptivos.

En los datos del Instituto de Juventud en España (INJUVE) puede observarse cómo sólo un tercio de la juventud con relaciones cóitales y que usa el preservativo, lo considera una buena razón para la protección respecto a las infecciones de transmisión sexual (ITS) y específicamente respecto al VIH/SIDA. Aunque las chicas parecen ligeramente más sensibles a la prevención de los embarazos no planificados, no ocurre lo mismo con el tema de las infecciones a pesar de su mayor vulnerabilidad.⁸³ (Figura 5)

Figura 5: Razones para usar el preservativo (INJUVE, 2004)



Fuente: MSC. La interrupción voluntaria del embarazo y los métodos anticonceptivos en los jóvenes. 2004; 35-45

Grimes et al,⁹⁴ estudiaron la eficacia de los métodos basados en el conocimiento sobre la fertilidad y si pueden combinarse con otros métodos. Como conclusión se observó que aún se desconoce la eficacia comparativa de los métodos de anticoncepción basados en el conocimiento sobre fertilidad. A pesar del apoyo constante y de la capacitación, la mayoría de los participantes de los ensayos, abandonó. Por lo que antes de ser adoptados y difundidos deben evaluarse adecuadamente.

1.1.2.5 La anticoncepción de emergencia (AE)

Es el método que parece utilizarse cada vez con mayor frecuencia, parece jugar un doble papel, ya que, por un lado podría reforzar la justificación de no usar el preservativo y, por otro, parece ser altamente efectivo en la prevención de embarazos no planificados.

A falta de datos generales y unificados de utilización de la AE algunos datos parciales pueden ayudar a conocer el perfil de las usuarias. Así, por ejemplo, los datos de evaluación sobre AE de Andalucía (período 2001-2005) muestran un perfil de edad en el que un 67% de las usuarias tienen menos de 25 años (35.2 % menos de 20 años y 31.5% de 20-24 años); datos de Cataluña (período octubre 2004-octubre 2005) muestran un perfil similar con un 63% de usuarias por debajo de los 25 años (4,2% en menores de 16 años, 30,3% en 16-19 años y

28,5% en 20-24 años). Todo ello apunta a que se está disminuyendo en España el uso del preservativo sustituyéndolo por la anticoncepción de emergencia.⁸⁴ Teniendo en cuenta que la obtención de la anticoncepción de emergencia en el plazo recomendado es difícil en ocasiones para muchas mujeres, en una revisión Cochrane se evaluó la provisión por adelantado de la anticoncepción de emergencia para explorar los efectos sobre las tasas de embarazo y los comportamientos sexuales y anticonceptivos. Ningún estudio encontró diferencias significativas en la reducción de las tasas de embarazo, ni en el uso de otros tipos de anticoncepción ni tampoco en el cambio de comportamiento sexual.⁹⁵

1.1.2.6 La información sobre sexualidad y métodos anticonceptivos

Según la Encuesta sobre Hábitos Sexuales,⁹⁶ las expectativas de la gente joven sobre las fuentes de información en temas de sexualidad y anticoncepción no se corresponden con la realidad de la información recibida. La familia y las profesionales del ámbito sanitario y educativo quedan en la provisión de la información por debajo de las preferencias, mientras que los/las iguales son quienes juegan el papel informador más frecuente.

De las entrevistas a jóvenes, profesionales sanitarios, de educación, padres y madres hechas por la empresa Comunicación, Imagen y Opinión Pública (CIMOP 2005) se puede deducir que la información sobre sexualidad y reproducción, incluida la información sobre anticoncepción, no está integrada en las vidas de los y las jóvenes, ni en sus experiencias. Esto sucede en todos los grupos independientemente de su nacionalidad y cultura. La información que tienen está basada fundamentalmente en conversaciones con sus iguales y en lo que leen en revistas y ven en la televisión, que sabemos prescriben modelos de comportamiento, y/o transmiten y consolidan creencias, acertadas o no.

Respecto al uso de preservativos a pesar de la extensa información de la que se dispone, muchos jóvenes no saben utilizarlos correctamente, además tienen la creencia de que en la primera relación sexual coital no existe riesgo de embarazo. En los medios de comunicación, el modelo de sexualidad que se transmite prioriza el placer y el coito como si ambos fueran equivalentes.

Se observa en el estudio que en el medio familiar, la sexualidad es uno de los temas menos hablados y conversados. El sistema educativo en este terreno

aparece muy debilitado. Según lo expresado a lo largo de la investigación mencionada, la educación afectivo-sexual ha desaparecido prácticamente del sistema educativo. Pero la situación no sólo es preocupante por la caída cuantitativa de estos contenidos sino porque adolece de deficiencias en la orientación dominante, que se reduce a los aspectos de anatomía y biología. Aunque estos conocimientos son imprescindibles para el conocimiento del funcionamiento de los órganos genitales y el aparato reproductor, resultan insuficientes para ayudar a los y las jóvenes a comprender su mundo afectivo-sexual.

Respecto al sistema de salud no parece ser percibido por las chicas jóvenes y menos aún por los chicos como un espacio accesible para obtener información y consejo sobre salud sexual y reproductiva. Aunque en algunos casos el personal sanitario colabora con los centros educativos impartiendo charlas sobre estos temas. En general se podría decir que existe un abordaje que refuerza más los aspectos negativos que los positivos de la educación afectivo-sexual. Se habla más de prevenir riesgos y de evitar problemas, que de cómo vivir lo afectivo-sexual de un modo más diverso, complejo, responsable y placentero.

En definitiva y en sintonía con Barzelatto,⁹⁷ la salud sexual y reproductiva es necesariamente multisectorial. No puede ser la responsabilidad de sólo un sector. El desafío requiere cambios sociales y culturales, requiere un cambio de estructura, y esto significa que está amenazando los territorios de todos. El abordaje de la salud sexual debe implicar a la familia al profesorado y a expertos en educación para la salud

1.1.2.7 Prevención de las infecciones de transmisión sexual (ITS)

WiKilson et al⁹⁸, estudiaron en una revisión el uso de Nonoxinol-9 para prevenir el contagio vaginal de ITS de hombres a mujeres. De los 10 estudios que se incluyeron en la revisión, existía evidencia sólida para demostrar que el nonoxynol-9 no ofrece protección contra las ITS. Si que la hay en que su uso puede ser nocivo ya que incrementa la tasa de ulceración genital por lo que su uso esta desaconsejado para prevención de ITS.

Otras revisiones⁹⁹ estudiaron la circuncisión en el hombre para prevención de la infección heterosexual por HIV en los hombres que no logran encontrar la

evidencia suficiente que demuestre la prevención del contagio. Sin embargo dudan del valor de los datos de participantes individuales.

Mathews et al,¹⁰⁰ pretenden valorar la evidencia de que la notificación a la pareja acerca de las ITS produce un impacto positivo en la transmisión de la enfermedad, concluyendo que es necesario evaluar las intervenciones que combinan la capacitación del que presta el cuidado con la educación del paciente. Además recomiendan que todas las notificaciones a la pareja, especialmente las que se realicen entre pacientes VIH positivos, deben medir los posibles efectos adversos, como la violencia en el hogar, para comprobar si existen más resultados positivos que negativos.

En la revisión que realizaron Shepherd et al,¹⁰¹ querían valorar la evidencia de la eficacia de las intervenciones de educación para la salud para promover las conductas de reducción del riesgo sexual entre mujeres a fin de reducir la transmisión del VPH. Todos los estudios evidenciaron un efecto estadísticamente positivo sobre la reducción del riesgo sexual, con un aumento en el uso de preservativos para las relaciones sexuales con penetración vaginal. Se confirmó además un efecto mantenido a los tres meses después de la intervención. Por lo que las intervenciones de EpS presentan la posibilidad de reducir la transmisión del VPH, reduciendo así la incidencia de carcinoma cervical.

Otras revisiones acerca de las intervenciones para modificar comportamientos sexuales de riesgo para prevenir la infección por VIH en hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres, concluyen que pueden reducirlos. Sin embargo recomiendan evaluaciones más rigurosas para determinar con certeza los efectos específicos de las intervenciones, las características de la población y la metodología.¹⁰²

Sin embargo, no hay duda de que hay factores que determinan el comportamiento sexual de los jóvenes, Marston y King,¹⁰³ confirman que las parejas sexuales tienen una influencia fundamental sobre el comportamiento en general, destaca que en la revisión que los temas no suelen ser exclusivos de una determinada cultura. Las intenciones de métodos anticonceptivos entre adolescentes cambian antes y después del aborto. Los jóvenes se decantan mayoritariamente por la intención de adoptar métodos hormonales, lo que es desalentador para prevenir ITS y el VIH. También observa que de un total de 921

adolescentes, un tercio no utilizó preservativo y se asoció positivamente con el diagnóstico de ITS.

1.1.2.8 Las relaciones afectivo-sexuales en igualdad

Se observa un proceso de cambio de los estereotipos y tópicos de género más tradicionales que asigna al varón el mundo de la actividad y del sexo y a la mujer un papel más pasivo y una práctica del sexo más asociada al mundo afectivo. En las chicas más que en los chicos, y en las clases medias altas más que en las clases medias y medias bajas, se aprecia un cambio de los citados estereotipos en una línea más igualitaria, más activa en las chicas e introduciendo ciertos elementos más afectivos en los chicos. Sin embargo, hay otros sectores sociales en los que siguen vigentes los comportamientos prescritos por los estereotipos más tradicionales y en los que las chicas tienen menor capacidad de decidir libremente sobre cuándo y cómo mantener las relaciones sexuales (CIMOP 2005)

Aspectos a tener en cuenta en salud sexual y reproductiva.

El mundo afectivo-sexual, el desarrollo de las relaciones sexuales, ocupa un lugar decisivo en el conjunto de condiciones que definen y caracterizan a la juventud, en cómo los y las jóvenes pueden crecer, en cómo pueden construirse como sujetos adultos y responsables, construir su individualidad y configurar, al mismo tiempo, un proyecto personal que puede materializarse de muy diversas maneras. La sexualidad aparece así como un espacio íntimo y acotado, un espacio propio donde pueden expresarse y aprender a conocerse a sí mismos y a los otros, en el que se admiten orientaciones y consejos de los adultos, pero que tiene que recorrer cada cual, con sus errores, sus fracasos y sus éxitos.

Los discursos juveniles expresados en esta investigación apuntarán, por tanto, a la existencia de un nuevo modelo, una nueva vivencia de la sexualidad joven marcada por una serie de características propias de esta generación. La juventud actual convive con una pluralidad de concepciones acerca de la sexualidad y la procreación. La actividad sexual ya no está ligada a la reproducción sino que está ligada al placer, al afecto como componente innato de la sexualidad humana.¹⁰⁴

La sexualidad es una parte importante de la relación de pareja. Es importante el hecho de generar empatía, respeto mutuo, apoyo, amistad, utilizando la

comunicación eficaz en sexualidad para mantener una sexualidad saludable; Sorprende lo hábiles que son comunicando otros temas y su incapacidad cuando el tema es la sexualidad. Es importante como se va construyendo la desde la niñez, la comunicación con los padres, el entorno escolar, profesores y compañeros. La visión del mundo de la cultura a la que pertenecemos.¹⁰⁵

También parece estar presente una sensación de fragilidad y precariedad en el conjunto de relaciones afectivas a lo que contribuiría la experiencia de las generaciones anteriores, con sus separaciones y divorcios. Además, los modelos sociales y los educativos occidentales, reforzarían el yo de cada sujeto en detrimento del nosotros, se impone una cultura de la individualidad exportada de Estados Unidos.

Es importante conocer el discurso de los y las jóvenes de hoy respecto a su salud sexual y reproductiva. Algunos estudios,¹⁰⁶ han subrayado la existencia en diversas sociedades de una determinada sexualidad recreativa cuya práctica se inscribe en el tiempo del placer.

1.1.3 Aspectos que influyen en la salud sexual y reproductiva de los jóvenes

1.1.3.1 Problemas existentes en el entorno de la salud sexual y reproductiva en la adolescencia

Conscientes que el tema requería una especial disposición y un dialogo pluridisciplinar el Grupo de opinión del Observatorio de Bioética y Derecho, con sede en Barcelona se coordinó con la aportación de profesionales especializados de diferentes escenarios, enfermeras, antropólogos, licenciados en derecho, pedagogos, psicólogos, filósofos, médicos y sociólogos.

Teniendo en cuenta que las IVE en mujeres menores de 20 años mostraban un incremento en la última década y que en Cataluña desde 1999 era preocupante el incremento de IVE en mujeres menores de 15 años, creyeron crucial realizar una reflexión. Valoraron que se trataba de un verdadero problema de salud pública y por lo tanto la ética como el derecho debían de ocuparse de proponer pautas de conducta asumibles para la mayoría de los ciudadanos.

Por una parte, se sumaba la preocupación que confirmaba el aumento de las infecciones de transmisión sexual. También consideraron que los/las menores tienen derecho a la intimidad, que cada vez son más tempranas sus relaciones sexuales, que son insuficientes las medidas educativas..., el grupo de opinión del Observatorio de Bioética y Derecho estableció una serie de conclusiones que concreto en el documento sobre salud sexual y reproductiva.¹⁰⁷

Por otra, tuvieron en cuenta que la interrupción legal del embarazo ha de ser considerada como un acto sanitario más y como tal ha de ser asumida por la sanidad pública, que el aborto, tiene una historia larga de prohibición que solo consigue hacer de su práctica algo peligroso y sus consecuencias pueden ser graves. El grupo, elaboró otras conclusiones que quedaron reflejadas en el documento sobre la interrupción voluntaria de embarazo.¹⁰⁸ Los dos documentos han tenido afortunadamente gran repercusión ya que la reciente legislación se regula siguiendo sus recomendaciones.¹⁰⁹

1.1.3.2 La información de los adolescentes y/o jóvenes

Guang-Ren L,¹¹⁰ investigando la salud y las conductas de estudiantes de secundaria en la ciudad de Weifang, observó la falta de conocimientos en sexualidad humana y su búsqueda a través de Internet, algo que observamos igualmente en los jóvenes de otros países.

Por una parte, Cohall A et al,¹¹¹ defienden que el acceso a la información de salud es un componente esencial para su promoción. Reflexionan sobre la necesidad de instruir a los padres para utilizar Internet como recurso educativo en las poblaciones vulnerables, y así ayudar a sus hijos, mejorando sus nexos de unión.

Por otra parte, Mclaughlin, Marian y col,¹¹² centran la atención en la alta incidencia en Irlanda de infecciones de transmisión sexual y embarazos no planificados en la población adolescente. Destacan también las desigualdades respecto a la información sobre sexualidad.

En Pensilvania Green,¹¹³ realiza un programa de intervención con 721 padres de la comunidad a los que se les ofrece información sobre sexualidad y de cómo hablar con sus hijos sobre ello en las diferentes etapas de crecimiento. A pesar de que los resultados fueron alentadores, habrá que valorarlo en el tiempo.

Oros estudios nacionales americanos¹¹⁴ basados en las conductas sexuales de los/las adolescentes manifiestan los riesgos a la que están sujetos y la necesidad de educación sexual como instrumento de disminución de riesgos.

En el Reino Unido, el embarazo adolescente esta aumentando en la franja de edad entre 12 y 15 años. Sus comportamientos de riesgo continúan presentando un desafío hacia su salud.¹¹⁵ Al igual que en España, son reacios a acudir a los servicios de salud y debido a su juventud en el inicio de sus relaciones sexuales, no creen tener riesgo en tener relaciones sexuales sin protección y no usan siempre el preservativo como mecanismo de protección. Debido a los riesgos expuestos, los cursos de educación sexual en adolescentes han crecido sustancialmente en las escuelas.

1.1.3.3 Las creencias de adolescentes y/o jóvenes

Durante el primer mandato del Presidente George W. Bush, gastó en el abstinency,¹¹⁶ la educación del sexo, casi \$80 millones en el año 2001 \$137 millones en 2004. El presupuesto de abstinencia propuesto para 2007 fue de \$204 millones. Sin embargo, a pesar del reciente enfoque en la abstinencia como método seguro, expertos en sexualidad sostienen que hay que educar en sexualidad y que son los propios adolescentes los que deben decidir cuando como y con quien quieren o no iniciar relaciones sexuales de forma sincera y responsable. En una revisión sistemática sobre estos programas, se concluye que no parecen reducir ni exacerbar el riesgo de VIH. Las limitaciones de los estudios, incluyen la información deficiente de medidas de resultado, no teniendo tampoco confianza en que los participantes del estudio informaran sobre sus comportamientos con exactitud y evidencian defectos metodológicos en los ensayos.¹¹⁷

Es evidente que las creencias en sexualidad influyen de manera clara además de en nuestras percepciones en nuestras actitudes sobre la sexualidad y nos influyen adoptando unos comportamientos u otros.¹¹⁸

Decoster J,¹¹⁹ defiende la adquisición de comportamientos responsables basados en el conocimiento y en la reflexión crítica como imprescindible en la educación, evaluando las posibles consecuencias de sus acciones.

Sí que hay estudios que evidencian que familias con creencias religiosas y asistencia frecuente a los servicios religiosos, se identificaron con mayor dedicación a sus hijos y estos tenían actitudes escolares y conductas más positivas, disminuyendo actitudes de riesgo. La Teoría del Aprendizaje Social (Bandura 1986) sugiere que el niño va aprendiendo a través de la imitación, de conductas modeladas y sugiere además que la conducta más será aprendida cuanto mas se repita. Si los padres están activamente comprometidos en su religión influirán en sus hijos.¹²⁰⁻¹²²

1.1.3.4 La influencia de los medios de comunicación

Los distintos medios de comunicación afectan las percepciones de los jóvenes, contribuyen a poner de moda en ocasiones conductas poco saludables. Se nos invita al amor, al sexo, a lo prohibido, al consumismo sin medida, diversos autores alertan del riesgo que supone si no hay una reflexión crítica del tema. Hay que discutir contenidos de los diferentes programas y horarios ya que tienen clara influencia en las actitudes y conductas juveniles. También padres y educadores pueden desarrollar habilidades críticas sobre los diferentes contenidos para invitar a la reflexión.^{123,124}

Para Scott , la función principal de la publicidad es influir sobre la mente humana y de ahí la importancia de las aportaciones de la psicología, encargada de indagar dicha influencia.¹²⁵

En sintonía con Albaladejo,¹²⁶ el mensaje publicitario ofrece un retrato parcial de una sociedad ideal, en muchas ocasiones inverosímil, pero va haciendo mella en la imaginación de quien lo escucha. Afirma que uno de los principales estereotipos discriminatorios que encontramos en la publicidad actual es el del tratamiento de la mujer como objeto de consumo sexual. Sin embargo desde el 2001, con un 78% de denuncias al observatorio de publicidad, creado en 1994 por el Instituto de la mujer, que referían la explotación del cuerpo femenino como objeto sexual, han disminuido a un 11% y se observa que el cuerpo femenino se utiliza actualmente como reclamo pero con nuevos estereotipos, mujer hedonista-sensual.

Actualmente la publicidad ya no se encarga de informar sobre las características o novedades de un producto, sino que su éxito depende en cómo se posiciona el producto en la mente del consumidor. En muchas ocasiones se escoge a un

personaje con el que los consumidores quieren identificarse. Los consumidores se sentirán ligados a la marca por sentir afinidad al personaje que lo representa¹²⁷. Huici, añade que además al adscribir la publicidad al mito le imprime carácter colectivo. Si queremos permanecer en el grupo, debemos hacer lo que hace.¹²⁸

En Medellín,¹²⁹ se intentó hacer una campaña para intentar disminuir los embarazos no planificados y las ITS en el 2004-2007, utilizando medios de comunicación y otros recursos como vallas publicitarias, postales, pegatinas, revistas, comics, línea de teléfono amiga, página web en la que se tenía acceso a la campaña de sexo seguro. Sin embargo, no ha funcionado a pesar del gran despliegue de medios, ya que no tuvieron en cuenta una estrategia que articulara todos los procesos que estaban en marcha e incluyeran la participación de los adolescentes, para que plantearan sus propias necesidades. Los medios de comunicación masivos no son suficientes para conseguir cambios positivos en salud.

De acuerdo con Bernárdez¹³⁰, todos somos consumidores. Consumimos una serie de productos y no otros, inducidos por la publicidad, y por el deseo de pertenecer a un grupo y no a otro. Consumir es un ejercicio de fidelidad a un grupo y a un estilo de vida. El reclamo a lo corporal es una constante, como lo es y lo ha sido el cuerpo de la mujer. Se maneja la misma clave para hablar del cuerpo femenino para hablar de un zumo de naranja o un perfume para lograr conseguir el deseo. Du Plessis,¹³¹ afirma que la publicidad trabaja en nuestra mente. Si nuestro objetivo es mejorar el rendimiento de la publicidad, entonces es necesario conocer cómo funciona la mente del ser humano. En los últimos años se han realizado avances extraordinarios en este campo. Los cambios experimentados en los paradigmas de la psicología, la neurología o la inteligencia artificial transformarán sin duda la investigación en el campo de la publicidad, mejorando su eficacia y su rendimiento.

1.1.4 Comportamientos sexuales de los jóvenes

1.1.4.1 El descubrimiento y las vivencias

La propia naturaleza nos prepara un nuevo escenario en donde se desarrollaran nuevas experiencias: el enamoramiento, el amor, el placer, el deseo, el juego, el descubrimiento...., que se iniciaran al producirse en nuestro organismo nuevos compuestos hormonales y bioquímicos, en la adolescencia, que nos conducen a nuevos comportamientos, al enamoramiento y a desplegar desde la ternura a

una pasión descontrolada por el otro. Al igual que el resto de los animales tenemos dos objetivos básicos, la perpetuación de la especie y la satisfacción del ansia de placer, podríamos decir que tenemos un instinto de vida.

Tendemos a desarrollarnos, nutrirnos, aprender, a tener afecto... todas esas tendencias nos van llevando poco a poco hacia la madurez, a la seguridad en nosotros mismos, paso imprescindible hacia la reproducción. Nacemos desvalidos y necesitamos un largo aprendizaje para realizar nuestras conexiones neuronales en la infancia y adolescencia y poder adquirir la experiencia que necesitamos para emparejarnos y reproducirnos. Si hay disfunciones se generan conflictos que pueden dar lugar a personalidades insanas. Lo cierto es que nacemos con el cerebro poco conmutado y establecemos la mayoría de nuestros circuitos y redes neuronales desde las percepciones y experiencias del inicio de nuestra vida y estas pueden influir de forma determinante en nuestras posteriores capacidades para comprender el entorno que nos rodea y nuestra forma de adaptarnos o a reaccionar.¹³²

Hay además multitud de emociones básicas como la rabia, el miedo, el recelo y otras más elaboradas como otras más elaboradas como la gratitud, o la culpa que son la clave para muchos de nuestros comportamientos que podrán ser positivos o negativos dependiendo de que tengamos o no un comportamiento saludable.¹³³

Sin embargo hoy más que nunca existe el debate de la naturaleza frente a la educación; trata de comprender la dotación que todos los seres humanos comparten y como nos permite aprender. El descubrimiento más importante de la historia de la psicología, nos dice Pinker¹³⁴ que quizá sean las tres leyes de la genética conductual:

- Todos los rasgos conductuales son hereditarios
- El efecto de criarse en la misma familia es menor que el efecto de los genes
- Una porción sustancial de la variación en los rasgos conductuales humanos complejos no se explica por los efectos de los genes ni de las familias.

Una parte de aprendizaje esencial, que incluirá el entorno del niño, adolescente y joven es el entorno escolar y la influencia de la interrelación entre maestro,

padres y pares es esencial e indiscutible. El concepto de escuela saludable, incluye un acercamiento holístico a toda esa comunidad escolar. Por eso los premios a escuelas saludables pretenden ayudar a promocionar la salud desde el entorno donde vive y aprende el estudiante.

El esquema de Premio de Escuelas Saludables se estableció en 1993, e incluía evaluar las intervenciones de 3 años, en las políticas de promoción y educación para la salud influyendo en hábitos positivos de salud. En el estudio se involucraba a alumnos, maestros, personal de apoyo, padres, políticos de educación y expertos en promoción y educación para la salud. Los resultados indicaron mejoras en las escuelas en las que se realizaron intervenciones. Aunque pequeñas en la adquisición de dieta saludable, ambientes sin humo y usos de drogas. Si hubo mejoras en percibir a la salud como un valor importante y en la necesidad de participar en su consecución padres profesores y alumnos como agentes promotores de la promoción de la salud.¹³⁵

Hay autores interesados en valorar si los programas de intervención holísticos que favorezcan el empoderamiento de los jóvenes más mayores son efectivos para instruir a sus pares en la mejora de su salud. Los participantes que recibieron la intervención con el programa, obtuvieron resultados clínicamente significativos pero no estadísticamente significativos, que lo atribuyen a una muestra pequeña para poder valorar las significaciones.¹³⁶ Por lo que a pesar de lo que se dice a menudo sobre que los programas de educación sexual llevados a término por jóvenes del grupo de iguales, es más efectiva que la llevado al cabo por maestros no se confirma.¹³⁷ Las estrategias más amplias de educación como los medios de comunicación necesitan ser evaluadas para valorar su importancia.

Es indudable la eficacia y el éxito de los programas de intervención dependerá de la buena planificación del programa y de la aceptación de todos los actores implicados. Además nos servirán para poder detectar problemas de salud encubiertos y así poder diseñar intervenciones.

En Yugoslavia el Gobierno financió a un equipo de 40 profesionales de la salud, escolares y directores del programa para trabajar conjuntamente durante 4 años para potenciar el conocimiento en salud, mejorar y/o potenciar las actitudes en salud y comportamiento saludable de los escolares.

Los resultados del estudio mejoran significativamente después de la intervención en casi todas las variables en estudio. Sin embargo se detectaron problemas en el estado psico-emocional de los niños que se quejaban de agotamiento frecuente y problemas de la concentración.¹³⁸

Debemos intentar conocer los valores, la ética, las creencias, la situación de los otros ya que influirá de una manera decisiva en como intervenir para lograr la adquisición de estilos de vida saludables, si no es así no tendremos éxito en nuestras intervenciones, también es imprescindible la formación en interculturalidad, ya que influyen creencias que en ocasiones no tiene relación con los conocimientos en sexualidad.¹³⁹

Sin embargo es indispensable que los jóvenes tengan acceso a la información necesaria para poder reflexionar sobre su comportamiento, cuales son las conductas de riesgo y el efecto que pueden ocasionar en su salud y así tomar las decisiones informadas que consideren respecto a su salud sexual¹⁴⁰⁻¹⁴² Se discute si una posible manera de combatir el riesgo de ITS y embarazos no planificados en adolescentes es promover la educación en sexualidad dentro de la familia. Se ha investigado si mejorando la comunicación sobre sexualidad disminuía el riesgo. Los padres que participaron en las intervenciones pertenecían a clases socio-económicas medias y se confirmó que a través de programas educativos para padres, son capaces de comunicarse mejor con sus hijos en materia de salud sexual y adquieren habilidades para detectar situaciones de riesgo así como para potenciar conductas saludables.¹⁴³

También es cierto que se inicia cada vez más temprano el uso de sustancias tóxicas entre los adolescentes y que se encuentra asociado con las conductas sexuales arriesgadas que aparecen más tarde.¹⁴⁴ También hay investigaciones que aseguran que el seguimiento telefónico o por entrevistas personales después del alta por personal experto, disminuye el consumo de tóxicos.¹⁴⁵ Igualmente, se encuentra asociación al consumo de alcohol y otras drogas con el no uso del preservativo,¹⁴⁶ aunque la comunicación y las habilidades sociales son un elemento imprescindible protector del sexo seguro, hay adolescentes que no usan el preservativo en sus primeras relaciones seguras y/o hacen un mal uso¹⁴⁷ favoreciendo los embarazos no planificados, y las ITS. Se ha estudiado como identifican los adolescentes a través de simulación de casos, las situaciones de riesgo usando o sin usar preservativo y las conclusiones sugieren que es

importante la comunicación con un enfoque en la salud para discutir los riesgos y los beneficios de las diferentes conductas en este caso de sexualidad.¹⁴⁸ También hay que pensar en como afecta la salud mental en las conductas de riesgo de los adolescentes y estudiar la relación entre cuadros ansiosos y depresivos con comportamientos de riesgo.¹⁴⁹

Qué tipo de información y como darla para fomentar comportamientos saludables es otro componente que los publicistas tienen muy claro para fomentar el consumo pero a los profesionales de la salud o de la educación nos cuesta aplicar. En Holanda, se hizo un estudio para valorar si simplificando la información sobre el riesgo de VIH y la promoción del uso de preservativos llegaría a hombres con niveles más bajos de educación y así reforzarían los mensajes de sexo seguro. Se realizó el estudio con 3 folletos con información diferente adaptada a diferente nivel cultural. Los resultados mostraron que simplificando la información, entendían mejor los argumentos y reforzaron su intención en comportamientos protegidos y saludables. Mejoró su percepción de riesgo. No se encontró ningún efecto negativo en la simplificación de la información en los participantes con niveles culturales más altos. Da pie a pensar que es importante simplificar la información para aumentar su efectividad en la acción de promoción y educación para la salud.¹⁵⁰ Además investigando diferentes formatos para dar la instrucción educativa sistemáticamente, se observa que la discusión de grupo mejora la tolerancia, la conferencia más la discusión de grupo, mejora las actitudes y existe significación estadística respecto al grupo en los que no se intervenía.^{151, 152}

1.1.5 Modelo de actuación conceptualización

1.1.5.1 Interculturalidad y ética

Cada vez más se necesitan expertos en educación para la salud, con un conocimiento amplio en interculturalidad capaces de saber crear programas acordes con las tradiciones, formas de vida, creencias de aquellos a los que se va a impartir los diferentes programas. La interculturalidad en educación, se traducirá en estimular y acelerar la adopción de las pautas, códigos y elementos culturales mayoritarios con la finalidad de asegurar una verdadera igualdad de oportunidades sociales.

El educador en salud, más allá de los sentimientos, es vital que sea conocedor de la importancia de la ética. La ética de la autonomía que tiene que ver con los

intereses y derechos del individuo. Debe destacar su imparcialidad y justicia además de ser conocedor de la ética de la comunidad y de las costumbres del grupo social.

Además de tener en cuenta el consentimiento informado, el derecho a la confidencialidad, la anonimidad, la beneficencia, la no maleficencia, el respeto a la autonomía, a la justicia, el Beauchamp & Childress, 1994; El McDermott & Sarvella, 1999. Y quizás es importante para la práctica de la educación para la salud entender las tradiciones éticas que se derivan de estos principios.¹⁵³

La ética es un cuerpo de conocimientos cuyo objetivo es la conducta humana. Proporciona un armazón con el que el profesional puede valorar si las acciones humanas son aceptables.

Sin embargo para el profesional experto en promoción y educación para la salud el verdadero objetivo de la educación intercultural somos todos. Los que estamos aquí, los que vienen los que han venido antes, porque todos debemos prepararnos para vivir en sociedades complejas, abiertas y plurales. Aprender qué competencias son necesarias para garantizar la realización y la participación de todos en una sociedad democrática y plural, exige una nueva socialización, una nueva percepción del otro, una comprensión del mundo más científica, más completa y más justa.

En este nuevo paradigma, éstos podrían ser, enunciados de forma esquemática, los principios de lo que hemos dado en llamar educación intercultural. Es una educación para todos. Una educación en y para la igualdad, y para la diversidad. Todos debemos aprender a vivir juntos en sociedades multiculturales.¹⁵⁴

1.1.5.2 Modelos de conducta y educación para la salud

Un tema delicado para educar es precisamente la salud sexual y reproductiva ya que continua siendo un tema tabú para muchos, de intolerancia para otros, de tradiciones opuestas entre culturas, de moral diferente, de formas dispares de ver la vida...

La finalidad de la educación para la salud afirma Rochon⁵³ es conseguir cambios de conducta que sean saludables y estos cambios se deben a la posibilidad de aprender cuales son los determinantes a nivel cognitivo

conocimientos e información, habilidades cognitivas, afectos, valores y actitudes y habilidades psicomotoras. Es fundamental cuando hablamos de educación para la salud trabajar con modelos de aprendizaje, de comportamientos que nos permitan comprender que aprendemos y como aprendemos una conducta facilitándonos la realización y evaluación del proyecto. Sin embargo las teorías del cambio de conducta, los métodos de evaluación de programas y la valoración del ambiente social en que los programas educativos se imparten han sido ignoradas. El estudio de Zimmerman¹⁵⁵ aporta datos sobre los conocimientos, actitudes, habilidades y comportamientos de los jóvenes en relación a los riesgos y reafirma la importancia de proporcionar intervenciones basadas en un marco teórico en educación para la salud, además de desarrollar una evaluación cuidadosa para asegurar la eficacia de la intervención.

Revisando artículos que valoraran los efectos de programas de educación sexual basados en modelos y teorías de educación para la salud en los que se trabaja sobre educación sexual y/o hábitos saludables en grupos que se trabajaron con un modelo teórico y otros grupos en el que no se trabajaba con ningún modelo teórico, observamos que el programa de educación con sesiones dentro del marco teórico elegido de EpS era más eficaz para mejorar conocimientos y autonomía, proponiendo extender el programa a una población más amplia.^{156, 157,158,159,160}

También hay un acuerdo general en la necesidad de educar en hábitos saludables y en la implicación interdisciplinar que se precisa. Hay pocos estudios que documenten los efectos a largo plazo de la EpS en jóvenes. Sin embargo haciendo un seguimiento en 15 años, los jóvenes que habían participado con continuidad en actividades de promoción y educación para la salud demostraron mejores hábitos saludables, menos problemas de salud mental y menos conductas de riesgo contrastando con los jóvenes de otras comunidades que no habían participado.¹⁶¹

1.1.5.3 La importancia de las teorías y modelos en la promoción y educación para la salud

La idea de realizar el programa basándose en teorías de promoción y educación para la salud es debida a la importancia que tienen las conductas humanas en la salud y a la idea de desarrollar y gestionar una planificación estratégica que permita una evaluación. Puede ayudarnos durante las distintas etapas de la

planificación, la ejecución y la evaluación de una intervención. Nos ayudan a dar forma a preguntas sobre el porqué, qué y el cómo. También pueden ayudar a identificar qué es lo que hay que observar, medir y/o comparar en la evaluación del programa. Las teorías y los modelos explican la conducta y sugieren formas de conseguir el cambio del comportamiento.

Para fundamentar la planificación del programa, se ha tenido en cuenta el PRECEDE de Lawrence Green.¹⁶² Valora los factores predisponentes que tienen que ver con la motivación del sujeto o grupo para realizar la conducta que se pretende, los factores facilitadores que valoraran la destreza para realizar la conducta preventiva adecuada y la accesibilidad a los recursos y los factores reforzantes que estarán determinados por las respuestas positivas tras la realización de una conducta saludable.

Lopez et al,¹⁶³ en una revisión de ensayos controlados para valorar las respuesta de las teorías y modelos en las intervenciones teóricas para la anticoncepción, concluyen que las intervenciones se deberían adaptar a otros contextos culturales y para ser útiles, se necesita una documentación cuidadosa y un buen diseño de la investigación, la teoría y la implementación de las intervenciones, además el uso de teorías ayudaría a obtener información sobre la realidad.

1.1.5.4 Trabajo cooperativo en programas de intervención

Teniendo en cuenta que la cultura se desarrolla a partir del intercambio de ideas, de experiencias y proyectos, la inteligencia humana permite que la cooperación y colaboración se conviertan en actos de altruismo recíprocos. En el proceso de aprendizaje el sujeto, sujeto moviliza diversos cauces, por este motivo creo necesario introducir nuevas metodologías y utilizar diferentes estrategias didácticas que sean creativas, dinámicas, flexibles y que inviten a la participación, a la reflexión y así, a la interiorización de conceptos.

Soy consciente de la dificultad que entraña el proyecto, tanto por la dificultad organizativa como por la coordinación y el esfuerzo que supone, de ahí a plasmarlo como un trabajo de investigación y así obtener un mayor estímulo tanto personal como profesional y mejorar la competencia docente, lo que permitirá valorar el modelo de intervención, que sin duda incidirá en la calidad de nuestra profesión y que quedará abierto a un proceso de evaluación permanente que permita modificaciones y ajustes.

1.1.5.5 Metodología cooperativa

El nuevo contexto de aprendizaje, supone un replanteamiento pedagógico y da la mano al cambio metodológico. En este cambio los procesos de evaluación se verán afectados y supondrán un cambio importante en el proceso de enseñanza aprendizaje. Se trata de centrar la atención hacia el enfoque del aprendizaje, mostrar como aprenden los estudiantes y como les afecta después de su formación.¹⁶⁴

El trabajo cooperativo y el aumento de la interacción entre alumno profesor, ha sido considerado desde siempre una clave educativa para la renovación pedagógica. Ahora parece importante volver sobre él en un momento en el que no sólo se acentúa el individualismo y la competición, sino que se ven como naturales dentro de nuestra práctica educativa fiel reflejo de nuestra sociedad. Necesitamos aprender en cooperación, aprender con, frente el individualismo que está impregnando en las relaciones sociales y escolares.

Hay evidencias de la eficacia sobre las metodologías docentes basadas en la cooperación en diferentes escenarios y contextos. Los alumnos se apoyan entre ellos, colaboran para adquirir conocimientos de la temática en estudio. Además de desarrollar habilidades de trabajo en equipo (socialización), comparten todos los recursos, logros, metas y confirman que les ayudo a aprender.^{165, 166,167}

Este aprendizaje en cooperación es hoy necesario en el aula porque hay que readaptar la clase magistral, dirigida a un alumnado oyente-pasivo, pasando de una comunicación unidireccional a otra bidireccional. El aprendizaje se basa en el aprovechamiento de grandes potencialidades de aprendizaje basados en la interacción.

Los efectos de un programa de aprendizaje cooperativo en la aceptación social de niños con invalidez intelectual moderada a severa quedan patentes al observar que en un periodo de 10 semanas interaccionaban mejor, y eran más aceptados.^{168, 169} Incluso cuando se trabaja con esta metodología educativa la amistad como valor para la resolución de conflictos, se observó que aquellos niños a los que se les hizo trabajar de forma cooperativa la amistad como un valor, mejoraban estadísticamente en su habilidad para resolver conflictos que los que no se trabajaba con la misma metodología.¹⁷⁰

También se ha utilizado para reforzar y mejorar logros en motivación académica y en mejora de conocimientos en diferentes disciplinas. Los resultados del estudio indican que aquellos que se reunían, y trabajaban con las estrategias de cooperación, resolvían los problemas de forma significativamente superior, estaban más motivados y además desarrollaban mayor competencia social, que otros compañeros que no trabajaron con esta metodología.^{171,172,173,174,175}

Estudios hechos por Eitan, pretendían valorar la eficacia de la metodología educativa para mejorar las relaciones entre estudiantes de diferentes etnias, y sugirió que bajo las condiciones pedagógicas cooperativas apropiadas se mejora la interrelación de los alumnos y la aceptación mutua.¹⁷⁶

Sin embargo, Roseth confirma la necesidad de educar en cooperación y dejar atrás la educación individualista. Resalta la importancia de desarrollar relaciones de interacción positivas con los compañeros trabajándolo al mismo tiempo que la cooperación. En el meta-análisis comparó la eficacia relativa de las estructuras cooperativas, con las competitivas o individualistas.

Según lo predicho por la teoría de la interdependencia social, los que consiguieron mejores relaciones y resultados se asociaron con la metodología cooperativa y no con la competitiva.¹⁷⁷ Teniendo en cuenta que vivimos en una realidad cada vez más plural, tanto sociocultural como étnica, hace que esta herramienta metodológica sea esencial para desarrollar el aprendizaje.^{178,179}

En la formación en salud sexual y reproductiva, se constata que la interacción y el aprendizaje es mayor en aquel grupo en el que se utiliza metodología cooperativa, además los estudiantes constatan que los logros de sus objetivos en materia de salud sexual y reproductiva, se consiguió a través de la participación y la comunicación que se estableció en los grupos cooperativos.¹⁸⁰ Por tanto, es importante educar en la cooperación y no caer en el error de pensar que todas las personas tienen las mismas posibilidades para encajar las mismas piezas y que además lo hacen a la vez.

1.2 Justificación

A pesar del conocimiento y la información que existe en materia de EpS en Salud sexual y reproductiva, continúan aumentando las infecciones de transmisión sexual y los embarazos no planificados. La anticoncepción de emergencia está cada vez más solicitada entre los jóvenes; de modo que el segmento poblacional con edades entre 13-18 años está en riesgo. La adolescencia y la juventud, es un período de grandes cambios. Los propios jóvenes y su propio entorno, cambian profundamente y a una velocidad extrema. Estos cambios tan rápidos que se les presenta van acompañados de decisiones que ellos mismos tienen que tomar y tendrán una importancia decisiva el resto de sus vidas. Los cambios hormonales que aparecen, afectan y cambian rápidamente su figura corporal, sus deseos, su humor, sus afectos, aparece el enamoramiento, se crean en ocasiones vínculos nuevos, también aparece el desamor y también cambian las relaciones y los afectos con su entorno familiar, con compañeros de uno y otro sexo y además es la hora de tomar decisiones sobre el futuro profesional. Demasiada rapidez, demasiada responsabilidad para situaciones de vida tan importantes y decisivas.

Algunos de los problemas de salud de esta población podrían ser solventados, o al menos paliados, mediante una adecuada intervención en salud sexual. Cualquier intervención debe basarse en un adecuado conocimiento de la situación, por profesionales expertos en promoción y educación para la salud que garanticen la evaluación periódica que compruebe su eficacia.

El papel de la enfermera en la promoción de la salud como agente activo ante las nuevas demandas de salud, es indiscutible. Con estas actividades cuidadoras decididas en el programa contribuye a potenciar el producto enfermera, dando validez a la existencia de profesionales con una oferta de servicios en promoción y educación para la salud con la que nos pueda identificar la sociedad.

La inexistencia de un “estándar” para la valoración de los programas de intervención en salud sexual y reproductiva, nos lleva a crear intervenciones basadas en modelos de educación para la salud que permitan la evaluación del impacto del programa y que contribuyan, al conocimiento de los jóvenes.

Después de una revisión de la literatura, hemos hallado estudios que evalúan la efectividad de programas de intervención, pero pocos basados en un modelo teórico que evalúen conocimientos, actitudes de riesgo, valores y mitos.

Es esta razón fundamentalmente la que me ha llevado a elegir mi motivo de tesis dirigiendo la atención a la evaluación de un programa de intervención en salud sexual en grupos seleccionados, que paso a argumentar en los siguientes apartados:

Se han llevado a cabo numerosos trabajos en los que se hace evidente la existencia de una alta prevalencia de infecciones de transmisión sexual, embarazos no planificados y en muchos de los trabajos se asocian al abuso de sustancias tóxicas y de la necesidad de establecer programas de intervención para paliar estos efectos. Sin embargo, son muy pocos los estudios epidemiológicos que valoren si los programas que se han impartido han conseguido significancias estadísticas después de la intervención, no solo en conocimientos, sino también en habilidades y actitudes. En este sentido, la evaluación del programa de educación en los adolescentes de Lleida, aportaría datos novedosos en relación a la salud sexual y reproductiva de los adolescentes y sus determinantes.

El reconocimiento de la evidencia de la eficacia de programas de intervención basados en modelos teóricos de promoción y educación para la salud y evaluados, ayudaría a detectar y prevenir problemas en salud sexual y reproductiva y poner en marcha de forma precoz medidas de soporte para mejorar la salud sexual en el grupo de población joven que más lo necesita.

Las actitudes insanas en salud sexual y reproductiva, determinarían la morbilidad de los jóvenes y su calidad de vida. Profundizar en el conocimiento de los factores que influyen en las actitudes y comportamientos insanos, especialmente en aquellos tratables o modificables, permitirá plantear medidas preventivas orientadas a mejorar su sexualidad. Además, estas intervenciones ayudarán a disminuir el consumo de recursos sanitarios de un segmento de la población cada vez más numeroso y demandante en lo que respecta a la anticoncepción de emergencia, posibilitándoles educación para la salud.

El motivo de la selección de grupos de características tan diferentes, es valorar si con la metodología empleada se consigue individualizar la intervención educativa a las características de cada uno de los diferentes grupos y en definitiva si mejora el aprendizaje.

Como valoración final podríamos afirmar que se trata de un estudio con gran trascendencia ya que puede generar abundante información con un elevado impacto en la salud de los jóvenes escolarizados mayores de 13 años.

OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

Finalidad

Evaluar un programa de intervención en materia de salud sexual y reproductiva en diferentes centros escolares seleccionados de la Ciudad de Lleida y provincia.

Objetivos

1. Comparar antes/después de la intervención la prevalencia de conocimientos, actitudes de riesgo, mitificación, valores, actitudes saludables y comportamiento saludable en relación a la salud sexual y reproductiva.
2. Realizar la misma comparación en función del sexo, nivel educativo, cursos de procedencia y número de sesiones.
3. Conocer la efectividad de la dinámica de los gigantes encantados para mejorar las habilidades manipulativas en los jóvenes.
4. Conocer la satisfacción de los jóvenes respecto al programa, el interés, la percepción de aprendizaje, de utilidad y duración de las sesiones, además de su oportunidad de participación.
5. Conocer la prevalencia de hábitos tóxicos en la población estudiada.
6. Conocer la opinión de los jóvenes respecto al uso del preservativo y sobre el aborto.

MÉTODOS

3 MÉTODOS

3.1 Tipo de estudio

Estudio comparativo antes-después de una intervención educativa no aleatorio, con cuestionarios identificados para la explotación estadística en forma de aparejados. A todos los jóvenes se les impartió 4 sesiones educativas de hora y media por sesión y con metodología cooperativa a excepción de un grupo al que se le realizó solo una intervención con la clásica charla magistral.

A pesar de ser un estudio con método cuantitativo, completa algunos aspectos con el abordaje cualitativo.

3.2 Participantes en el estudio

Criterios de inclusión: Centros educativos de Lleida y provincia que solicitaron la intervención en materia de salud sexual y reproductiva, que tenían el permiso de la Asociación de Madres y Padres de los Alumnos (AMPA) para la intervención educativa y que sus alumnos aceptaran el programa de intervención y el calendario educativo propuesto.

Adultos a partir de 13 años o más, de ambos sexos, escolarizados en centros públicos de tipología diversa de Lleida. Se trabajó con grupos clase, ya constituidos en el centro escolar, adaptándonos a la realidad de cada uno de los grupos.

El tamaño de la muestra estuvo condicionado por el número de alumnos de los diferentes centros escolares que entraron en el estudio. $n = 284$.

No hubo criterios de exclusión

Por motivos de operatividad, de viabilidad del estudio y también por querer trabajar con grupos diversos, se seleccionaron, a demanda, centros de características diferentes de Lleida y provincia. El propósito fue valorar las intervenciones adaptadas a cada situación y observar la efectividad de las dinámicas gestionadas en diferentes escenarios y contextos.

3.3 Intervención

Para decidir la puesta en práctica de la intervención educativa se tuvo en cuenta el modelo PRECEDE, en el que se fundamentó la planificación. (Figura 6)

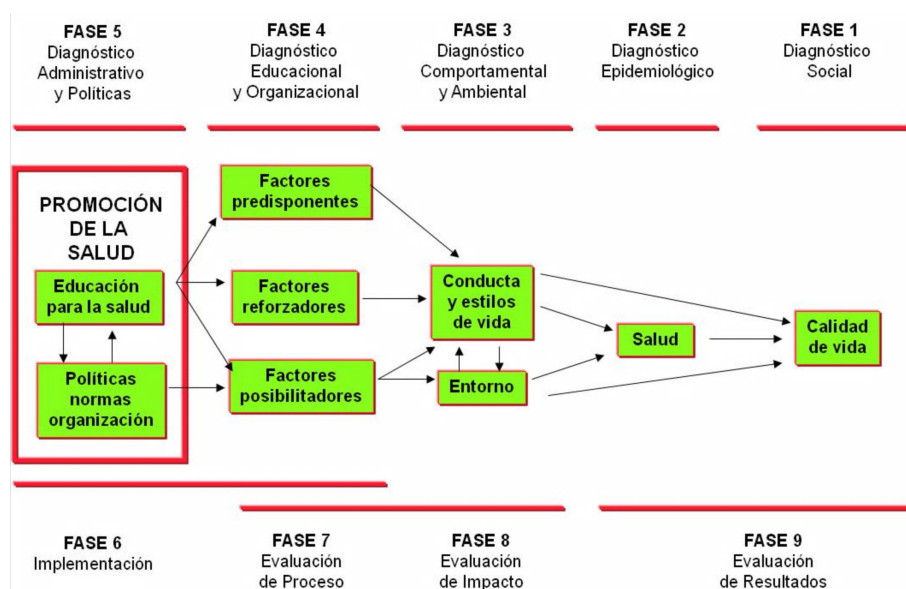
En la fase previa a la implantación del programa de intervención se reflexionó mucho sobre la planificación y otros aspectos que se consideraron imprescindibles para abordar la intervención.

En primer lugar qué aprendizaje queríamos para el alumnado y se concretó que se abordaría el aprendizaje teórico y también de manera más amplia la experiencia vivencial. Se complementó para lograr un aprendizaje completo e integral y afrontar la competencia, además de justificar su eficacia. La experiencia vivencial se abordó a través de las dinámicas de grupo.

Se trabajó en la creación de un entorno abierto para intentar maximizar las oportunidades de aprendizaje, en los que los alumnos pudieran mostrarse como son, utilizando técnicas variables, donde se pudieran decir las mismas cosas de formas diferentes, teniendo en cuenta la diversidad de los alumnos.

También hubo que conocer el interés del alumnado y sus características previo a las sesiones y se consiguió a través de la entrevista con los diferentes tutores como cito más tarde y con las respuestas de los cuestionarios test previas a la intervención. Valorando las respuestas del cuestionario, a través del modelo PRECEDE se hizo un diagnóstico de la situación de cada uno de los grupos con los que se trabajó posteriormente, a excepción del grupo al que se le realizó únicamente una sesión.

Figura 6: El PRECEDE-PROCEED. Modelo de planificación



Fuente: Green y Kreuter, 1991

Para la preparación de los contenidos teóricos del programa de intervención se tuvo en cuenta:

- La discusión y puesta en común de todas las sugerencias y observaciones de los diferentes temas a tratar.
- La unificación de criterios en referencia a comprensión y técnicas de apoyo del programa.
- Elaboración de material didáctico complementario de refuerzo a las sesiones formativas, que constan en los anexos.
- Unificación de la metodología a impartir las sesiones educativas.
- La preparación, coordinación y planificación del calendario de puesta en marcha del programa según las propuestas.

Planteamiento de las sesiones :

En el programa de intervención se consideró imprescindible contar con estrategias de apoyo en las sesiones educativas facilitando:

- La motivación a través del planteamiento de preguntas y el análisis y discusión de situaciones.
- La recuperación de la información mediante las dinámicas grupales
- La gestión de la información a través de solución y discusión de casos y/o situaciones.

Se realizó una pequeña charla magistral de 10-15 minutos pasando a trabajar con metodología cooperativa a cargo de una enfermera experta en dinámica de grupos y educación para la salud. Las intervenciones se compararon con un grupo control al que se le hizo una intervención mediante una charla magistral de 90 minutos sin dinámicas grupales, con contenidos teóricos pero sin contenidos de dinámicas de grupo, ni metodología colaborativa y sin favorecer la reflexión. El programa pedagógico consta en el anexo 5

3.3.1 Dinámicas

En la investigación se utilizaron diferentes métodos y procedimientos. Dinámicas que pretendían conseguir la máxima información y optimizar resultados, intentando adaptar la educación al grupo de intervención.

Tabla 1: Instrumentos de *intervención*. Dinámicas

Dinámica juego de aula: ¿Verdadero o falso? (Anexo 6)
Dinámica juego de aula: ¿Riesgo no riesgo? (Anexo 7)
Dinámica los gigantes encantados (Anexo 8)
Dinámicas de refuerzo: Sopa de letras, crucigrama1, crucigrama 2, el trabajo en grupo, análisis de los aspectos positivos, negativos e interesantes de una idea (PNI) y ordena las secuencias (Anexo 9)
Dinámica juego de aula: Opino que sí, opino que no (Anexo 10)
Dinámica juego de aula: ¿Estoy de acuerdo, no estoy? (Anexo 11)
Dinámica juego de aula: ¿Conoces cuanto alcohol consumes cuando dices que es poco? (Anexo 12)
Metodología de las sesiones (Anexo 13)
Imágenes para análisis y reflexión (Anexo14)
Reportajes, notas de prensa, cortos de promoción del MSC, anuncios de publicidad para análisis (Anexo 15)

3.3.1.1 Dinámica “juego de aula”: ¿ Verdadero o falso?.

Con la aplicación de esta dinámica se quería conseguir resolver situaciones que puedan presentarse en la vida real con una cierta objetividad, a través de la distancia. Reflexionar sobre las infecciones de transmisión sexual y la importancia de los comportamientos saludables como protección y promoción de la salud. También pretendía estimular la flexibilidad y ayudar a la participación.

A partir la lectura de un caso real sucedido en consulta, se trato el tema de las infecciones de transmisión sexual con el juego de aula. (Anexo 6)

3.3.1.2 Dinámica “juego de aula”: ¿Riesgo o no-riesgo?.

La dinámica pretendió profundizar en la reflexión de métodos anticonceptivos en la prevención de embarazos no planificados y comprender los problemas y sus consecuencias.

A partir la lectura de un caso se incluyeron tarjetas con diferentes frases referentes a situaciones y/o datos a resolver. (Anexo 7)

3.3.1.3 Dinámica “Gigantes Encantados”.

A través del instrumento de los “Gigantes Encantados”, grupos de tres en tres jóvenes, van colocando preservativos. El educador les observaba y les corregía

si lo necesitaban, según el contenido previo que se les dio en la sesión respecto a la colocación del preservativo.(Anexo 8)

3.3.1.4 Dinámica: Preservativo: sopa de letras, crucigrama 1, crucigrama 2, el trabajo en grupo y ordena las secuencias.

Se utilizaron estas dinámicas como técnicas de refuerzo a los métodos anticonceptivos. El objetivo que se perseguía en la utilización de esta técnica es que sirviera de refuerzo para recordar los principales conceptos a tener en cuenta en la utilización del preservativo. (Anexo 9)

3.3.1.5 Dinámica “juego de aula”: Valores, opino que sí, opino que no.

La dinámica pretendió dar opinión ante situaciones que se podían presentar en la vida real. Buscaba la reflexión sobre la significación de los valores. Ser tolerantes con las opiniones de unos y otros, ayudar en la participación y estimular la diversidad. Se repartieron cartas con diferentes frases referentes valores. Los jóvenes disponían de un tablero en el que iban colocando las diferentes tarjetas según los conceptos: Opino que sí u opino que no. (Anexo 10)

3.3.1.6 Dinámica “juego de aula”: Mitos en sexualidad. Estoy de acuerdo, no estoy de acuerdo.

La dinámica pretendió ayudar a desaprender mitos todavía existentes en sexualidad y ayudar a discriminar conceptos erróneos. Se incluyeron tarjetas con diferentes frases referentes a mitos. (Anexo 11)

3.3.1.7 Dinámica “juego de aula”. El alcohol. ¿Cómo sabes lo que consumes cuando dices que es poco?.

El juego pretendió ayudar a profundizar en la reflexión del problema del alcohol y comprender sus consecuencias. Se inicia la dinámica con la lectura de un caso real para posteriormente pasar al juego. A partir de diferentes casos, se trabajo el tema del alcohol. Acompañando los casos, se incluyeron fichas de bebidas diferentes y un tablero en donde irían colocando las sucesivas bebidas que consumen los protagonistas de cada caso. A continuación se pasaban a unidades de bebida estándar y posteriormente se contabilizaban los gramos de alcohol. El educador explicaba los objetivos de la dinámica y el procedimiento a realizar. (Anexo 12)

3.3.1.8 Planificación, organización, puesta en marcha y seguimiento de los juegos de aula. “Gestión de las dinámicas”

Incluyó las pretensiones de las dinámicas citadas anteriormente y cómo se trabajaban cada una de ellas. Ampliado en el anexo13

3.3.1.9 Imágenes para análisis y reflexión

Se pretendió que los alumnos conocieran y experimentaran con imágenes de medios de comunicación y reflexionaran sobre el binomio publicidad y sexualidad. (Anexo 14)

3.3.1.10 Notas de prensa para análisis y reflexión

Se incluyeron reportajes de diarios, notas de prensa, cortos de promoción del MSC, anuncios de publicidad, cortos de películas ..., para análisis y discusión. (Anexo 15)

3.4 Variables

3.4.1 Sociodemográficas

- Edad. Variable cuantitativa en años.
- Sexo. Variable dicotómica (chico, chica)
- Centro escolar. Variable cualitativa, Centro Especial de Treball (CET) del Instituto Municipal de Trabajo Salvador Seguí, Aula Taller Mariola, Instituto de Enseñanza Secundaria (IES) Alcarrás, CET Salvador Segui, IES Balaguer).
- Nivel educativo. Variable cualitativa, escolarización normal, fracaso escolar y discapacitados psíquicos.

3.4.2 Conocimientos

- Sé que es la píldora postcoital. Variable cualitativa dicotómica (si, no)
- El preservativo es el mejor método para evitar el embarazo y las infecciones de transmisión sexual en los jóvenes. Variable cualitativa dicotómica (si, no)
- El diafragma es el mejor método para evitar el embarazo y las infecciones de transmisión sexual en los jóvenes. Variable cualitativa dicotómica (si, no)
- El DIU es el mejor método para evitar el embarazo y las infecciones de

transmisión sexual en los jóvenes. Variable cualitativa dicotómica (si, no)

- La crema espermicida es el mejor método para evitar el embarazo y las infecciones de transmisión sexual en los jóvenes. Variable cualitativa dicotómica (si, no)
- Las pastillas anticonceptivas no son el mejor método para evitar el embarazo y las infecciones de transmisión sexual en los jóvenes. Variable cualitativa dicotómica (si, no)
- La marcha atrás no es el mejor método para evitar el embarazo y las infecciones de transmisión sexual en los jóvenes. Variable cualitativa dicotómica (si, no)
- El sida puede contagiarse por el beso. Variable cualitativa dicotómica (si, no)
- El sida puede contagiarse por intercambio de ropa. Variable cualitativa dicotómica (si, no)
- El sida puede contagiarse por el uso de WC públicos. Variable cualitativa dicotómica (si, no)
- El sida puede contagiarse por picadas de insectos. Variable cualitativa dicotómica (si, no)
- El sida puede contagiarse por tener relaciones sexuales con penetración sin preservativo. Variable cualitativa dicotómica (si, no)
- El sida puede contagiarse por intercambio de utensilios de comida. Variable cualitativa dicotómica (si, no)

3.4.3 Actitudes de riesgo

- De embarazo no planificado. Conocer si el líquido pre seminal anterior a la eyaculación puede provocar embarazo. Variable cualitativa (si, no, no sé)
- Si se produce eyaculación cerca de la vagina, sin haber penetración, puede ocasionar un embarazo. Variable cualitativa (si, no, no sé)
- Si una chica tiene relaciones sexuales con penetración durante la menstruación tiene riesgo de embarazo. Variable cualitativa (si, no, no sé)
- Si se rompe el preservativo hay riesgo de ITS y embarazo. Variable cualitativa (si, no, no sé)

3.4.4 Comportamiento

- Tener relaciones sexuales con penetración. Variable cualitativa

dicotómica (sí, no).

- No utilizo ningún método anticonceptivo. Variable cualitativa dicotómica (sí, no).
- Utilizo pastillas anticonceptivas. Variable cualitativa dicotómica (sí, no).
- Utilizo preservativo desde el inicio. Variable cualitativa dicotómica (sí, no).
- Utilizo la marcha atrás. Variable cualitativa dicotómica (sí, no).

3.4.5 Valores

- Las relaciones sexuales se han de tener siempre que la pareja lo proponga. Variable cualitativa (si, no, no sé)
- Creer que la homosexualidad es una forma de sexualidad. Variable cualitativa (si, no, no sé)
- Creer que la homosexualidad es una enfermedad. Variable cualitativa (si, no, no sé)
- No tengo opinión sobre la sexualidad. Variable cualitativa (si, no, no sé)
- Considerar que la sexualidad debe ser consecuencia del cariño con otra persona. Variable cualitativa dicotómica (sí, no).

3.4.6 Mitos

- Las relaciones sexuales con penetración son más satisfactorias que sin penetración. Variable cualitativa (si, no, no sé)
- Masturbarse puede provocar algún problema de salud. Variable cualitativa (si, no, no sé)
- Las chicas en su primera relación sexual con penetración sangran siempre. Variable cualitativa (si, no, no sé)
- La chica siempre llega al orgasmo si las relaciones sexuales son con penetración. Variable cualitativa (si, no, no sé)
- El preservativo disminuye el placer sexual. Variable cualitativa (si, no, no sé)

3.4.7 Hábitos tóxicos

- Mi opinión sobre las drogas. Variable cualitativa (Son imprescindibles para pasarlo bien, con control no son peligrosas, no deberían tomarse)
- He consumido tabaco. Variable cualitativa dicotómica (sí, no).
- He consumido alcohol. Variable cualitativa dicotómica (sí, no).

- He consumido pastillas estimulantes. Variable cualitativa dicotómica (sí, no).
- He consumido otras drogas. Variable cualitativa dicotómica (sí, no).
- He consumido. Variable cualitativa dicotómica (sí, no).

3.4.8 Satisfacción del programa

- Interés de las sesiones. Variable cualitativa (mucho, bastante, algo, nada de interés)
- Percepción de aprendizaje. Variable cualitativa (mucho, algo, casi nada, he perdido el tiempo)
- Satisfacción de las sesiones educativas. Variable cualitativa (me han gustado mucho, bastante, poco, nada)
- Las dinámicas me han servido para reforzar conocimientos. Variable cualitativa dicotómica (sí, no).
- Las dinámicas me han servido para reflexionar. Variable cualitativa dicotómica (sí, no).
- Las dinámicas me han servido para sentirme incómodo. Variable cualitativa dicotómica (sí, no).
- Las dinámicas me han servido para unirme al grupo. Variable cualitativa dicotómica (sí, no).
- Opinión sobre la duración de las sesiones. Variable cualitativa (largas, cortas, suficientes)
- He tenido oportunidad de participar y preguntar lo que me interesaba. Variable cualitativa dicotómica (sí, no).

3.4.9 Variables secundarias

A partir de las variables recogidas en la encuesta se construyeron nuevas variables secundarias referentes a mitos, riesgo y no riesgo, comportamiento saludable, actitudes saludables, valores y conocimientos. Estas variables y sus criterios de elaboración se presentan a continuación.

3.4.9.1 Mitos

La información basada en los mitos, se obtiene de las preguntas 1,2,3,7 y 9 del cuestionario. Si las preguntas se han contestado con la opción 1(si), dará como resultado que la información recibida tiene una importante fuente de mitos y por

lo tanto es incorrecta. Se aceptó como válido que hubiera tres de las cinco preguntas contestadas negativas.

3.4.9.2 Riesgo no riesgo

La información hacia actitudes de riesgo y no riesgo, se obtiene de las preguntas 4,5,6,y 8 del cuestionario. Se aceptó como válido que hubiera dos de las cuatro preguntas contestadas con la opción 1(sí)

3.4.9.3 Comportamiento saludable

Valor de forma aparejada (test/retest), las preguntas 11 y 12, 13, 14 y 15.

El comportamiento saludable se evaluó de forma aparejada con las preguntas 11 y 14 contestadas con la opción 1(sí) y el resto de las preguntas 12,13,15 con la opción 2(no). Se aceptó como válido para considerar que había un comportamiento saludable nada más que mantener relaciones sexuales con preservativo desde el inicio.

3.4.9.4 Valores

La información sobre los valores se obtuvo de las preguntas 10, 36,37,38 y 40, que hacen referencia al respeto, la tolerancia y al compartir.

Se aceptó como válido que hubiera tres de las cinco preguntas siguientes contestadas con las siguientes respuestas. La pregunta 10 contestada con la opción 2 (no), la pregunta 36 contestada con la opción 1(sí), la pregunta 37 contestada con un 2(no) y la pregunta 38 contestada con un 2(no)

3.4.9.5 Conocimientos

La información sobre conocimientos se obtuvo de las preguntas del cuestionario: 16,18,19,20,21, o (12,13,14,15), según hayan mantenido o no relaciones sexuales con penetración 23, y la 24,25,26,27,28,29,30,31,32,33 y 34. Se aceptó como válido que hubiera nueve preguntas contestadas con las siguientes opciones:

1.- A los jóvenes que manifiestan no haber tenido relaciones sexuales con penetración: La pregunta 16 contestada con la opción 1(si), la pregunta 18 contestada con la opción 2(no), La pregunta 19 contestada con la opción1(si) , La pregunta 20 contestada con la opción 2(no), La pregunta 21 contestada con la opción 2(no)

2.- A los jóvenes que manifiestan haber tenido relaciones sexuales con penetración: La pregunta 12 contestada con la opción 2(no), la pregunta 13 contestada con la opción 2(no), La pregunta 14 contestada con la opción 1(sí) , La pregunta 15 contestada con la opción 2(no)

A ambos grupos con la pregunta 23 contestada con la opción 2(no), La pregunta 24 contestada con la opción 2(no), La pregunta 25 contestada con la opción 2(no), La pregunta 26 contestada con la opción 1(si), La pregunta 27 contestada con la opción 2(no), La pregunta 28 contestada con la opción 2(no), La pregunta 29 contestada con la opción 2(no), La pregunta 30 contestada con la opción 2(no), La pregunta 31 contestada con la opción 2(no), La pregunta 32 contestada con la opción 2(no), La pregunta 33 contestada con la opción 1(si),y La pregunta 34 contestada con la opción 2(no).

3.4.9.6 Actitud saludable

La información respecto a la actitud saludable en aquellos jóvenes que no habían iniciado las relaciones sexuales con penetración se recogió de forma aparejada (test/retest) con las preguntas 11 y 18, 19, 20 y 21, contestadas con la opción 2(no) y la pregunta 19 con la opción 1(sí). Se aceptó como válido para considerar que hubiera una actitud saludable nada más que el que creía que mantendría relaciones sexuales con preservativo desde el inicio.

3.4.10 Los gigantes encantados

La información respecto a la validez de la dinámica se recogió a través de la observación directa mediante la ficha de recogida de la información, (Anexo 16) con una muestra de 86 alumnos en los que estaban representados todos los grupos a excepción del grupo de Aula Taller Mariola, que no quiso realizar la dinámica. Se evaluó la dinámica previo a la sesión educativa y posteriormente. La evaluación de conocimientos, se basó en la correcta cumplimentación de la técnica de los gigantes encantados.

- Mirar fecha de caducidad del preservativo. Variable cualitativa dicotómica (sí, no).
- Apertura correcta del preservativo. Variable cualitativa dicotómica (sí, no).
- Valorar defectos visibles. Variable cualitativa dicotómica (sí, no).
- Valorar consistencia del material. Variable cualitativa dicotómica (sí, no).
- Eliminar el aire. Variable cualitativa dicotómica (sí, no).

- Formar depósito. Variable cualitativa dicotómica (sí, no).
- Desenrollarlo hasta la base. Variable cualitativa dicotómica (sí, no).
- Se rompen. Variable cualitativa dicotómica (sí, no).
- Se colocan al revés Variable cualitativa dicotómica (sí, no).

3.5 Recogida de la información

Se aplicó la técnica Delphi para obtener y consolidar a partir de informadores clave, panel de expertos, información útil para el diseño y desarrollo del cuestionario destinado a recoger información.

Para concretar el cuestionario, como prueba piloto se pasaron 25 cuestionarios a un grupo de expertos (5 sanitarios asistenciales, 5 estudiantes de 6º de medicina, 5 de derecho, 5 enfermería, 5 maestros) con los que se pretendió valorar si las preguntas eran claras, si les suponía mucho esfuerzo contestar el cuestionario y otras sugerencias, dudas y discrepancias.

Los participantes recibieron, un primer cuestionario, primera ronda, a través del que podían expresar sus juicios y criterios sobre el mismo. Una vez recolectados y analizados, se hizo una segunda ronda a cada uno de los participantes junto a un segundo cuestionario. Así los participantes tuvieron la opción de dar nueva estructura a su opinión después de conocer la opinión del resto. El proceso se hizo dos veces ya que se logró un nivel de consenso y no hubo ninguna otra objeción en los cuestionarios.

Los cuestionarios para la obtención de información de los alumnos, los pasaron y recogieron los tutores de los diferentes centros. Previo al inicio de la/las sesiones en sus centros de estudio y 30 días después del término de la/las sesiones juntamente con el cuestionario de satisfacción. A excepción del grupo al que se impartió una sesión en el que la información test, retest y satisfacción se recogió el mismo día. Se consideró la respuesta al cuestionario como aceptación de su participación. Así mismo se recogió el cuestionario del consentimiento informado de cesión de derechos de imagen informada. (Anexo 3).

Se estructura el cuestionario en preguntas que identificaron conocimientos, actitudes, mitos, valores, hábitos tóxicos y opiniones previas y posteriores al programa de intervención, además de un cuestionario de satisfacción posterior a

las sesiones. En los cuestionarios se recogió también la opinión de los alumnos sobre el preservativo, el aborto. La investigación se realizó en su escenario natural.

3.6 Instrumentos

En la investigación se utilizaron diferentes métodos de evaluación y contempló distintos métodos, procedimientos y contextos.

3.6.1 Cuestionarios

- Cuestionario de conocimientos, opiniones y comportamientos en salud. Para conocer algunas opiniones, actitudes y comportamientos de los adolescentes con relación a la sexualidad, la tolerancia a la identidad de género y el consumo de drogas, se pasó un cuestionario. Es anónimo y se realizó previo a la primera charla, test y posterior a la última, retest. Consta de diferentes preguntas entre varias opciones de respuesta cerrada y abierta. (Anexo 1)
- Cuestionario de satisfacción a las sesiones educativas. Para conocer la satisfacción que produjo la intervención y lo que aportó a los adolescentes, se pasó un cuestionario posterior a la intervención con preguntas cerradas y en el que se deja un espacio abierto para que expresaran opiniones y/o sugerencias. (Anexo 2)

3.6.2 Registro de la valoración participante de los discentes

Valoración de las sesiones. Para conocer cómo se fueron desarrollando los diferentes conceptos de las dinámicas en los diferentes grupos.

- Registro de actitud: comunicación verbal, comunicación no-verbal y sensibilización. (Escala de valoración del 1 (nada) al 5 (muy bien)).
- Notas de campo para recoger mediante la observación directa del observador (una de las docentes) las prácticas observadas durante las dinámicas y la discusión del grupo de los discentes

En la comunicación verbal se valoró la manifestación de opiniones, experiencias e interés. En la comunicación no verbal se valoró el lenguaje corporal y en la sensibilización las preguntas y comentarios que hicieron los participantes en las sesiones.

También se analizó cualitativamente el mapa de relación del grupo. Discriminando los líderes, los distorsionadores, la agresividad, la tolerancia, la influencia de género en las sesiones. La finalidad fue de acercamiento al grupo para organizar las sesiones y las dinámicas estratégicamente. (Anexo 17)

3.6.3 Registro de la entrevista con los tutores

Entrevista previa y posterior. Se pretendió recoger información sobre el centro educativo, nivel de escolarización, características del grupo, detección de situaciones de riesgo, actitud hacia las intervenciones educativas y valoración posterior sobre las mismas, que nos permitieron conocer como se fueron desarrollando en los diferentes grupos, previos y posteriores a las exposiciones. Además de otros aspectos de interés que pudieran servirnos para mejorar la planificación de las sesiones. Finalmente, a través de la entrevista se intentó valorar la actitud del tutor respecto a ser ellos mismos los futuros educadores en salud sexual y reproductiva y a iniciar la educación en salud sexual y reproductiva a través de la transversalidad. (Anexo 4)

3.6.4 Los gigantes encantados

Para valorar la dinámica de los gigantes encantados se utilizó la ficha de recogida de información (Anexo 16)

3.7 Análisis de los datos

El análisis cuantitativo

Se realizó un análisis de la calidad de la base de datos a través de una revisión de frecuencias y un análisis de inconsistencias enmendando aquellos errores detectados.

- Fase descriptiva.

La medida de frecuencia del estudio fue la prevalencia. Las variables cualitativas se presentaron a través de porcentajes. Las variables cuantitativas se presentaron a través de la media aritmética y la desviación estándar. Todas las estimaciones fueron acompañadas del correspondiente intervalo de confianza del 95%

- Fase analítica.

Se realizó la comparación test-retest (antes/después) abordándola tanto como por datos independientes como para datos apareados. En el primer abordaje se utilizó la prueba de ji cuadrado y en el segundo la prueba de McNemar. En

ambos abordajes, las comparaciones se realizaron en función de sexo, número de sesiones recibidas, nivel educativo, curso de procedencia y a nivel global.

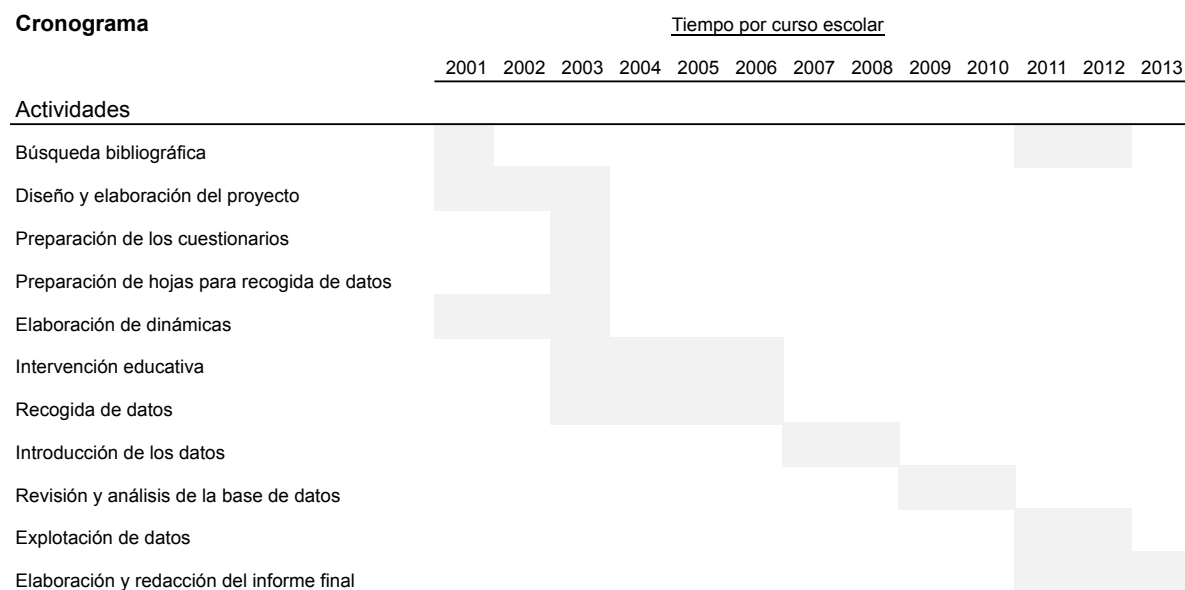
El análisis se realizó con el programa PASW versión 18 y el nivel de significación aceptado será de $p < 0,05$.

El análisis cualitativo se analizó según:

- La observación participante teniendo como instrumento básico las notas del trabajo de campo.
- La entrevista con el tutor/a de los diferentes grupos.
- El grupo de discusión, buscando observar las normas de referencia de los distintos grupos con respecto a su salud sexual y actitudes de riesgo.

3.8 Temporalización del estudio. Cronograma

Figura 7: Cronograma de actividades



3.9 Aspectos éticos

Para la realización de este estudio, se solicitó el permiso del AMPA y se realizó previa solicitud de los diferentes centros escolares a través de los diferentes tutores de los alumnos. Los alumnos contestaron al cuestionario con total libertad, conociendo que no hay ninguna variable que pueda identificar a ninguno de ellos una vez depurada la base de datos.

RESULTADOS

4 RESULTADOS

4.1 Nivel de respuesta

Los tutores de los diferentes centros educativos, facilitaron en la entrevista previa la muestra de alumnos/as de cada uno de los centros potencialmente participantes en el estudio, así como su nivel educativo.

Un total de 284 alumnos/as fueron los previstos para entrar en el estudio y cumplían el criterio de inclusión. Pertenecían a niveles educativos diferentes y a cursos escolares diversos.

Tabla 2: Nivel de respuesta

Agrupaciones		Esperados	Participaron	Nivel de respuesta (%)
Centro escolar de procedencia	IES ^a Alcarrás	93	89	95,7
	IES ^a Balaguer	69	67	97,1
	CET Salvador Seguí	107	99	95,5
	Aula Taller Mariola	15	12	80
Nivel educativo	Escolarización normal	162	156	96,2
	Fracaso escolar	92	86	93,4
	Discapacitados	30	25	83,3
Curso de procedencia	3º de ESO ^b	63	61	96,8
	4º de ESO ^b	30	28	93,3
	Bachiller	69	67	97,1
	Jardinería	30	25	83,3
	Adaptación escolar	15	12	80
	Metal	13	12	92,3
	Carpintería	11	11	100
	Construcción	14	13	92,8
	Pintura	12	12	100
	Hostelería	27	26	96,2
Número de sesiones impartidas	1	39	37	94,8
	4	245	230	93,8
Total		284	267	94,0

^a Instituto de Enseñanza Secundaria

^b Educación Secundaria Obligatoria

De los alumnos/as esperados, restamos 17 que no acudieron a las sesiones. No quisieron participar en ningún caso y en otros desconocemos las causas. Participaron pues en el estudio 267, los cuales representaron el 94% de la población de estudio (267/284).

En la tabla 1, se representa el nivel de respuesta según el centro escolar, el nivel educativo, el curso escolar y el número de sesiones

4.2 Descripción de la muestra

4.2.1 Descripción global de la muestra

De los 267 alumnos 167 fueron hombres, el 62,5%, con una media de edad de 17,0 años en los hombres y 16,6 en el grupo de las mujeres. El rango abarcaba de 14 a 33 años.

En la tabla 3 se observó que los centros escolares de referencia fueron de diferentes procedencias, Instituto de Enseñanza Secundaria (IES) de Alcarrás, CET Salvador Seguí, Aula Taller Lleida, IES de Balaguer.

Respecto al nivel educativo de procedencia fue el de escolarización normal en 6 de cada 10 alumnos/as, de fracaso escolar en 3 de cada 10 y finalmente 1 de cada 10 corresponde al subgrupo de discapacitados psíquicos.

Los alumnos/as procedían de cursos diferentes. Dos de cada 10 estaban estudiando 3º de Educación Secundaria Obligatoria (ESO), 1 de cada 10 estudiaban 4º de ESO, 2 de cada 10 bachiller, 1 de cada 10 jardinería, 5 de cada 10 adaptación escolar, finalizando con los grupos que conformaron los oficios a los que pertenecían aproximadamente 3 de cada 10 alumnos/as.

En referencia al número de sesiones impartidas a los alumnos 9 de cada 10, recibió 4 sesiones educativas y 1 de cada 10 solamente 1 sesión.

Tabla 3: Variables globales de la muestra

Características	Total	Sexo		Edad en años (\bar{x} +DE ^a)
		Mujeres	Hombres	
Edad en años (\bar{x} +DE) ^a	16,8 ±2,6	16,6±2,2	17,0±2,8	
Sexo,n (%)		100 (37,5)	167 (62,5)	
Centro escolar de procedencia , n(%)				
IES ^b Alcarras	89 (33,3)	35(35,0)	54 (32,3)	14,9 ±0,7
IES ^b Balaguer	67 (25,1)	37 (37,0)	30 (18,0)	16,5 ±0,5
Salvador Seguí	99 (37,1)	26 (26,0)	73 (43,7)	18,9 ±3,1
Aula taller Lleida	12 (4,5)	2 (2,0)	10 (6,0)	15,3 ±0,5
Nivel educativo, n (%)				
Escolarización normal	156 (60,7)	72 (72,0)	84 (50,3)	15,9±2,1
Fracaso escolar	86 (32,6)	19 (19,0)	67 (40,1)	17,5±2,2
Discapacitados	25 (6,7)	9 (9,0)	16 (9,6)	21,8±1,8
Curso de procedencia (n% dentro de sexo)				
3º de ESO ^c	61 (22,8)	24 (24,0)	37 (22,2)	14,6±0,5
4º de ESO ^c	28 (10,5)	11 (11,0)	17 (10,2)	15,6±0,7
Bachiller	67 (25,1)	37 (37,0)	30 (18,0)	16,5 ±0,5
Jardinería	25 (9,4)	9 (9,0)	16 (9,6)	22,4 ±2,9
Adaptación escolar	12 (4,5)	2 (2,0)	10 (6,0)	15,3±0,5
Metal	12 (4,5)	0 (,0)	12 (7,2)	18,0±2,4
Carpintería	11 (4,1)	1 (1,0)	10 (6,0)	18,4±1,7
Construcción	13 (4,9)	0 (0,0)	13 (7,8)	18,5±3,4
Pintura	12 (4,5)	0 (0,0)	12 (7,2)	18,3±2,0
Hostelería	26 (9,7)	16 (16,0)	10 (6,0)	16,9±0,9
Número de sesiones impartidas, n (%)				
1	37 (13,9)	22 (22,0)	15 (9,0)	14,5±0,6
4	230(86,1)	78 (78,0)	152 (91,0)	17,2±2,6
Total	267 (100)	100 (100)	167 (100)	

^a Media y desviación estándar

^b Instituto de Enseñanza Secundaria

^c Educación Secundaria Obligatoria

4.2.2 Descripción de la muestra según el número de sesiones

De los 267 alumnos/as, el 13,9% recibieron una sola sesión educativa. Todos ellos, en escolarización normalizada, pertenecientes al IES de Alcarrás, estudiantes de 3º de ESO y con una distribución según el sexo del 60% mujeres respecto al 40% de hombres.

Por lo que se refiere a los alumnos/as que recibieron 4 sesiones el 86,1%, estaban en escolarización normalizada el 54%, procedían de fracaso escolar el 38% y el resto eran discapacitados psíquicos, un 8%.

Tabla 4: Variables de la muestra según el número de sesiones

Características	Total	Número de sesiones	
		1	4
Sexo (% dentro nº sesiones)			
Mujer	100 (37,5)	22 (59,5)	78 (33,9)
Hombre	167 (62,5)	15 (40,5)	152 (66,1)
Centro			
IES ^a Alcarrás	89 (33,3)	37 (100,0)	52 (22,6)
IES ^a Balaguer	67 (25,1)	0 (,0)	67 (29,1)
Salvador Seguí	99 (37,1)	0 (,0)	99 (43,0)
Aula taller Lleida	12 (4,5%)	0 (,0)	12 (5,2)
Curso de procedencia (% nº sesiones)			
3º de ESO ^b	61 (22,8)	37 (100,0)	24 (10,4)
4º de ESO ^b	28 (10,5)	0 (0,0)	28 (12,2)
Bachiller	67 (25,1)	0 (0,0)	67 (29,1)
Jardinería	25 (9,4)	0 (0,0)	25 (10,9)
Adaptación escolar	12 (4,5)	0 (0,0)	12 (5,2)
Metal	12 (4,5)	0 (0,0)	12 (5,2)
Carpintería	11 (4,1)	0 (0,0)	11 (4,8)
Construcción	13 (4,9)	0 (0,0)	13 (5,7)
Pintura	12 (4,5)	0 (0,0)	12 (5,2)
Hostelería	26 (9,7)	0 (0,0)	26 (11,3)
Nivel educativo (% dentro nº sesiones)			
Escolarización normal	162 (60,7)	37 (100,0)	125 (54,3)
Fracaso escolar	87 (32,6)	0 (0,0)	87 (37,8)
Discapacitados	18 (6,7)	0 (0,0)	18 (7,8)
Total	267 (100,0)	37 (100,0)	230 (100,0)

^a Instituto de Enseñanza Secundaria

^b Educación Secundaria Obligatoria

Según observamos en la tabla 4, estaban distribuidos según el centro escolar de la siguiente manera: un 43% pertenecían a Salvador Seguí, el 29% al IES de Balaguer, el 5% al Aula Taller de Lleida y el 23% restante, eran del IES de Alcarrás.

Según el curso de procedencia, el 29% eran de bachillerato, el 12% eran de 4º de ESO, el 11% eran de hostelería, casi en la misma proporción eran de jardinería, con el 10% eran representados los de 3º de ESO, y con un 5% respectivamente,

los de construcción, los de metal, los de pintura, los de adaptación escolar y los de carpintería.

Por lo referente al sexo, de los que recibieron 4 sesiones, el 66% eran hombres y el 34% eran mujeres.

4.2.3 Descripción de la muestra según el nivel educativo o escolarización. Como se observa en la tabla 5, del total de la muestra, casi el 60% fueron alumnos de escolarización normalizada (6 cada 10 alumnos perteneció al IES de Alcarrás y 4 de cada 10 al IES de Balaguer). El 32% procedían de fracaso escolar (9 de cada 10 perteneció a Salvador Seguí y 1 de cada 10, al Aula Taller) y el 8% restante, eran discapacitados, todos ellos de Salvador Seguí.

Tabla 5: Variables de la muestra según el nivel educativo o escolarización

Características	Total	Nivel educativo o escolarización		
		Normalizada	Fracaso escolar	Discapacitados
Nivel educativo (% del nivel educativo)				
IES ^a Alcarras	89 (33,3)	89 (57,1)	0 (0,0)	0 (0,0)
IES ^a Balaguer	67 (25,1)	67(42,9)	0(0,0)	0 (0,0)
Salvador Seguí	99 (37,1)	0 (0,0)	74 (86,2)	25 (100,0)
Aula taller Lleida	12 (4,5)	0 (0,0)	12 (13,8)	0 (0,0)
Curso de procedencia (% nivel educativo)				
3º de ESO ^b	61 (22,8)	61 (37,7)	0 (0,0)	0 (0,0)
4º de ESO ^b	28 (10,5)	28 (17,3)	0 (0,0)	0 (0,0)
Bachiller	67 (25,1)	67(41,4)	0 (0,0)	0 (0,0)
Jardinería	25 (9,4)	0 (0,0)	0 (0,0)	25 (100,0)
Adaptación escolar	12 (4,5)	0 (0,0)	12 (13,9)	0 (0,0)
Metal	12 (4,5)	0 (0,0)	12 (13,9)	0 (0,0)
Carpintería	11 (4,1)	0 (0,0)	11(12,8)	0 (0,0)
Construcción	13 (4,9)	0 (0,0)	13 (15,2)	0 (0,0)
Pintura	12 (4,5)	0 (0,0)	12 (13,9)	0 (0,0)
Hostelería	26 (9,7)	0 (0,0)	26 (30,3)	0 (0,0)
Total	267(100,0)	156 (100,0)	86 (100,0)	25 (100,0)

^a Instituto de Enseñanza Secundaria

^b Educación Secundaria Obligatoria

De los alumnos/as que procedieron de un nivel educativo normalizado, 4 de cada 10 estuvieron representados por los de 3º de ESO, 2 de cada 10 por los de 4º de ESO y 4 de cada 10 por bachillerato. El grupo de discapacitados, pertenecieron a jardinería.

De los alumnos/as que procedieron del nivel educativo de fracaso escolar, 3 de cada 10 perteneció a hostelería y el resto, de construcción, pintura, metal, carpintería y adaptación escolar, eran representados por 1 de cada 10 alumnos/as.

4.3 Comparación de los conocimientos test/retest por datos

independientes a nivel global, sexo y por número de sesiones.

En referencia al análisis de los conocimientos comparando test/retest en el grupo total, se observó en la pregunta - sé que es la píldora postcoital - que 6 de cada 10 alumnos/as respondieron en el test que sí y, en el retest lo hicieron 9 de cada 10, con una significación estadística a favor de la intervención educativa ($p=0,0000$). En la tabla 6, se observó con respecto al sexo, que 6 de cada 10 hombres contestaron en el test afirmativamente, pasando a 9 de cada 10 en el retest, variación estadísticamente significativa ($p=0,0000$). Cinco de cada 10 mujeres contestaron en el test afirmativamente, pasando a hacerlo 9 de cada 10 en el retest, variación estadísticamente significativa ($p=0,0000$). Si se analiza según el número de sesiones, al grupo de alumnos/as que se le impartió 1 sesión, respondieron que sí 4 de cada 10 en el test y, en el retest, 5 de cada 10, sin obtener significación estadística. El grupo que recibió 4 sesiones, sin embargo, de 6 de cada 10 respondieron que sí en el test y 10 de cada 10 en el retest, con una significación a favor de la intervención con más sesiones ($p=0,0000$).

En la pregunta - la primera vez no utilizaré ningún método anticonceptivo - según se observa en la tabla 6, seis de cada 10 alumnos/as respondieron en el test que no y, en el retest lo hicieron 9 de cada 10, con una significación estadística a favor de la intervención educativa ($p=0,0000$). Con respecto al sexo, 6 de cada 10 hombres contestaron en el test que no, pasando a hacerlo 9 de cada 10 en el retest ($p=0,0000$). En las mujeres 7 de cada 10 contestó que no en el test, frente a 9 de cada 10 en el retest, observando significación estadística ($p=0,0000$). El grupo que recibió 4 sesiones, de 7 de cada 10 en el test, pasaron a 10 de cada 10 en el retest, ambos grupos con resultados estadísticamente significativos ($p=0,0014$ y $p=0,0000$ respectivamente).

En la pregunta la primera vez utilizaré preservativo desde el inicio, 6 de cada 10 alumnos/as respondieron en el test que si y, en el retest lo hicieron 8 de cada 10, con una significación estadística a favor de la intervención educativa ($p=0,0000$). Con respecto al sexo, 6 de cada 10 hombres y mujeres contestaron en el test afirmativamente, pasando a 9 de cada 10 hombres y 8 de cada 10 mujeres en el retest ($p=0,0000$ y $p=0,0127$ respectivamente).

Tabla 6 : Comparación de los conocimientos test/retest por datos independientes a nivel global, sexo y por número de sesiones.

Grupo y preguntas o afirmaciones	Test		Retest		p
	Si n %	No n %	Si n%	No n%	
Grupo total					
Sé qué es la píldora postcoital	103(56,3)	80 (43,7)	209 (88,9)	26 (11,1)	0,0000
La primera vez no utilizaré ningún método anticonceptivo	64 (40,5)	94 (59,5)	14 (9,9)	127 (90,1)	0,0000
La primera vez utilizaré preservativo desde el inicio	91 (57,6)	67 (42,4)	118 (83,7)	23 (16,3)	0,0000
La primera vez utilizaré pastillas anticonceptivas	37 (23,4)	121(76,6)	17 (12,1)	124 (87,9)	0,0154
La primera vez utilizaré la marcha atrás	33 (20,8)	126 (79,2)	7 (5,0)	134 (95,0)	0,0001
El mejor método para evitar embarazo y las ITS en jóvenes diafragma	28 (11,3)	220 (88,7)	13 (5,5)	224 (94,5)	0,0228
El mejor método para evitar embarazo y las ITS en jóvenes es el DIU	59 (23,8)	189 (76,2)	23 (9,7)	214 (90,3)	0,0000
El mejor método para evitar embarazo y las ITS en jóvenes son las cremas espermicidas	67 (27,0)	181 (73,0)	25 (10,5)	212 (89,5)	0,0000
El mejor método para evitar embarazo y las ITS en jóvenes es el preservativo	195 (78,6)	53 (21,4)	212 (89,5)	25 (10,5)	0,0013
El mejor método para evitar embarazo y las ITS en jóvenes son las pastillas anticonceptivas	71 (28,6)	177 (71,4)	36 (15,2)	201 (84,8)	0,0004
El mejor método para evitar embarazo y las ITS en jóvenes es la marcha atrás	38 (15,3)	210 (78,7)	18 (7,6)	218 (92,4)	0,0101
El sida puede contagiarse a través del beso	104 (41,9)	144 (58,1)	34 (14,2)	202 (85,6)	0,0000
El sida puede contagiarse a través de intercambio de ropa	23 (9,3)	225 (90,7)	5 (2,1)	231 (97,9)	0,0007
El sida puede contagiarse a través del WC público	103 (41,5)	145 (58,5)	35 (14,8)	201 (85,2)	0,0000
El sida puede contagiarse a través de picadas de insectos	115 (46,4)	133 (53,6)	48 (20,3)	188 (79,7)	0,0000
El sida puede contagiarse a través de tener relaciones sexuales con penetración sin preservativo	222 (89,5)	26 (10,5)	223 (94,5)	13 (5,5)	0,0466
El sida puede contagiarse a través de utensilios de comida	54 (21,8)	194 (78,2)	59 (25,0)	177 (75,0)	NS

Si se analiza según el número de sesiones, el grupo de alumnos/as al que se le impartió 1 sesión, respondió afirmativamente en 4 de cada 10 tanto en el test como en el retest, sin observarse diferencias significativas. El grupo que recibió 4 sesiones, 6 de cada 10 respondió que sí en el test, pasando a 9 de cada 10 en el

retest, con una significación a favor de la intervención con más sesiones (p=0,0000).

Tal como se observa en la tabla 6, en la pregunta - la primera vez utilizaré pastillas anticonceptivas-, 8 de cada 10 alumnos/as respondieron en el test que no y, en el retest lo hicieron 9 de cada 10, con una significación estadística a favor de la intervención educativa (p=0,0154). Con respecto al sexo, 8 de cada 10 hombres contestaron en el test que no, pasando en el retest a 9 de cada 10 sin variación estadística significativa. De las mujeres 7 de cada 10 contestaron en el test que no, pasando en el retest a 9 de cada 10 sin observar significación estadística.

Tabla 6a: Comparación de los conocimientos test/retest por datos independientes a nivel global, sexo y número de sesiones.

Grupo y preguntas o afirmaciones	Test		Retest		p
	Si n %	No n %	Si n%	No n%	
Sexo					
Hombres					
Sé qué es la píldora postcoital	71 (56,8)	54 (43,2)	128 (90,8)	13 (9,2)	0,0000
La primera vez no utilizaré ningún método anticonceptivo	39 (45,3)	47 (54,7)	6 (8,5)	65 (91,5)	0,0000
La primera vez utilizaré preservativo desde el inicio	50 (58,1)	36 (41,9)	64 (90,1)	7 (9,9)	0,0000
La primera vez utilizaré pastillas anticonceptivas	19 (22,1)	67 (77,9)	7 (9,9)	64 (90,1)	NS
La primera vez utilizaré la marcha atrás	21 (24,1)	66 (75,9)	4 (5,6)	67 (94,4)	0,0018
El mejor método para evitar embarazo y las ITS en jóvenes diafragma	19 (12,0)	139 (88,0)	9 (6,3)	134 (93,7)	NS
El mejor método para evitar embarazo y las ITS en jóvenes es el DIU	37 (23,4)	121 (76,6)	15 (10,5)	128 (89,5)	0,0035
El mejor método para evitar embarazo y las ITS en jóvenes son las cremas espermicidas	42 (26,6)	116 (73,4)	12 (8,4)	131 (91,6)	0,0000
El mejor método para evitar embarazo y las ITS en jóvenes es el preservativo	122 (77,2)	36 (22,8)	128 (89,5)	15 (10,5)	0,0054
El mejor método para evitar embarazo y las ITS en jóvenes son las pastillas anticonceptivas	48 (30,4)	110 (69,2)	22 (15,4)	121 (84,6)	0,0025
El mejor método para evitar embarazo y las ITS en jóvenes es la marcha atrás	27 (17,1)	131 (82,9)	10 (7,0)	133 (93,0)	0,0083
El sida puede contagiarse a través del beso	61 (38,6)	97 (61,4)	20 (14,0)	123 (86,0)	0,0000
El sida puede contagiarse a través de intercambio de ropa	16 (10,1)	142 (89,9)	2 (1,4)	141 (98,6)	0,0012
El sida puede contagiarse a través del WC público	58 (36,7)	100 (63,3)	20 (14,0)	123 (86,0)	0,0000
El sida puede contagiarse a través de picadas de insectos	77 (48,7)	81 (53,6)	30 (21,0)	113 (79,0)	0,0000
El sida puede contagiarse a través de tener relaciones sexuales con penetración sin preservativo	143 (90,5)	15 (9,5)	137 (95,8)	6 (4,2)	NS
El sida puede contagiarse a través de utensilios de comida	35 (22,2)	123 (77,8)	41 (28,7)	102 (71,3)	NS

Tabla 6b: Comparación de los conocimientos test/retest por datos independientes a nivel global, sexo y número de sesiones.

Grupo y preguntas o afirmaciones	Test		Retest		p
	Si n %	No n %	Si n%	No n%	
Sexo					
Mujeres					
Sé qué es la píldora postcoital	32 (55,2)	26 (44,8)	81 (86,2)	13 (13,8)	0,0000
La primera vez no utilizaré ningún método anticonceptivo	25 (34,7)	47 (65,3)	8 (11,4)	62 (88,6)	0,0013
La primera vez utilizaré preservativo desde el inicio	41 (56,9)	31 (43,1)	54 (77,1)	16 (22,9)	0,0127
La primera vez utilizaré pastillas anticonceptivas	18 (25,0)	54 (75,0)	10 (14,3)	60 (85,7)	NS
La primera vez utilizaré la marcha atrás	12 (16,7)	60 (83,3)	3 (4,3)	67 (95,7)	0,0264
El mejor método para evitar embarazo y las ITS en jóvenes es el diafragma	9 (10,0)	81 (90,0)	4 (4,3)	90 (95,7)	NS
El mejor método para evitar embarazo y las ITS en jóvenes es el DIU	22 (24,4)	68 (75,6)	8 (8,5)	86 (91,5)	0,0047
El mejor método para evitar embarazo y las ITS en jóvenes son las cremas espermicidas	25 (27,8)	65 (72,2)	12 (12,8)	82 (87,2)	0,0161
El mejor método para evitar embarazo y las ITS en jóvenes es el preservativo	73 (81,1)	17 (18,9)	84 (89,4)	10 (10,6)	NS
El mejor método para evitar embarazo y las ITS en jóvenes son las pastillas anticonceptivas	23 (25,6)	67 (74,4)	14 (14,9)	80 (85,1)	NS
El mejor método para evitar embarazo y las ITS en jóvenes es la marcha atrás	11 (12,2)	79 (87,8)	8 (8,6)	85 (91,4)	NS
El sida puede contagiarse a través del beso	43 (47,8)	47 (52,2)	14 (15,1)	79 (84,9)	0,0000
El sida puede contagiarse a través de intercambio de ropa	7 (7,8)	83 (92,2)	3 (3,2)	90 (96,8)	NS
El sida puede contagiarse a través del WC público	45 (50,0)	45 (50,0)	15 (16,1)	78 (83,9)	0,0000
El sida puede contagiarse a través de picadas de insectos	38 (42,2)	52 (57,8)	18 (19,4)	75 (80,6)	0,0012
El sida puede contagiarse a través de tener relaciones sexuales con penetración sin preservativo	79 (87,8)	11 (12,2)	86 (92,5)	7 (7,5)	NS
El sida puede contagiarse a través de utensilios de comida	19 (21,1)	71 (78,9)	18 (19,4)	75 (80,6)	NS

Si se analiza según el número de sesiones, al grupo que se le impartió 1 sesión, respondieron que no 6 de cada 10 alumnos/as, tanto en el test como en el retest, sin observarse significación estadística. El grupo que recibió 4 sesiones, 8 de cada 10 respondió que no en el test, pasando a 10 de cada 10 en el retest, con una significación a favor de la intervención con más sesiones ($p=0,0007$).

En la pregunta - la primera vez utilizaré la marcha atrás -, 8 de cada 10 alumnos/as respondieron en el test que no y, en el retest lo hicieron 9 de cada 10, con una significación estadística a favor de la intervención educativa ($p=0,0001$).

Tabla 6c: Comparación de los conocimientos test/retest por datos independientes a nivel global, sexo y número de sesiones.

Grupo y preguntas o afirmaciones	Test		Retest		p
	Si	No	Si	No	
	n %	n %	n%	n%	
1 Sesión					
Sé qué es la píldora postcoital	15 (40,5)	32 (59,5)	18 (48,6)	19 (51,1)	NS
La primera vez no utilizaré ningún método anticonceptivo	24 (80,0)	6 (20,0)	11 (36,7)	19 (63,3)	0,0014
La primera vez utilizaré preservativo desde el inicio	12 (40,0)	18 (60,0)	13 (43,3)	17 (56,7)	NS
La primera vez utilizaré pastillas anticonceptivas	13 (43,3)	17 (56,7)	12 (40,0)	18 (60,0)	NS
La primera vez utilizaré la marcha atrás	9 (30,0)	21 (70,0)	5 (16,7)	25 (83,3)	NS
El mejor método para evitar embarazo y las ITS en jóvenes es el diafragma	7 (18,9)	30 (81,1)	6 (16,2)	31 (83,8)	NS
El mejor método para evitar embarazo y las ITS en jóvenes es el DIU	13 (35,1)	24 (64,9)	11 (29,7)	26 (70,3)	NS
El mejor método para evitar embarazo y las ITS en jóvenes son las cremas espermicidas	15 (40,5)	22 (59,5)	13 (35,1)	24 (64,9)	NS
El mejor método para evitar embarazo y las ITS en jóvenes es el preservativo	25 (67,6)	12 (32,4)	27 (73,0)	10 (27,0)	NS
El mejor método para evitar embarazo y las ITS en jóvenes son las pastillas anticonceptivas	10 (27,0)	27 (73,0)	8 (21,6)	29 (78,4)	NS
El mejor método para evitar embarazo y las ITS en jóvenes es la marcha atrás	4 (10,8)	33 (89,2)	11 (29,7)	26 (70,3)	NS
El sida puede contagiarse a través del beso	16 (43,2)	21 (56,8)	13 (35,1)	24 (64,9)	NS
El sida puede contagiarse a través de intercambio de ropa	0 (0,0)	37 (100,0)	1 (2,7)	36 (97,3)	NS
El sida puede contagiarse a través del WC público	16 (43,2)	21 (56,8)	18 (48,6)	19 (51,4)	NS
El sida puede contagiarse a través de picadas de insectos	20 (54,1)	17 (45,9)	22 (59,5)	15 (40,5)	NS
El sida puede contagiarse a través de tener relaciones sexuales con penetración sin preservativo	29 (78,4)	8 (21,6)	28 (75,7)	9 (24,3)	NS
El sida puede contagiarse a través de utensilios de comida	14 (37,8)	23 (62,2)	16 (43,2)	21 (56,8)	NS

Con respecto al sexo, 8 de cada 10 hombres contestaron en el test que no, pasando en el retest a 9 de cada 10 con variación estadística significativa ($p=0,0018$). De las mujeres 8 de cada 10 contestaron en el test que no, pasando en el retest a 10 con significación estadística ($p=0,0264$). Si se analiza según el número de sesiones, al grupo que se le impartió 1 sesión, respondieron que no 7 de cada 10 en el test, pasando a 8 de cada 10 en el retest, sin observar significación estadística. El grupo que recibió 4 sesiones, 8 de cada 10 respondió que no en el test, pasando a 10 de cada 10 en el retest, con una significación a favor de la intervención con más sesiones ($p=0,0000$).

Tabla 6d: Comparación de los conocimientos test/retest por datos independientes a nivel global, sexo y número de sesiones.

Grupo y preguntas o afirmaciones	Test		Retest		p
	Si n %	No n %	Si n%	No n%	
4 Sesiones					
Sé qué es la píldora postcoital	88 (60,3)	58 (39,7)	191 (96,5)	7 (3,5)	0,0000
La primera vez no utilizaré ningún método anticonceptivo	40 (31,3)	88 (68,8)	3 (2,7)	108 (97,3)	0,0000
La primera vez utilizaré preservativo desde el inicio	79 (61,7)	49 (38,3)	105 (94,6)	6 (5,4)	0,0000
La primera vez utilizaré pastillas anticonceptivas	24 (18,8)	104 (81,3)	5 (4,5)	106 (95,5)	0,0007
La primera vez utilizaré la marcha atrás	24 (18,8)	105 (81,4)	2 (1,8)	109 (98,2)	0,0000
El mejor método para evitar embarazo y las ITS en jóvenes es el diafragma	21 (10,0)	190 (90,0)	7 (3,5)	193 (96,5)	0,0105
El mejor método para evitar embarazo y las ITS en jóvenes es el DIU	46 (21,8)	165 (78,2)	12 (6,0)	188 (94,0)	0,0000
El mejor método para evitar embarazo y las ITS en jóvenes son las cremas espermicidas	52 (24,6)	159 (75,4)	11 (5,5)	188 (94,0)	0,0000
El mejor método para evitar embarazo y las ITS en jóvenes es el preservativo	170 (80,6)	41 (19,4)	185 (92,5)	15 (7,5)	0,0005
El mejor método para evitar embarazo y las ITS en jóvenes son las pastillas anticonceptivas	61 (28,9)	150 (71,1)	28 (14,0)	172 (86,0)	0,0003
El mejor método para evitar embarazo y las ITS en jóvenes es la marcha atrás	34 (16,1)	177 (83,9)	7 (3,5)	192 (96,5)	0,0000
El sida puede contagiarse a través del beso	88 (41,7)	123 (58,3)	21 (10,6)	178 (89,4)	0,0000
El sida puede contagiarse a través de intercambio de ropa	23 (10,1)	188 (89,1)	4 (2,0)	195 (98,0)	0,0002
El sida puede contagiarse a través del WC público	87 (41,2)	124 (58,8)	17 (8,5)	182 (91,5)	0,0000
El sida puede contagiarse a través de picadas de insectos	95 (45,0)	116 (55,0)	26 (13,1)	173 (86,9)	0,0000
El sida puede contagiarse a través de tener relaciones sexuales con penetración sin preservativo	193 (91,5)	18 (8,5)	195 (98,0)	4 (2,0)	0,0037
El sida puede contagiarse a través de utensilios de comida	40 (19,9)	171 (81,0)	43 (21,6)	156 (78,4)	NS

En la tabla 6, se observa que en la pregunta - el mejor método para evitar embarazo y ITS en los jóvenes es el diafragma -, un 88,7% de alumnos/as respondieron en el test que no y, en el retest lo hicieron el 94,5%, con una significación estadística a favor de la intervención educativa ($p=0,0228$).

Con respecto al sexo, no hubo variación estadísticamente significativa ni en hombres ni en mujeres. Si se analiza según el número de sesiones, el grupo al que se le impartió 1 sesión, respondió que no en 8 de cada 10 alumnos/as, en el test y en el retest, sin observar significación estadística. El grupo que recibió 4 sesiones, pasaron de 9 de cada 10 que respondió que no en el test, a 10 de cada 10 en el retest, con una significación a favor de la intervención con más sesiones ($p=0,0105$).

En la pregunta - el mejor método para evitar embarazo y ITS en los jóvenes es el DIU -, 8 de cada 10 alumnos/as respondieron en el test que no y, en el retest lo hicieron 9 de cada 10, con una significación estadística a favor de la intervención educativa ($p=0,0000$). Respecto al sexo, 8 hombres de cada 10, en el test, contestaron que no y pasaron a hacerlo 9 de cada 10 en el retest; mientras que de 8 mujeres de cada 10 en el test, se pasó a 9 de cada 10 en el retest. Todos con significación estadística ($p=0,0035$ y $p=0,0047$, respectivamente). Si se analiza según el número de sesiones, en el grupo al que se le impartió 1 sesión, no se constató significación estadística, respondió que no 6 de cada 10 alumnos/as en el test y 7 de cada 10 en el retest. El grupo que recibió 4 sesiones, pasaron de 8 de cada 10 alumnos/as que respondieron que no en el test, a 9 de cada 10 en el retest, con una significación a favor de la intervención con más sesiones ($p=0,0000$).

En la pregunta - el mejor método para evitar el embarazo y ITS en los jóvenes son las cremas espermicidas -, 7 de cada 10 alumnos/as respondieron en el test que no y, en el retest lo hicieron 9 de cada 10, con una significación estadística a favor de la intervención educativa ($p=0,0000$). Respecto al sexo, 7 hombres de cada 10, en el test, contestaron que no y pasaron a hacerlo 9 de cada 10 en el retest; mientras que de 7 mujeres de cada 10 en el test, se pasó a 9 de cada 10 en el retest. Todos con variaciones estadísticamente significativas ($p=0,0000$ y $p=0,0161$, respectivamente). En la tabla 6, puede observarse que si se analiza según el número de sesiones, al grupo que se le impartió 1 sesión, los alumnos/as no constataron significación estadística, respondieron que no 6 de cada 10 tanto en el test como en el retest. El grupo que recibió 4 sesiones, pasaron de 8 de cada 10 que respondieron que no en el test, a 9 de cada 10 en el retest, con una significación a favor de la intervención con más sesiones ($p=0,0000$).

En la pregunta - el mejor método para evitar el embarazo y las ITS en los jóvenes es el preservativo -, 8 de cada 10 alumnos/as respondieron en el test que sí y, en el retest lo hicieron 9 de cada 10, con una significación estadística a favor de la intervención educativa ($p=0,0013$). Con respecto al sexo, contestaron afirmativamente 8 de cada 10 hombres pasando a 9 de cada 10 en el retest observando significación estadística ($p=0,0054$); en las mujeres 8 de cada 10 respondieron que sí pasando a 9 de cada 10 en el retest sin constatar significación estadística. Si se analiza según el número de sesiones, al grupo que

se le impartió 1 sesión, no observo significación estadística, respondieron que sí, 7 de cada 10 alumnos/as tanto en el test como en el retest. El grupo que recibió 4 sesiones, pasaron de 8 de cada 10 alumnos/as que respondieron que no en el test, a 9 de cada 10 en el retest, con una significación a favor de la intervención con más sesiones ($p=0,0005$).

En la pregunta - el mejor método para evitar embarazo y ITS en los jóvenes son las pastillas anticonceptivas -, 7 de cada 10 alumnos/as respondieron en el test que no y, en el retest lo hicieron 8 de cada 10, con una significación estadística a favor de la intervención educativa ($p=0,0004$). Con respecto al sexo, contestaron que no, 7 de cada 10 hombres pasando a 8 de cada 10 en el retest observando significación estadística ($p=0,0025$); en las mujeres 7 de cada 10 respondieron que no en el test, pasando a 9 de cada 10 en el retest sin constatar significación estadística. Si se analiza según el número de sesiones, el grupo al que se le impartió 1 sesión, no observo significación estadística, respondieron que no, 7 de cada 10 alumnos/as en el test y 8 de cada 10 en el retest. El grupo que recibió 4 sesiones, pasaron de 7 de cada 10 alumnos/as que respondieron que no en el test, a 9 de cada 10 en el retest, con una significación a favor de la intervención con más sesiones ($p=0,0003$).

En la tabla 6, se observa que en la pregunta - el mejor método para evitar embarazo y ITS en los jóvenes es la marcha atrás -, 8 de cada 10 alumnos/as respondieron en el test que no y en el retest lo hicieron 9 de cada 10, con una significación estadística a favor de la intervención educativa ($p=0,0101$). Con respecto al sexo, contestaron que no, 8 de cada 10 hombres pasando a 9 de cada 10 en el retest, con variación estadísticamente significativa ($p=0,0083$), las mujeres, casi 9 de cada 10, contestaron que no en test y 9 en el retest, sin observar significación estadística. Si se analiza según el número de sesiones, el grupo al que se le impartió 1 sesión, no constató significación estadística, respondieron que no, 9 de cada 10 alumnos/as en el test y 7 de cada 10 en el retest. El grupo que recibió 4 sesiones, pasaron de 8 de cada 10 alumnos/as que respondieron que no en el test, a 10 de cada 10 en el retest, con una significación a favor de la intervención con más sesiones ($p=0,0000$).

En la pregunta - el sida puede contagiarse a través del beso -, 6 de cada 10 alumnos/as respondieron en el test que no y, en el retest lo hicieron 9 de cada

10, con una significación estadística a favor de la intervención educativa ($p=0,0000$).

Con respecto al sexo, contestaron que no, 6 de cada 10 hombres en el test pasando a hacerlo en 9 de cada 10 en el retest; mientras que de 5 de cada 10 mujeres en el test que contestaron que no pasaron a hacerlo en 8 de cada 10. Ambos con significación estadística ($p=0,0000$ y $p=0,0000$, respectivamente). Si se analiza según el número de sesiones, el grupo al que se le impartió 1 sesión, no observó significación estadística, respondieron que no, 6 de cada 10 alumnos/as tanto en el test como en el retest. El grupo que recibió 4 sesiones, pasaron de 6 de cada 10 alumnos/as que respondieron que no en el test, a 9 de cada 10 en el retest, con una significación a favor de la intervención con más sesiones ($p=0,0000$).

En la pregunta - el sida puede contagiarse a través del intercambio de ropa -, 9 de cada 10 alumnos/as respondieron en el test que no y, en el retest lo hicieron 10 de cada 10, con una significación estadística a favor de la intervención educativa ($p=0,0007$). Con respecto al sexo, contestaron que no, 9 de cada 10 hombres en el test, pasando a 10 de cada 10 en el retest, con variación estadísticamente significativa ($p=0,0000$); mientras que 9 de cada 10 mujeres en el test que contestaron que no pasaron a hacerlo en 10 de cada 10, sin obtener significación. Si se analiza según el número de sesiones, el grupo al que se le impartió 1 sesión, no obtuvo significación estadística, respondieron que no, 6 de cada 10 alumnos/as tanto en el test como en el retest. El grupo que recibió 4 sesiones, pasaron de 9 de cada 10 que respondieron que no en el test, a 10 de cada 10 en el retest, con una significación a favor de la intervención con más sesiones ($p=0,0002$).

En la pregunta - el sida puede contagiarse a través del WC público -, 6 de cada 10 alumnos/as respondieron en el test que no y, en el retest lo hicieron 9 de cada 10, con una significación estadística a favor de la intervención educativa ($p=0,0000$). Con respecto al sexo, contestaron que no, 6 de cada 10 hombres en el test, pasando a 9 de cada 10 en el retest; en las mujeres de 5 de cada 10 que contestaron que no en el test pasaron en el retest a 8 de cada 10. Todos con significación estadística ($p=0,0000$ y $p=0,0000$, respectivamente). Si se analiza según el número de sesiones, al grupo que se le impartió 1 sesión, no constató significación estadística, respondieron que no, 6 de cada 10 en el test, pasando a 5 de cada 10 en el retest. El grupo que recibió 4 sesiones, pasaron de 6 de cada

10 que respondieron que no en el test, a 9 de cada 10 en el retest, con una significación a favor de la intervención con más sesiones ($p=0,0000$).

En la tabla 6 se observa en la pregunta - el sida puede contagiarse a través de picaduras de insectos -, que 5 de cada 10 alumnos/as respondieron en el test que no y, en el retest lo hicieron 8 de cada 10, con una significación estadística a favor de la intervención educativa ($p=0,0000$). Con respecto al sexo, contestaron que no, 5 de cada 10 hombres en el test, pasando a 8 de cada 10 en el retest; en las mujeres 6 de cada 10 que contestaron que no en el test pasaron en el retest a 8 de cada 10. Ambos con significación estadística ($p=0,0000$ y $p=0,0012$, respectivamente). Si se analiza según el número de sesiones, el grupo al que se le impartió 1 sesión, no observó significación estadística, respondieron que no, 5 de cada 10 alumnos/as en el test pasando a 4 de cada 10 en el retest. El grupo que recibió 4 sesiones, pasaron de 6 de cada 10 alumnos/as que respondieron que no en el test, a 9 de cada 10 en el retest, con una significación a favor de la intervención con más sesiones ($p=0,0000$).

En la pregunta - el sida puede contagiarse a través de tener relaciones sexuales con penetración sin preservativo, - 9 de cada 10 alumnos/as respondieron afirmativamente en el test y un 94,5% en el retest, con una significación estadística a favor de la intervención educativa ($p=0,0466$). Con respecto al sexo, contestaron que sí, 9 de cada 10 hombres en el test, pasando a 10 de cada 10 en el retest; en las mujeres de 9 de cada 10 que contestaron que sí en el test pasaron en el retest a 10 de cada 10, sin observarse significación estadística. Si se analiza según el número de sesiones, el grupo al que se le impartió 1 sesión, no obtuvo significación estadística, respondieron que sí, 8 de cada 10 alumnos/as tanto en el test como en el retest. El grupo que recibió 4 sesiones, pasaron de 9 de cada 10 que respondieron afirmativamente en el test, a 10 de cada 10 en el retest, con una significación a favor de la intervención con más sesiones ($p=0,0037$).

En la pregunta - el sida puede contagiarse a través de utensilios de comida - 8 de cada 10 alumnos/as respondieron que no en el test y 7 de cada 10 en el retest, sin significación estadística. Con respecto al sexo, contestaron que no, 8 de cada 10 hombres en el test y en el retest 7 de cada 10; en las mujeres de 8 de cada 10 contestaron que no en el test y en el retest, sin observarse significación estadística. Si se analiza según el número de sesiones, no obtuvieron

significación estadística. El grupo al que se le impartió 1 sesión, respondieron que no 6 de cada 10 tanto en el test como en el retest y el grupo que recibió 4 sesiones, mantuvieron la respuesta negativa, 8 de cada 10 tanto en el test como en el retest, tal y como se observa en la tabla 6.

4.3.1 Comparación de los conocimientos test/retest por datos independientes a nivel global y según el nivel educativo

Como se observa en la tabla 7, en referencia al análisis de los conocimientos comparando test/retest en los diferentes niveles educativos, se observó que en el grupo de escolarización normal en la pregunta - sé que es la píldora postcoital -, 7 de cada 10 alumnos/as respondieron en el test que si y, en el retest lo hicieron 9 de cada 10. En el grupo de fracaso escolar 5 de cada 10 respondió que si en el test y en el retest lo hicieron 9 de cada 10 y finalmente en el grupo de los discapacitados, 4 de cada 10 respondieron que si frente a 9 de cada 10 que lo hicieron en el retest, constatando una significación estadística a favor de la intervención educativa ($p=0,0003$, $p=0,0000$, $p= 0,0036$, respectivamente).

En el grupo de escolarización normal en la pregunta - la primera vez no utilizaré ningún método anticonceptivo -, 5 de cada 10 alumnos/as respondieron en el test que no y en el retest lo hicieron 9 de cada 10, observando una significación estadística a favor de la intervención educativa ($p=0,0000$). En el grupo de fracaso escolar pasan de contestar que no en el test 8 de cada 10 alumnos/as a favor de 10 de cada 10 en el retest ($p= 0,0000$). En el grupo de los discapacitados pasan de responder que no en el test 8 de cada 10 al retest que lo responden 10 de cada 10, sin observar significación estadística.

En la pregunta - la primera vez utilizaré preservativo desde el inicio -, 5 de cada 10 alumnos/as del grupo de escolarización normal, respondieron en el test que sí y, en el retest lo hicieron 8 de cada 10. En el grupo de fracaso escolar pasan de contestar que si en el test 6 de cada 10 alumnos/as a favor de 10 de cada 10 en el retest y en el grupo de los discapacitados pasan de responder en el test que si en 4 de cada 10 alumnos/as al retest que lo hacen 10 de cada 10, con una significación estadística a favor de la intervención educativa ($p=0,0003$, $p=0,0102$ y $p=0,0480$ respectivamente).

Tabla 7: Comparación de los conocimientos test/retest por datos independientes a nivel global y según el nivel educativo

Grupo y preguntas o afirmaciones	Test		Retest		p
	Si n %	No n %	Si n%	No n%	
Nivel educativo					
Escolarización normal					
Sé qué es la píldora postcoital	67 (65,7)	35 (22,4)	124 (85,5)	21 (14,5)	0,0003
La primera vez no utilizaré ningún método anticonceptivo	53 (45,3)	64 (54,7)	14 (12,5)	98 (87,5)	0,0000
La primera vez utilizaré preservativo desde el inicio	68 (58,1)	49 (41,9)	90 (80,4)	22 (19,6)	0,0003
La primera vez utilizaré pastillas anticonceptivas	30 (25,6)	87 (74,4)	15 (13,4)	97 (86,6)	0,0208
La primera vez utilizaré la marcha atrás	26 (22,0)	92 (78,0)	7 (6,3)	105 (93,8)	0,0006
El mejor método para evitar embarazo y las ITS en jóvenes es el diafragma	15 (10,1)	133 (89,9)	10 (6,8)	136 (93,2)	NS
El mejor método para evitar embarazo y las ITS en jóvenes es el DIU	33 (22,3)	115 (77,7)	21 (14,4)	125 (85,6)	NS
El mejor método para evitar embarazo y las ITS en jóvenes son las cremas espermicidas	42 (28,4)	106 (71,6)	21 (14,4)	125 (85,6)	0,0043
El mejor método para evitar embarazo y las ITS en jóvenes es el preservativo	117 (79,1)	31 (20,9)	126 (86,3)	20 (13,7)	NS
El mejor método para evitar embarazo y las ITS en jóvenes son las pastillas anticonceptivas	37 (25,0)	111 (75,0)	22 (15,1)	124 (84,9)	0,0412
El mejor método para evitar embarazo y las ITS en jóvenes es la marcha atrás	18 (12,2)	130 (87,8)	16 (11,0)	130 (89,0)	NS
El sida puede contagiarse a través del beso	69 (46,6)	79 (53,4)	4 (2,0)	195 (98,0)	0,0002
El sida puede contagiarse a través de intercambio de ropa	2 (1,4)	146 (98,6)	3 (2,1)	143 (97,9)	NS
El sida puede contagiarse a través del WC público	70 (47,3)	78 (52,7)	33 (22,6)	113 (77,4)	0,0000
El sida puede contagiarse a través de picadas de insectos	74 (50,0)	74 (50,0)	41 (28,1)	105 (71,9)	0,0001
El sida puede contagiarse a través de tener relaciones sexuales con penetración sin preservativo	138 (93,2)	10 (6,8)	136 (87,2)	10 (6,8)	NS
El sida puede contagiarse a través de utensilios de comida	39 (26,4)	109 (73,6)	40 (27,4)	106 (72,6)	NS

En la pregunta - la primera vez utilizaré pastillas anticonceptivas -, 7 de cada 10 alumnos/as del grupo de escolarización normal, respondieron en el test que no y, en el retest lo hicieron 9 de cada 10, con una significación estadística a favor de la intervención educativa ($p=0,0208$). En grupo de fracaso escolar 8 de cada 10 alumnos/as, respondieron en el test que no y, en el retest lo hicieron 9 de cada 10, y finalmente en el grupo de discapacitados 8 de cada 10 alumnos/as respondieron que no en el test y en el retest lo hicieron 10 de cada 10, sin obtener en ninguno de los dos grupos significación estadística a favor de la intervención educativa.

Tabla 7a: Comparación de los conocimientos test/retest por datos independientes a nivel global y según el nivel educativo

Grupo y preguntas o afirmaciones	Test		Retest		p
	Si n %	No n %	Si n%	No n%	
Nivel educativo					
Fracaso escolar					
Sé qué es la píldora postcoital	28 (46,7)	32 (53,3)	74 (94,9)	4 (5,1)	0,0000
La primera vez no utilizaré ningún método anticonceptivo	7 (29,2)	17 (70,8)	0 (0,0)	23 (100,0)	0,0000
La primera vez utilizaré preservativo desde el inicio	15 (62,5)	9 (37,5)	22 (95,7)	1 (4,3)	0,0102
La primera vez utilizaré pastillas anticonceptivas	4 (4,7)	20 (83,3)	2 (8,7)	21 (91,3)	NS
La primera vez utilizaré la marcha atrás	5 (5,8)	19 (79,2)	0 (0,0)	23 (100,0)	0,0496
El mejor método para evitar embarazo y las ITS en jóvenes es el diafragma	9 (11,8)	67 (88,2)	3 (3,8)	76 (96,2)	NS
El mejor método para evitar embarazo y las ITS en jóvenes es el DIU	19 (25,0)	57 (75,0)	2 (2,5)	77 (97,5)	0,0000
El mejor método para evitar embarazo y las ITS en jóvenes son las cremas espermicidas	15 (19,7)	61 (80,3)	3 (3,8)	76 (96,2)	0,0022
El mejor método para evitar embarazo y las ITS en jóvenes es el preservativo	59 (77,6)	17 (22,4)	76 (96,2)	3 (3,8)	0,0006
El mejor método para evitar embarazo y las ITS en jóvenes son las pastillas anticonceptivas	24 (31,6)	52 (68,4)	13 (16,5)	66 (83,5)	0,0376
El mejor método para evitar embarazo y las ITS en jóvenes es la marcha atrás	12 (15,8)	64 (84,2)	2 (2,5)	77 (97,5)	0,0045
El sida puede contagiarse a través del beso	27 (35,5)	49 (64,5)	8 (10,1)	71 (89,9)	0,0002
El sida puede contagiarse a través de intercambio de ropa	2 (2,6)	74 (97,4)	0 (0,0)	79 (100,0)	NS
El sida puede contagiarse a través del WC público	26 (34,2)	50 (65,8)	2 (2,5)	77 (97,5)	0,0000
El sida puede contagiarse a través de picadas de insectos	32 (42,1)	44 (57,9)	7 (8,9)	72 (91,1)	0,0000
El sida puede contagiarse a través de tener relaciones sexuales con penetración sin preservativo	70 (92,1)	6 (7,9)	78 (98,7)	1 (1,3)	NS
El sida puede contagiarse a través de utensilios de comida	10 (13,2)	66 (86,8)	19 (24,1)	60 (75,9)	NS

Se observa en la tabla 7, que en la pregunta - la primera vez utilizaré la marcha atrás -, 7 de cada 10 alumnos/as del grupo de escolarización normal, respondieron en el test que no y, en el retest lo hicieron 9 de cada 10, con una significación estadística a favor de la intervención educativa ($p=0,0006$). En grupo de fracaso escolar 7 de cada 10 alumnos/as, respondieron en el test que no y, en el retest lo hicieron 10 de cada 10, y en el grupo de discapacitados 8 de cada 10 alumnos/as respondieron que no en el test y en el retest lo hicieron 10 de cada 10, sin obtener ninguno de los dos grupos significación estadística.

Tabla 7b: Comparación de los conocimientos test/retest por datos independientes a nivel global y según el nivel educativo

Grupo y preguntas o afirmaciones	Test		Retest		p
	Si n %	No n %	Si n%	No n%	
Nivel educativo					
Fracaso escolar					
Sé qué es la píldora postcoital	8 (38,1)	13 (61,9)	11 (91,7)	1 (8,3)	0,0036
La primera vez no utilizaré ningún método anticonceptivo	4 (23,5)	13 (76,5)	0 (0,0)	6 (100,0)	NS
La primera vez utilizaré preservativo desde el inicio	8 (47,1)	9 (52,9)	6 (100,0)	0 (0,0)	0,0480
La primera vez utilizaré pastillas anticonceptivas	3 (17,6)	14 (82,4)	0 (0,0)	6 (100,0)	NS
La primera vez utilizaré la marcha atrás	2 (11,8)	15 (88,2)	0 (0,0)	6 (100,0)	NS
El mejor método para evitar embarazo y las ITS en jóvenes es el diafragma	4 (16,7)	20 (83,3)	0 (0,0)	12 (100,0)	NS
El mejor método para evitar embarazo y las ITS en jóvenes es el DIU	7 (29,2)	17 (70,8)	0 (0,0)	12 (100,0)	NS
El mejor método para evitar embarazo y las ITS en jóvenes son las cremas espermicidas	10 (41,7)	14 (58,3)	0 (0,0)	12 (100,0)	0,0146
El mejor método para evitar embarazo y las ITS en jóvenes es el preservativo	19 (79,2)	5 (20,8)	10 (83,3)	2 (16,7)	NS
El mejor método para evitar embarazo y las ITS en jóvenes son las pastillas anticonceptivas	10 (41,7)	14 (58,3)	1 (8,3)	11 (91,7)	NS
El mejor método para evitar embarazo y las ITS en jóvenes es la marcha atrás	8 (33,3)	16 (66,7)	0 (0,0)	11 (100,0)	0,0370
El sida puede contagiarse a través del beso	8 (33,3)	16 (66,7)	0 (0,0)	11 (100,0)	0,0370
El sida puede contagiarse a través de intercambio de ropa	19 (79,2)	5 (20,8)	2 (18,2)	9 (81,8)	0,0019
El sida puede contagiarse a través del WC público	7 (29,2)	17 (70,8)	0 (0,0)	11 (100,0)	0,0004
El sida puede contagiarse a través de picadas de insectos	9 (37,5)	15 (62,5)	0 (0,0)	11 (100,0)	0,0371
El sida puede contagiarse a través de tener relaciones sexuales con penetración sin preservativo	14 (58,3)	10 (41,7)	9 (81,8)	2 (18,2)	NS
El sida puede contagiarse a través de utensilios de comida	5 (20,8)	19 (79,2)	0 (0,0)	11 (100,0)	NS

El grupo de escolarización normal, en la pregunta - el mejor método para evitar embarazo y ITS en los jóvenes es el diafragma -, 9 de cada 10 alumnos/as respondieron en el test y retest que no, el grupo de fracaso escolar 8 de cada 10 alumnos/as respondió que no en el test y 9 de cada 10 en el retest y el grupo de los discapacitados que pasaron a contestar 8 de cada 10 que no en el test al 100% en el retest, sin obtener significación estadística en ninguno de los grupos.

En la pregunta - el mejor método para evitar embarazo y ITS en los jóvenes es el DIU-, en el grupo de escolarización normal 8 de cada 10 alumnos/as contestaron

en el test y retest lo mismo, sin obtener significación estadística. El grupo de fracaso escolar, respondieron que no en el test 7 de cada 10 alumnos/as, frente a 10 de cada 10 en el retest con una significación estadística a favor de la intervención educativa ($p=0,0000$). Finalmente el grupo de los discapacitados que respondieron que no 7 de cada 10 alumnos/as en el test pasando a 10 de cada 10 en el retest sin obtener significación estadística.

En la pregunta - el mejor método para evitar embarazo y ITS en los jóvenes son las cremas espermicidas -, 7 de cada 10 alumnos/as respondieron en el test que no y, en el retest lo hicieron 9 de cada 10 en el grupo de escolarización normal, en el grupo de fracaso escolar 8 de cada 10 alumnos/as respondieron en el test que no y, en el retest lo hicieron 9 de cada 10 y el grupo de los discapacitados que respondieron que no 6 de cada 10 alumnos/as en el test pasando a 10 de cada 10 en el retest con una significación estadística a favor de la intervención educativa ($p=0,0043$, $p=0,0022$, $p=0,0146$ respectivamente).

En la pregunta - el mejor método para evitar embarazo y ITS en los jóvenes es el preservativo -, en el grupo de escolarización normal, 8 de cada 10 alumnos/as respondieron en el test que sí y, en el retest lo hicieron 9 de cada 10, sin obtener significación estadística. Con respecto al grupo de fracaso escolar, contestaron afirmativamente 8 de cada 10 alumnos/as en el test y en el retest 10 de cada 10 con variación estadísticamente significativa ($p=0,0006$). El grupo de discapacitados respondieron que si 8 de cada 10 alumnos/as tanto en el test como en el retest, sin obtener significación estadística.

En la pregunta - el mejor método para evitar embarazo y ITS en los jóvenes son las pastillas anticonceptivas -, el grupo de escolarización normal, 7 de cada 10 alumnos/as respondieron en el test que no y, en el retest lo hicieron 8 de cada 10, en el grupo de fracaso escolar 9 de cada 10 alumnos/as en el test y 10 de cada 10 en el retest, contestaron que no con una significación estadística a favor de la intervención educativa ($p=0,0412$ y $p=0,0376$ respectivamente). Con respecto al grupo de discapacitados, contestaron que no, 6 de cada 10 alumnos/as en el test, pasando a 9 de cada 10 en el retest, sin obtener variación estadísticamente significativa

En la pregunta - el mejor método para evitar embarazo y ITS en los jóvenes es la marcha atrás -, 9 de cada 10 alumnos/as del grupo de escolarización normal

respondieron en el test que no y, en el retest lo hicieron 9 de cada 10, sin obtener significación estadística. Con respecto al grupo de fracaso escolar, respondieron que no, 8 de cada 10 alumnos/as pasando a 10 de cada 10 en el retest, también el grupo de los discapacitados respondieron que no 7 de cada 10 alumnos/as en el test pasando a la totalidad en el retest, con variación estadísticamente significativa a favor de la intervención educativa ($p=0,0045$ y $p=0,0370$ respectivamente).

En la pregunta - el sida puede contagiarse a través del beso -, 5 de cada 10 alumnos/as del grupo de escolarización normal respondieron en el test que no y, en el retest lo hicieron 8 de cada 10, con respecto al grupo de fracaso escolar, respondieron que no, 6 de cada 10 alumnos/as pasando a 9 de cada 10 en el retest, en el grupo de los discapacitados respondieron que no 7 de cada 10 alumnos/as en el test pasando al 100% en el retest, con variación estadísticamente significativa a favor de la intervención educativa ($p=0,0000$, $p=0,0002$ y $p=0,0370$ respectivamente).

En la pregunta si - el sida puede contagiarse a través del intercambio de ropa-, en el grupo de escolarización normal y fracaso escolar la totalidad de los alumnos/as respondieron que no en test y retest, Los alumnos/as del grupo de discapacitados contestaron que no en 2 de cada 10 alumnos/as en el test y en 9 de cada 10 en el retest, con variación estadísticamente significativa ($p=0,0019$).

En la pregunta - el sida puede contagiarse a través del WC público -, 5 de cada 10 alumnos/as pertenecientes al grupo de escolarización normal respondieron en el test que no y, en el retest lo hicieron 8 de cada 10, el grupo de fracaso escolar respondió que no en 6 de cada 10 alumnos/as en el test y en 10 de cada 10 en el retest y finalmente el grupo de discapacitados que contestaron que no en 7 de cada 10 alumnos/as en el test y en 10 de cada 10 en el retest con una significación estadística a favor de la intervención educativa ($p=0,0000$, $p=0,0000$ y $p=0,0004$ respectivamente).

En la pregunta si - el sida puede contagiarse a través de picaduras de insectos -, en el grupo de escolarización normal, 5 de cada 10 alumnos/as respondieron en el test que no y, en el retest lo hicieron 7 de cada 10, en el grupo de fracaso escolar 6 de cada 10 contestaron que no en el test y en el retest lo hicieron 9 de cada 10 y en el grupo de discapacitados 6 de cada 10 respondieron que no en el

test, pasando a contestar que no en el retest el 100% obteniendo una significación estadística a favor de la intervención educativa ($p=0,0001$, $p=0,0000$ y $p= 0,0371$ respectivamente).

En la pregunta - el sida puede contagiarse a través de tener relaciones sexuales con penetración sin preservativo - , en el grupo de escolarización normal, 9 de cada 10 alumnos/as respondieron que si en el test y en el retest, en el grupo de fracaso escolar 9 de cada 10 contestaron que sí en el test y en el retest lo hicieron 10 de cada 10 y el grupo de discapacitados 6 de cada 10 respondieron que sí en el test, pasando a contestar que si en el retest en 9 de cada 10 alumnos/as, no obteniendo significación estadística en ninguno de los grupos educativos.

En la pregunta - el sida puede contagiarse a través de utensilios de comida - , en el grupo de escolarización normal, 7 de cada 10 alumnos/as respondieron que no en el test y en el retest, en el grupo de fracaso escolar 9 de cada 10 contestaron que no en el test y en el retest lo hicieron 7 de cada 10 y finalmente el grupo de discapacitados 8 de cada 10 respondieron que no en el test, pasando a contestar que si en el retest en el 100% de alumnos, no obteniendo significación estadística en ninguno de los grupos educativos.

4.3.2 Comparación de los conocimientos test/retest por datos independientes a nivel global y según curso de procedencia.

En la tabla 8, observamos las referencias al análisis de los conocimientos comparando test/retest en los diferentes cursos de procedencia. Se observó que en los alumnos/as de 3º de ESO en la pregunta - sé que es la píldora postcoital -, 5 de cada 10 alumnos/as respondieron en el test que si y, en el retest lo hicieron 3 de cada 10. Los de 4º de ESO, 9 de cada 10 respondieron que si en el test y en el retest lo hicieron 10 de cada 10, igual que los alumnos/as de adaptación escolar que 6 de cada 10 respondieron que si frente a 10 de cada 10 que lo hicieron en el retest, sin obtener significación estadística. Respecto a los alumnos/as de bachiller 8 de cada 10 respondieron que si frente a 10 de cada 10 que lo hicieron en el retest, los de jardinería y oficios 4 de cada 10 respondieron que si frente a 9 de cada 10 que lo hicieron en el retest , con una significación estadística a favor de la intervención educativa ($p=0,0190$, $p=0,0085$, $p=0,0000$ respectivamente).

En la pregunta - la primera vez no utilizaré ningún método anticonceptivo -, los alumnos/as de 3º de ESO, 2 de cada 10 alumnos/as respondieron en el test que no y, en el retest lo hicieron 7 de cada 10, con una significación estadística a favor de la intervención educativa ($p=0,0000$). Los de 4º de ESO, 5 de cada 10 alumnos/as respondieron en el test que no frente a 10 de cada 10 en el retest, obteniendo significación estadística después de la intervención ($p= 0,0006$). En los alumnos/as de bachiller 9 de cada 10 alumnos/as respondieron en el test que no y, en el retest lo hicieron 10 de cada 10, en jardinería 8 de cada 10 contesto en el tet que no y en el retest lo hicieron la totalidad del grupo y en adaptación escolar nadie respondió que no, sin obtener significación estadística, ninguno de los cursos y finalmente el curso procedente de oficios que 7 de cada 10 alumnos/as respondieron que no en el test y en el retest lo hicieron 10 de cada 10, con una significación estadística significativa a favor de la intervención ($p=0,0215$).

En la pregunta - la primera vez utilizaré preservativo desde el inicio -, 4 de cada 10 alumnos/as de 3º de ESO, respondieron en el test que si y, en el retest lo hicieron 5 de cada 10, sin obtener significación estadística. En 4º de ESO, 6 de cada 10 alumnos/as respondieron en el test que si frente a 10 de cada 10 en el retest, los alumnos/as de bachiller 8 de cada 10 alumnos/as respondieron en el test que si y, en el retest lo hicieron 10 de cada 10, en jardinería 5 de cada 10 contesto en el test que si y en el retest lo hicieron 10 de cada 10, en oficios 2 de cada 10 contestó que sí en el test frente a 9 de cada 10 que lo hizo en el retest, obteniendo significación estadística después de la intervención ($p= 0,0014$, $p= 0,0011$, $p= 0,0480$ y $p= 0,0219$ respectivamente). En el curso de adaptación escolar no hay respuesta en el retest ya que todos habían mantenido relaciones sexuales con penetración

En la pregunta - la primera vez utilizaré pastillas anticonceptivas -, 6 de cada 10 alumnos/as del curso 3º de ESO, respondieron en el test que no y, en el retest lo hicieron 7 de cada 10, los de 4º de ESO, 8 de cada 10 alumnos/as respondieron en el test que no frente a 10 de cada 10 que lo hicieron en el retest, en jardinería 8 de cada 10 contesto en el test que no y en el retest lo hicieron 10 de cada 10, en oficios 8 de cada 10 contestó que no en el test frente a 9 de cada 10 que lo hizo en el retest, sin observar en ninguno de los cursos significación estadística.

Tabla 8: Comparación de los conocimientos test/retest por datos independientes a nivel global y según curso de procedencia.

Grupo y preguntas o afirmaciones	Test		Retest		p
	Si n %	No n %	Si n%	No n%	
Curso de procedencia n (%)					
3° ESO ^a					
Sé qué es la píldora postcoital	31 (51,7)	29 (48,3)	37 (64,9)	20 (35,1)	NS
La primera vez no utilizaré ningún método anticonceptivo	40 (81,6)	9 (18,4)	14 (29,8)	33 (70,2)	0,0000
La primera vez utilizaré preservativo desde el inicio	19 (38,2)	30 (61,2)	25 (53,2)	22 (46,8)	NS
La primera vez utilizaré pastillas anticonceptivas	19 (38,8)	30 (61,2)	15 (31,9)	32 (68,1)	NS
La primera vez utilizaré la marcha atrás	13 (26,5)	36 (73,5)	7 (14,9)	40 (85,1)	NS
El mejor método para evitar embarazo y las ITS en jóvenes es el diafragma	10 (16,4)	51 (83,6)	9 (15,8)	48 (84,2)	NS
El mejor método para evitar embarazo y las ITS en jóvenes es el DIU	20 (32,8)	41 (67,2)	19 (33,3)	38 (66,7)	NS
El mejor método para evitar embarazo y las ITS en jóvenes son las cremas espermicidas	28 (45,9)	33 (54,1)	20 (35,1)	37 (64,9)	NS
El mejor método para evitar embarazo y las ITS en jóvenes es el preservativo	39 (63,9)	22 (36,1)	39 (68,4)	18 (31,6)	NS
El mejor método para evitar embarazo y las ITS en jóvenes son las pastillas anticonceptivas	19 (31,1)	42 (68,9)	15 (26,3)	42 (73,7)	NS
El mejor método para evitar embarazo y las ITS en jóvenes es la marcha atrás	9 (14,8)	52 (85,2)	15 (26,3)	42 (73,7)	NS
El sida puede contagiarse a través del beso	30 (49,2)	31 (50,8)	24 (42,1)	33 (57,9)	NS
El sida puede contagiarse a través de intercambio de ropa	2 (3,3)	59 (96,7)	3 (5,3)	54 (94,7)	NS
El sida puede contagiarse a través del WC público	31 (50,8)	30 (49,2)	30 (52,6)	27 (47,4)	NS
El sida puede contagiarse a través de picadas de insectos	33 (54,1)	28 (45,9)	33 (57,9)	24 (42,1)	NS
El sida puede contagiarse a través de tener relaciones sexuales con penetración sin preservativo	52 (85,2)	9 (14,8)	47 (82,5)	10 (17,5)	NS
El sida puede contagiarse a través de utensilios de comida	24 (39,3)	37 (60,7)	25 (43,9)	32 (56,1)	NS

^aEducación Secundaria Obligatoria

Los alumnos/as de bachiller 8 de cada 10 alumnos/as respondieron en el test que no frente a 10 de cada 10 que lo hizo en el retest constatando significación estadística ($p= 0,0122$). En grupo adaptación escolar 1 (100%) contestó que no en el test , en el retest no hay respuesta ya que todos han tenido relaciones sexuales.

Tabla 8a: Comparación de los conocimientos test/retest por datos independientes a nivel global y según curso de procedencia.

Grupo y preguntas o afirmaciones	Test		Retest		p
	Si n %	No n %	Si n%	No n%	
Curso de procedencia n (%)					
4º ESO ^a					
Sé qué es la píldora postcoital	25 (89,3)	3 (10,7)	27 (100,0)	0 (0,0)	NS
La primera vez no utilizaré ningún método anticonceptivo	11 (50,0)	11 (50,0)	0 (0,0)	21(100,0)	0,0006
La primera vez utilizaré preservativo desde el inicio	13 (59,1)	9 (40,9)	21 (100,0)	0 (0,0)	0,0014
La primera vez utilizaré pastillas anticonceptivas	4 (18,2)	18 (81,8)	0 (0,0)	21(100,0)	NS
La primera vez utilizaré la marcha atrás	8 (34,8)	15 (65,2)	0 (0,0)	21(100,0)	0,0039
El mejor método para evitar embarazo y las ITS en jóvenes es el diafragma	2 (7,1)	26 (92,9)	1 (3,7)	26 (96,3)	NS
El mejor método para evitar embarazo y las ITS en jóvenes es el DIU	4 (14,3)	24 (85,7)	2 (7,4)	25 (92,6)	NS
El mejor método para evitar embarazo y las ITS en jóvenes son las cremas espermicidas	5 (17,9)	23 (82,1)	2 (7,4)	25 (92,6)	NS
El mejor método para evitar embarazo y las ITS en jóvenes es el preservativo	25 (89,3)	3 (10,7)	26 (96,3)	1 (3,7)	NS
El mejor método para evitar embarazo y las ITS en jóvenes son las pastillas anticonceptivas	7 (25,0)	21 (75,0)	3 (11,1)	24 (88,9)	NS
El mejor método para evitar embarazo y las ITS en jóvenes es la marcha atrás	8 (28,6)	20 (71,4)	1 (3,7)	26 (96,3)	0,0247
El sida puede contagiarse a través del beso	6 (21,4)	22 (78,6)	2 (7,4)	25 (92,6)	NS
El sida puede contagiarse a través de intercambio de ropa	0 (0,0)	28 (100,0)	0 (0,0)	27(100,0)	NS
El sida puede contagiarse a través del WC público	13 (46,4)	15 (53,6)	2 (7,4)	25 (92,6)	0,0381
El sida puede contagiarse a través de picadas de insectos	16 (57,1)	12 (42,9)	7 (25,9)	20 (74,1)	0,0381
El sida puede contagiarse a través de tener relaciones sexuales con penetración sin preservativo	28 (100,0)	0 (0,0)	27 (100,0)	0 (0,0)	NS
El sida puede contagiarse a través de utensilios de comida	10 (35,7)	18 (64,3)	8 (29,6)	19 (70,4)	NS

^a Educación Secundaria Obligatoria

En la pregunta - la primera vez utilizaré la marcha atrás -, 7 de cada 10 alumnos/as del grupo de escolarización normal, respondieron en el test que no y, en el retest lo hicieron 8 de cada 10, los alumnos/as, en bachiller 9 de cada 10 alumnos/as respondieron en el test que no frente a 10 de cada 10 que lo hizo en el retest, en jardinería 9 de cada 10 contestó en el test que no y en el retest lo hicieron 10 de cada 10, sin observar en ninguno de los cursos significación estadística. En el curso de 4º de ESO, 6 de cada 10 alumnos/as respondieron en el test que no frente a 10 de cada 10 en el retest, y en el de oficios 8 de cada 10 alumnos/as respondieron en el test que no frente a 10 de cada 10 que lo hizo en el retest constatando significación estadística (p= 0,0039 y p=0,0490 respectivamente).

Tabla 8b: Comparación de los conocimientos test/retest por datos independientes a nivel global y según curso de procedencia.

Grupo y preguntas o afirmaciones	Test		Retest		p
	Si n %	No n %	Si n%	No n%	
Curso de procedencia n (%)					
Bachiller					
Sé qué es la píldora postcoital	11 (78,6)	3 (10,7)	60 (98,4)	1 (1,6)	0,0190
La primera vez no utilizaré ningún método anticonceptivo	2 (4,3)	44 (95,7)	0 (0,0)	44(100,0)	NS
La primera vez utilizaré preservativo desde el inicio	36 (78,3)	10 (21,7)	44 (100,0)	0 (0,0)	0,0011
La primera vez utilizaré pastillas anticonceptivas	7 (15,2)	39 (84,8)	0 (0,0)	44(100,0)	0,0122
La primera vez utilizaré la marcha atrás	5 (10,9)	41 (89,1)	0 (0,0)	44(100,0)	NS
El mejor método para evitar embarazo y las ITS en jóvenes es el diafragma	3 (5,1)	56 (94,9)	0 (0,0)	62(100,0)	NS
El mejor método para evitar embarazo y las ITS en jóvenes es el DIU	9 (15,3)	50 (84,7)	0 (0,0)	62(100,0)	0,0011
El mejor método para evitar embarazo y las ITS en jóvenes son las cremas espermicidas	9 (15,3)	50 (84,7)	0 (0,0)	62(100,0)	0,0011
El mejor método para evitar embarazo y las ITS en jóvenes es el preservativo	53 (89,8)	6 (10,2)	61 (98,4)	1 (1,6)	NS
El mejor método para evitar embarazo y las ITS en jóvenes son las pastillas anticonceptivas	11 (18,6)	48 (81,4)	4 (6,5)	58 (93,5)	NS
El mejor método para evitar embarazo y las ITS en jóvenes es la marcha atrás	1 (1,7)	58 (98,3)	0 (0,0)	62(100,0)	NS
El sida puede contagiarse a través del beso	33 (55,9)	26 (44,1)	0 (0,0)	62(100,0)	0,0000
El sida puede contagiarse a través de intercambio de ropa	0 (0,0)	59 (100,0)	0 (0,0)	62(100,0)	NS
El sida puede contagiarse a través del WC público	26 (44,1)	33 (55,9)	1 (1,6)	61 (98,4)	0,0000
El sida puede contagiarse a través de picadas de insectos	25 (42,4)	34 (57,6)	1 (1,6)	61 (98,4)	0,0000
El sida puede contagiarse a través de tener relaciones sexuales con penetración sin preservativo	58 (98,3)	1 (1,7)	62(100,0)	0 (0,0)	NS
El sida puede contagiarse a través de utensilios de comida	5 (8,5)	54 (91,5)	7 (11,3)	55 (88,7)	NS

En la pregunta - el mejor método para evitar embarazo y ITS en los jóvenes es el diafragma -, 8 de cada 10 alumnos/as de 3º de ESO, respondieron en el test y retest que no, los de 4º de ESO, lo hicieron en 9 de cada 10 tanto en el test como en el retest, los alumnos/as de bachiller, adaptación escolar y oficios 9 de cada 10 alumnos/as respondieron en el test que no y, en el retest lo hicieron 10 de cada 10, en jardinería 8 de cada 10 en el test y en el retest lo hicieron 10 de cada 10, sin observar significación estadística.

Tabla 8c: Comparación de los conocimientos test/retest por datos independientes a nivel global y según curso de procedencia.

Grupo y preguntas o afirmaciones	Test		Retest		p
	Si n %	No n %	Si n%	No n%	
Curso de procedencia n (%)					
Jardinería					
Sé qué es la píldora postcoital	8 (38,1)	13 (61,9)	11 (91,7)	1 (8,3)	0,0085
La primera vez no utilizaré ningún método anticonceptivo	4 (23,5)	13 (76,5)	0 (0,0)	6 (100,0)	NS
La primera vez utilizaré preservativo desde el inicio	8 (47,1)	9 (52,9)	6 (100,0)	0 (0,0)	0,0480
La primera vez utilizaré pastillas anticonceptivas	3 (17,6)	14 (82,4)	0 (0,0)	6 (100,0)	NS
La primera vez utilizaré la marcha atrás	2 (11,8)	15 (88,2)	0 (0,0)	6 (100,0)	NS
El mejor método para evitar embarazo y las ITS en jóvenes es el diafragma	4 (16,7)	20 (83,3)	0 (0,0)	12(100,0)	NS
El mejor método para evitar embarazo y las ITS en jóvenes es el DIU	7 (29,2)	17 (70,8)	0 (0,0)	12(100,0)	NS
El mejor método para evitar embarazo y las ITS en jóvenes son las cremas espermicidas	10 (41,7)	14 (58,3)	0 (0,0)	12(100,0)	0,0145
El mejor método para evitar embarazo y las ITS en jóvenes es el preservativo	19 (79,2)	5 (20,8)	10 (83,3)	2 (16,7)	NS
El mejor método para evitar embarazo y las ITS en jóvenes son las pastillas anticonceptivas	10 (41,7)	14 (58,3)	1 (8,3)	11 (91,7)	NS
El mejor método para evitar embarazo y las ITS en jóvenes es la marcha atrás	8 (33,3)	16 (66,7)	0 (0,0)	11(100,0)	0,0378
El sida puede contagiarse a través del beso	8 (33,3)	16 (66,7)	0 (0,0)	11(100,0)	0,0370
El sida puede contagiarse a través de intercambio de ropa	19 (79,2)	5 (20,8)	2 (18,2)	9 (81,8)	0,0019
El sida puede contagiarse a través del WC público	7 (29,2)	17 (70,8)	0 (0,0)	11(100,0)	NS
El sida puede contagiarse a través de picadas de insectos	9 (37,5)	15 (62,5)	0 (0,0)	11(100,0)	0,0331
El sida puede contagiarse a través de tener relaciones sexuales con penetración sin preservativo	14 (58,3)	10 (47,1)	9 (81,8)	2 (18,2)	NS
El sida puede contagiarse a través de utensilios de comida	5 (20,8)	19 (79,2)	0 (0,0)	11(100,0)	NS

En la pregunta - el mejor método para evitar embarazo y ITS en los jóvenes es el DIU -, 7 de cada 10 alumnos/as de 3º de ESO, respondieron en el test y retest que no, los de 4º de ESO, lo hicieron en 9 de cada 10 tanto en el test como en el retest, en el curso de jardinería y adaptación escolar que 7 de cada 10 respondieron que no en el test frente a 10 de cada 10 que lo hizo en el retest, sin observar significación estadística. Los alumnos/as de bachiller y oficios 8 de cada 10 respondieron que no en el test frente a 10 de cada 10 que lo hizo en el retest, constatando significación estadística (p= 0,0011 y p=0,0010 respectivamente).

Tabla 8d: Comparación de los conocimientos test/retest por datos independientes a nivel global y según curso de procedencia.

Grupo y preguntas o afirmaciones	Test		Retest		p
	Si n %	No n %	Si n%	No n%	
Curso de procedencia n (%)					
Adaptación escolar					
Sé qué es la píldora postcoital	7 (63,6)	4 (36,4)	10 (100,0)	0 (0,0)	NS
La primera vez no utilizaré ningún método anticonceptivo	1 (100,0)	0 (0,0)			
La primera vez utilizaré preservativo desde el inicio	0 (0,0)	1 (100,0)			
La primera vez utilizaré pastillas anticonceptivas	0 (0,0)	1 (100,0)			
La primera vez utilizaré la marcha atrás	0 (0,0)	1 (100,0)			
El mejor método para evitar embarazo y las ITS en jóvenes es el diafragma	1 (33,3)	11 (91,7)	0 (0,0)	10(100,0)	NS
El mejor método para evitar embarazo y las ITS en jóvenes es el DIU	4 (33,3)	8 (66,7)	0 (0,0)	10(100,0)	NS
El mejor método para evitar embarazo y las ITS en jóvenes son las cremas espermicidas	2 (16,7)	10 (83,3)	1 (10,0)	9(90,0)	NS
El mejor método para evitar embarazo y las ITS en jóvenes es el preservativo	11 (91,7)	1 (8,3)	9 (90,0)	1 (10,0)	NS
El mejor método para evitar embarazo y las ITS en jóvenes son las pastillas anticonceptivas	1 (8,3)	11 (91,7)	2 (20,0)	8 (80,0)	NS
El mejor método para evitar embarazo y las ITS en jóvenes es la marcha atrás	1 (8,3)	11 (91,7)	0 (0,0)	10(100,0)	NS
El sida puede contagiarse a través del beso	5 (41,7)	7 (58,3)	2 (20,0)	8 (80,0)	NS
El sida puede contagiarse a través de intercambio de ropa	0 (0,0)	12 (100,0)	0 (0,0)	10(100,0)	NS
El sida puede contagiarse a través del WC público	6 (50,0)	17 (70,8)	0 (0,0)	10(100,0)	0,0151
El sida puede contagiarse a través de picadas de insectos	6 (50,0)	6 (50,0)	1 (10,0)	9 (90,0)	NS
El sida puede contagiarse a través de tener relaciones sexuales con penetración sin preservativo	11 (91,7)	1 (8,3)	10(100,0)	0 (0,0)	NS
El sida puede contagiarse a través de utensilios de comida	1 (8,3)	11 (91,7)	2 (20,0)	8 (80,0)	NS

En la pregunta - el mejor método para evitar embarazo y ITS en los jóvenes son las cremas espermicidas -, 5 de cada 10 alumnos/as de 3º de ESO, respondieron en el test que no frente a 6 de cada 10 que lo hizo en el retest. Los de 4º de ESO, respondieron que no, 8 de cada 10 en el test y 10 de cada 10 en el retest, en adaptación escolar 8 de cada 10 respondió que no en el test, frente a 9 de cada 10 que lo hizo en el retest, sin observar significación estadística. Los alumnos/as de bachiller y oficios contestaron que no 8 de cada 10 en el test frente a 10 de cada 10 que lo hizo en el retest y los de jardinería que respondieron que no 6 de cada 10 en el test y el total del grupo en el retest, observando significación estadística ($p= 0,0011$, $p=0,0037$ y $p=0,0147$ respectivamente).

Tabla 8e: Comparación de los conocimientos test/retest por datos independientes a nivel global y según curso de procedencia.

Grupo y preguntas o afirmaciones	Test		Retest		p
	Si n %	No n %	Si n%	No n%	
Curso de procedencia n (%)					
Oficios					
Sé qué es la píldora postcoital	21 (42,9)	28 (57,1)	64 (94,1)	4 (5,9)	0,0000
La primera vez no utilizaré ningún método anticonceptivo	6 (26,1)	17 (73,9)	0 (0,0)	23(100,0)	0,0215
La primera vez utilizaré preservativo desde el inicio	15 (20,3)	8 (34,8)	22(95,7)	1 (4,3)	0,0219
La primera vez utilizaré pastillas anticonceptivas	4 (17,4)	19 (82,6)	2 (8,7)	21 (91,3)	NS
La primera vez utilizaré la marcha atrás	5 (21,7)	18 (78,3)	0 (0,0)	23(100,0)	0,0490
El mejor método para evitar embarazo y las ITS en jóvenes es el diafragma	8 (12,5)	56 (87,5)	3 (4,3)	66 (95,7)	NS
El mejor método para evitar embarazo y las ITS en jóvenes es el DIU	15 (23,4)	49 (76,6)	2 (2,9)	67 (97,1)	0,0010
El mejor método para evitar embarazo y las ITS en jóvenes son las cremas espermicidas	13 (20,3)	51 (79,7)	2 (2,9)	67 (97,1)	0,0037
El mejor método para evitar embarazo y las ITS en jóvenes es el preservativo	48 (75,0)	16 (25,0)	67 (97,1)	2 (2,9)	0,0005
El mejor método para evitar embarazo y las ITS en jóvenes son las pastillas anticonceptivas	23 (35,9)	41 (64,1)	11 (15,9)	58 (84,1)	0,0145
El mejor método para evitar embarazo y las ITS en jóvenes es la marcha atrás	11 (17,2)	53 (82,8)	2 (2,9)	67 (97,1)	0,0131
El sida puede contagiarse a través del beso	22 (34,4)	42 (65,6)	6 (8,7)	63 (91,3)	0,0006
El sida puede contagiarse a través de intercambio de ropa	2 (3,1)	62 (96,9)	0 (0,0)	69(100,0)	NS
El sida puede contagiarse a través del WC público	20 (31,3)	44 (68,8)	2 (2,9)	67 (97,1)	0,0000
El sida puede contagiarse a través de picadas de insectos	26 (40,6)	38 (59,4)	6 (8,7)	63 (91,3)	0,0000
El sida puede contagiarse a través de tener relaciones sexuales con penetración sin preservativo	59 (92,2)	5 (7,8)	68 (98,6)	1 (1,4)	NS
El sida puede contagiarse a través de utensilios de comida	9 (14,1)	55 (85,9)	17 (24,6)	52 (75,4)	NS

En la pregunta - el mejor método para evitar embarazo y ITS en los jóvenes es el preservativo -, 6 de cada 10 alumnos/as de 3º de ESO, respondieron que si el test y en el retest respondieron que no también 6 de cada 6, los de 4º de ESO, 9 de cada 10 respondieron en el test que sí y, en el retest lo hicieron 7 de cada 10, en el curso de 4º de ESO y bachiller 9 de cada 10 alumnos/as respondieron en el test y retest que sí, en jardinería respondieron 8 de cada 10 que si tanto en el test como en el retest y en adaptación escolar 8 de cada 10 respondieron que si en el test frente a 9 de cada 10 que lo hizo en el retest, sin constatar significación estadística en ninguno de los cursos. Finalmente el curso proveniente de oficios

que contestó que sí en 7 de cada 10 alumnos/as en el test frente a 10 de cada 10 que lo hizo en el retest, observo significación estadística ($p= 0,0005$).

En la pregunta - el mejor método para evitar embarazo y las ITS en los jóvenes son las pastillas anticonceptivas -, 7 de cada 10 alumnos/as de 3º de ESO, respondieron en el test y retest que no, en 4º de ESO, 7 de cada 10 alumnos/as en el test y 9 de cada 10 en el retest, contestaron que no, en el grupo de bachiller 8 de cada 10 alumnos/as en el test y 9 de cada 10 en el retest, contestaron que no, en jardinería contestaron que no, 6 de cada 10 alumnos/as en el test, pasando a 9 de cada 10 en el retest, en adaptación escolar que pasaron de contestar que no en el test 9 de cada 10 a 8 en el retest, sin observarse en ninguno de los cursos variación estadísticamente significativa. Finalmente el curso proveniente de oficios contestó que no en 6 de cada 10 alumnos/as en el test frente a 8 de cada 10 que lo hizo en el retest, constatando significación estadística ($p= 0,0145$).

En la pregunta - el mejor método para evitar embarazo y las ITS en los jóvenes es la marcha atrás -, 7 de cada 10 alumnos/as del curso 3º de ESO, respondieron en el test y retest que no, en bachiller 10 de cada 10 alumnos/as respondieron en el test y retest que no, en jardinería 7 de cada 10 contesto en el test que no y en el retest lo hicieron la totalidad del curso, y en adaptación escolar respondieron que no 9 de cada 10 en el test para hacerlo en el retest 10 de cada 10, sin constatar en ninguno de los cursos significación estadística. Referente a los alumnos/as de 4º de ESO, 7 de cada 10 alumnos/as respondieron en el test que no frente a 10 de cada 10 en el retest, finalmente oficios que pasa de 8 cada 10 alumnos a 10 de cada 10 a contestar que no observaron significación estadística a favor de la intervención educativa ($p= 0,0247$ y $p=0,0131$ respectivamente).

En la pregunta - el sida puede contagiarse a través del beso -, 5 de cada 10 alumnos/as del curso 3º de ESO, respondieron en el test que no y en el retest lo hicieron 6 de cada 10, en 4º de ESO 8 de cada 10 alumnos/as respondieron en el test que no y en el retest lo hicieron 9 de cada 10, en adaptación escolar respondieron que no 6 de cada 10 en el test para hacerlo en el retest 8 de cada 10, sin observarse en ninguno de los cursos significación estadística. Referente a los alumnos/as de bachiller, 4 de cada 10 alumnos/as respondieron en el test que no frente a 10 de cada 10 en el retest, en jardinería 7 de cada 10 contesto en el

test que no y en el retest lo hicieron el 100% y finalmente oficios que pasa de 6 cada 10 alumnos/as a 10 de cada 10 a contestar que no observando significación estadística a favor de la intervención educativa ($p= 0,0000$, $p= 0,0370$ y $p=0,0006$ respectivamente).

En la pregunta - si el sida puede contagiarse a través del intercambio de ropa -, 9 de cada 10 alumnos/as del curso 3º de ESO, respondieron en el test y retest que no, en 4º de ESO, bachiller, adaptación escolar y oficios 10 de cada 10 alumnos/as respondieron en el test y retest que no, sin constatar en ninguno de los cursos significación estadística. Referente a los alumnos/as de jardinería, 2 de cada 10 alumnos/as respondieron en el test que no frente a 8 de cada 10 en el retest, observando significación estadística a favor de la intervención educativa ($p= 0,0019$).

En la pregunta - el sida puede contagiarse a través del WC público -, 5 de cada 10 alumnos/as del curso 3º de ESO, respondieron en el test y retest que no, en jardinería respondieron que no 7 de cada 10 alumnos/as en el test para hacerlo en el retest 10 de cada 10, sin observar en ninguno de los cursos significación estadística. Por otra parte los alumnos/as de 4º de ESO, 5 de cada 10 respondieron en el test que no y en el retest lo hicieron 9 de cada 10, los de bachiller, 6 de cada 10 alumnos/as respondieron en el test que no frente a 10 de cada 10 en el retest, en adaptación escolar 5 de cada 10 contesto en el test que no y en el retest lo hicieron la totalidad del curso y finalmente oficios que pasa de 7 cada 10 alumnos a 10 de cada 10 a contestar que no constatando significación estadística a favor de la intervención educativa ($p= 0,0032$, $p= 0,0000$, $p=0,00151$ y $p=0,0000$ respectivamente).

En la pregunta - si el sida puede contagiarse a través de picaduras de insectos- , 4 de cada 10 alumnos/as del curso 3º de ESO, respondieron en el test y retest que no y en adaptación escolar respondieron que no 5 de cada 10 en el test para hacerlo en el retest 9 de cada 10, sin observar en ninguno de los cursos significación estadística. Los alumnos/as de 4º de ESO, 4 de cada 10 respondieron en el test que no y en el retest lo hicieron 7 de cada 10, los de bachiller, 6 de cada 10 alumnos/as respondieron en el test que no frente a 10 de cada 10 en el retest, en jardinería 6 de cada 10 contesto en el test que no y en el retest lo hicieron la totalidad del curso y finalmente oficios que pasa de 6 de cada 10 alumnos a 9 de cada 10 a contestar que no constatando significación

estadística a favor de la intervención educativa ($p= 0,0381$, $p= 0,0000$, $p=0,0331$ y $p=0,0000$ respectivamente).

En la pregunta - el sida puede contagiarse a través de tener relaciones sexuales con penetración sin preservativo -, 8 de cada 10 alumnos/as de 3º de ESO, respondieron en el test y retest que sí, los alumnos/as de 4º de ESO y bachiller, respondieron lo mismo, 10 de cada 10 alumnos/as respondieron en el test y retest que sí, en jardinería 6 de cada 10 contestó en el test que sí y en el retest lo hicieron 8 de cada 10 y en adaptación escolar y oficios 9 de cada 10 contestó que sí en el test frente a 10 de cada 10 que lo hizo en el retest, sin observar en ningún caso significación estadística.

En la pregunta - el sida puede contagiarse a través de utensilios de comida -, 6 de cada 10 alumnos/as del curso 3º de ESO, respondieron en el test y retest que no, en 4º de ESO 6 de cada 10 alumnos/as respondieron en el test que no y en el retest lo hicieron 7 de cada 10, los de bachiller, 9 de cada 10 alumnos/as respondieron en el test y retest que no, en jardinería pasaron a responder que no 8 de cada 10 en el test y en el retest lo hicieron todos los alumnos/as, en adaptación escolar, los alumnos/as respondieron que no 9 de cada 10 en el test para hacerlo en el retest 8 de cada 10 y finalmente el curso de oficios que pasó de 8 de cada 10 alumnos a 7 de cada 10 a contestar que no sin constatar en ninguno de los cursos significación estadística.

4.4 Comparación en las actitudes de riesgo o no, por datos independientes a nivel global, género y por número de sesiones.

En la tabla 9, en referencia al análisis de riesgo o no comparando test/retest en el grupo total, se observó en la pregunta - si el liquido previo a la eyaculación puede provocar embarazo -, que 3 de cada 10 alumnos/as respondieron en el test que sí y en el retest lo hicieron 8 de cada 10, con una significación estadística a favor de la intervención educativa ($p=0,0000$). Con respecto al sexo, contestaron que sí, 3 de cada 10 hombres en el test, pasando a 8 de cada 10 en el retest; en las mujeres de 4 de cada 10 que contestaron que sí en el test pasaron en el retest a 7 de cada 10, observando significación estadística ($p=0,0000$ en ambos sexos). Si se analiza según el número de sesiones, los alumnos/as del grupo que se le impartió 1 sesión, respondieron que sí 3 de cada 10 en el test y no hay respuesta en el retest sin observar significación estadística, después de la intervención

educativa. El grupo que recibió 4 sesiones, 3 de cada 10 en el test respondió que sí, frente a 9 de cada 10 en el retest, con una significación a favor de la intervención ($p=0,0000$).

Tabla 9: Comparación de riesgo o no, por datos independientes a nivel global, sexo y por número de sesiones.

Grupo y preguntas o afirmaciones	Test			Retest			p
	Si n %	No n %	NS/NC n %	Si n%	No n%	NS/NC n %	
Grupo total							
El liquido previo a la eyaculación puede provocar embarazo	87 (35,1)	67 (27,1)	94(37,9)	187 (79,2)	27 (11,4)	22 (9,3)	0,0000
La eyaculación cerca de la vagina puede provocar embarazo	91 (36,7)	94 (37,9)	63 (25,4)	166 (70,3)	39 (16,5)	31 (13,2)	0,0000
Las relaciones sexuales durante la menstruación tienen riesgo embarazo	77 (31,0)	86 (34,7)	85 (34,3)	174 (73,7)	39 (16,5)	23 (9,7)	0,0000
Si se rompe el preservativo hay riesgo de embarazo e ITS	191 (77,0)	33 (13,3)	24 (9,7)	220 (92,8)	12 (5,1)	5 (2,1)	0,0000
Sexo							
Hombres							
El liquido previo a la eyaculación puede provocar embarazo	52 (32,9)	48 (30,4)	58 (36,7)	117 (82,4)	15 (10,6)	10 (7,0)	0,0000
La eyaculación cerca de la vagina puede provocar embarazo	59 (37,3)	67 (42,4)	32 (20,3)	100 (70,4)	21 (14,8)	21 (14,8)	0,0000
Las relaciones sexuales durante la menstruación tienen riesgo embarazo	43 (27,2)	56 (35,4)	59 (37,3)	104 (73,2)	23 (16,2)	15 (10,6)	0,0000
Si se rompe el preservativo hay riesgo de embarazo e ITS	89 (56,3)	56 (35,4)	13 (8,2)	133 (93,0)	7 (4,9)	3 (2,1)	0,0000
Mujeres							
El liquido previo a la eyaculación puede provocar embarazo	35 (38,9)	19 (21,1)	36 (40,0)	70 (74,5)	12 (12,8)	12 (12,8)	0,0000
La eyaculación cerca de la vagina puede provocar embarazo	32 (35,6)	27 (30,0)	31 (34,4)	66 (70,2)	18 (19,1)	10 (10,6)	0,0000
Las relaciones sexuales durante la menstruación tienen riesgo embarazo	34 (37,8)	30 (33,3)	26 (28,9)	70 (74,5)	16 (17,0)	8 (8,5)	0,0000
Si se rompe el preservativo hay riesgo de embarazo e ITS	67 (74,4)	12 (13,3)	11 (12,2)	87 (92,6)	5 (5,3)	2 (2,1)	0,0031

En la pregunta - si la eyaculación cerca de la vagina puede provocar embarazo -, 4 de cada 10 alumnos/as respondieron en el test que si y, en el retest lo hicieron 7 de cada 10, observando una significación estadística a favor de la intervención educativa ($p=0,0000$). Con respecto al sexo contestaron que sí, 4 de cada 10 hombres en el test, pasando a 7 de cada 10 en el retest; en las mujeres de 3 de cada 10 que contestaron que sí en el test pasaron en el retest a 7 de cada 10,

observando significación estadística ($p=0,0000$ en ambos sexos). Si se analiza según el número de sesiones, al grupo que se le impartió 1 sesión, respondieron que sí 3 de cada 10 en el test y en el retest, 2 de cada 10. El grupo que recibió 4 sesiones, de 4 de cada 10 respondieron que sí en el test y pasaron a 8 de cada 10 en el retest, con una significación a favor de la intervención con más sesiones ($p=0,0000$).

Tabla 9a: Comparación de riesgo o no, por datos independientes a nivel global, sexo y por número de sesiones.

Grupo y preguntas o afirmaciones	Test			Retest			p
	Si n %	No n %	NS/NC n %	Si n%	No n%	NS/NC n %	
1 Sesión							
El liquido previo a la eyaculación puede provocar embarazo	12 (32,4)	15 (40,5)	10 (27,0)	1 (2,7)	20 (54,1)	16 (43,2)	NS
La eyaculación cerca de la vagina puede provocar embarazo	10 (27,0)	18 (48,6)	9 (24,3)	8 (21,6)	19 (51,4)	10 (27,0)	NS
Las relaciones sexuales durante la menstruación tienen riesgo embarazo	10 (27,0)	15 (40,5)	12 (32,4)	5 (13,5)	22 (59,5)	10 (27,0)	NS
Si se rompe el preservativo hay riesgo de embarazo e ITS	24 (64,9)	8 (21,6)	5 (13,5)	31 (83,8)	3 (8,1)	3 (8,1)	NS
4 Sesiones							
El liquido previo a la eyaculación puede provocar embarazo	75 (35,5)	52 (24,6)	84 (39,8)	186 (93,5)	7 (3,5)	6 (3,0)	0,0000
La eyaculación cerca de la vagina puede provocar embarazo	81 (38,4)	76 (36,0)	54 (25,6)	158 (79,4)	20 (10,1)	21 (10,6)	0,0000
Las relaciones sexuales durante la menstruación tienen riesgo embarazo	67 (31,8)	71 (33,6)	73 (34,6)	169 (84,9)	17 (8,5)	13 (6,5)	0,0000
Si se rompe el preservativo hay riesgo de embarazo e ITS	167 (79,1)	25 (11,8)	19 (9,0)	189 (94,5)	9 (4,5)	2 (1,0)	0,0000

En la pregunta - si en las relaciones sexuales durante la menstruación tienen riesgo embarazo -, 3 de cada 10 alumnos/as respondieron en el test que si y en el retest lo hicieron 7 de cada 10, con una significación estadística a favor de la intervención educativa ($p=0,0000$). Con respecto al sexo, contestaron que sí, 3 de cada 10 hombres en el test, pasando a 7 de cada 10 en el retest; en las mujeres de 4 de cada 10 que contestaron que sí en el test pasaron en el retest a 7 de cada 10, observando significación estadística ($p=0,0000$ en ambos sexos). Si se analiza según el número de sesiones, el grupo al que se le impartió 1 sesión, respondió afirmativamente 3 de cada 10 en el test y 1 de cada 10 en el retest. El grupo que recibió 4 sesiones, 3 de cada 10 respondió que sí en el test,

pasando a 8 de cada 10 en el retest, observando una significación a favor de la intervención con más sesiones ($p=0,0000$).

En la pregunta - si se rompe el preservativo hay riesgo de embarazo e ITS -, 8 de cada 10 alumnos/as respondieron en el test que sí y, en el retest lo hicieron 9 de cada 10, con una significación estadística a favor de la intervención educativa ($p=0,0000$). Respecto al sexo, contestaron que sí, 6 de cada 10 hombres en el test, pasando a 9 de cada 10 en el retest; en las mujeres de 7 de cada 10 que contestaron que sí en el test pasaron en el retest a 9 de cada 10, observando significación estadística ($p=0,0000$ y $p=0,0031$ respectivamente). Si se analiza según el número de sesiones, al grupo que se le impartió 1 sesión, respondieron que sí, 6 de cada 10 en el test y 8 de cada 10 en el retest, sin observar significación estadística. El grupo que recibió 4 sesiones, 8 de cada 10 respondió que sí en el test, pasando a 9 de cada 10 en el retest, con una significación a favor de la intervención con más sesiones ($p=0,0000$).

4.4.1 Comparación del riesgo o no test/retest por datos independientes según el nivel educativo

En referencia al análisis del riesgo o no comparando test/retest en los diferentes niveles educativos, se observó que en el grupo de escolarización normal en la pregunta - si el liquido previo a la eyaculación puede provocar embarazo -, 3 de cada 10 alumnos/as respondieron en el test que sí y, en el retest lo hicieron 7 de cada 10, en el grupo de fracaso escolar 4 de cada 10 respondieron que sí en el test y en el retest lo hicieron 9 de cada 10 y finalmente en el grupo de los discapacitados, 2 de cada 10 respondieron que sí frente a 8 de cada 10 que lo hicieron en el retest, con una significación estadística a favor de la intervención educativa ($p=0,0000$, $p=0,0000$, $p=0,0006$, respectivamente).

En la tabla 10, observamos que el grupo de escolarización normal en la pregunta si - la eyaculación cerca de la vagina puede provocar embarazo -, 4 de cada 10 alumnos/as respondieron en el test que sí y, en el retest lo hicieron 7 de cada 10 ($p=0,0000$) En el grupo de fracaso escolar pasaron de contestar que sí en el test 3 de cada 10 alumnos/as a favor de 7 de cada 10 en el retest ($p=0,0000$), y en el grupo de los discapacitados que pasaron de responder en el test que sí 1 de cada 10 al retest que lo hicieron 7 de cada 10, con una significación estadística a favor de la intervención educativa ($p=0,0010$)

Tabla 10: Comparación de riesgo o no test/retest por datos independientes según el nivel educativo.

Grupo y preguntas o afirmaciones	Test			Retest			p
	Si n %	No n %	NS/NC n %	Si n%	No n%	NS/NC n %	
Nivel educativo n (%)							
Escolarización normal							
El liquido previo a la eyaculación puede provocar embarazo	51 (34,5)	37 (25,0)	60 (40,5)	105 (71,9)	24 (16,4)	17 (11,6)	0,0000
La eyaculación cerca de la vagina puede provocar embarazo	63 (42,6)	43 (29,1)	42 (28,3)	99 (67,8)	25 (17,1)	22 (15,1)	0,0001
Las relaciones sexuales durante la menstruación tienen riesgo embarazo	45 (30,4)	53 (35,8)	50 (33,8)	97 (66,4)	32 (21,9)	17 (11,6)	0,0000
Si se rompe el preservativo hay riesgo de embarazo e ITS	114 (77,0)	25 (16,9)	9 (6,1)	139 (95,2)	4 (2,7)	3 (2,1)	0,0000
Nivel educativo n (%)							
Fracaso escolar							
El liquido previo a la eyaculación puede provocar embarazo	32 (42,1)	23 (30,3)	21 (27,6)	72 (92,3)	3 (3,8)	3 (3,8)	0,0000
La eyaculación cerca de la vagina puede provocar embarazo	25 (32,9)	40 (52,6)	11 (14,5)	58 (74,4)	13 (16,7)	7 (9,0)	0,0000
Las relaciones sexuales durante la menstruación tienen riesgo embarazo	26 (34,2)	26 (34,2)	24 (31,6)	67 (85,9)	6 (7,7)	5 (6,4)	0,0000
Si se rompe el preservativo hay riesgo de embarazo e ITS	67 (88,2)	0 (0,0)	9 (11,8)	75 (94,9)	2 (2,5)	2 (2,5)	0,0333
Nivel educativo n (%)							
Discapacitados							
El liquido previo a la eyaculación puede provocar embarazo	4 (16,7)	7 (29,2)	13 (54,2)	10 (83,3)	0 (0,0)	2 (16,7)	0,0006
La eyaculación cerca de la vagina puede provocar embarazo	3 (12,5)	11 (45,8)	10 (41,7)	9 (75,0)	1 (8,3)	2 (16,7)	0,0010
Las relaciones sexuales durante la menstruación tienen riesgo embarazo	6 (25,0)	7 (29,2)	11 (45,8)	10 (83,3)	1 (8,3)	1 (8,3)	0,0046
Si se rompe el preservativo hay riesgo de embarazo e ITS	10 (41,7)	8 (33,3)	6 (25,0)	6 (50,0)	6 (50,0)	0 (0,0)	NS

En la pregunta si - las relaciones sexuales durante la menstruación tienen riesgo embarazo -, 3 de cada 10 alumnos/as del grupo de escolarización normal, respondieron en el test que si y, en el retest lo hicieron 7 de cada 10 ($p=0,0000$). En el grupo de fracaso escolar pasaron de contestar que si en el test 3 de cada alumnos/as a favor de 8 de cada 10 en el retest ($p=0,0000$) y en el grupo de los discapacitados que pasan de responder en el test que si en 2 de cada 10 alumnos/as al retest que lo hacen 8 de cada 10 ($p=0,0046$), observando en todos los grupos una significación estadística a favor de la intervención educativa.

En la pregunta - si se rompe el preservativo hay riesgo de embarazo e ITS -, 7 de cada 10 alumnos/as del grupo de escolarización normal, respondieron en el test que sí y, en el retest lo hicieron 9 de cada 10. En grupo de fracaso escolar 8 de cada 10 alumnos/as, respondieron en el test que sí y, en el retest lo hicieron 9 de cada 10, con una significación estadística a favor de la intervención educativa ($p=0,0000$ y $p=0,0333$ respectivamente). Finalmente en el grupo de discapacitados que 4 de cada 10 alumnos/as respondieron que sí en el test y en el retest lo hicieron 5 de cada 10, sin observar significación estadística.

4.4.2 Comparación del riesgo o no test/retest por datos independientes según curso de procedencia.

En referencia al análisis del riesgo o no comparando test/retest en los diferentes cursos de procedencia, se observó que en los alumnos/as de 3º de ESO en la pregunta - si el liquido previo a la eyaculación puede provocar embarazo -, 3 de cada 10 alumnos/as respondieron que sí tanto en el test como en el retest, sin obtener significación estadística. Los de 4º de ESO, 3 de cada 10 respondieron que si en el test y en el retest lo hicieron 9 de cada 10, los de jardinería, respondieron que sí en el test 2 de cada 10, frente a 8 de cada 10 en el retest y los alumnos/as de oficios 4 de cada 10 respondieron que si en el test frente a 9 de cada 10 que lo hicieron en el retest , con una significación estadística a favor de la intervención educativa ($p=0,0000$, $p=0,0006$, $p=0,0000$ respectivamente). Respecto a los alumnos/as de bachiller al haber ceros en varias casillas, no se pudo calcular la significación estadística, aunque tampoco hay margen de mejora, ya que todo el grupo de alumnos/as en el retest contestaron que sí. Finalmente el curso de adaptación escolar que pasaron de contestar que si en el test 5 de cada 10 alumnos/as y en el retest lo hicieron 9 de cada 10 sin observar significación estadística.

En la pregunta si - la eyaculación cerca de la vagina puede provocar embarazo-, 4 de cada 10 alumnos/as de 3º de ESO, respondieron que sí en el test frente a 2 de cada 10 en el retest, sin constatar significación estadística. Los alumnos/as de 4º de ESO, 3 de cada 10 alumnos/as respondieron en el test que sí frente a 9 de cada 10 en el retest, los de jardinería, respondieron que sí en el test 1 de cada 10, frente a 7 de cada 10 en el retest y los alumnos/as de oficios 3 de cada 10 respondieron que si en el test frente a 7de cada 10 que lo hicieron en el retest

con una significación estadística a favor de la intervención educativa ($p=0,0001$, $p=0,0010$, $p=0,0000$ respectivamente).

Tabla 11: Comparación del riesgo o no test/retest por datos independientes según curso de procedencia.

Grupo y preguntas o afirmaciones	Test			Retest			p
	Si n %	No n %	NS/NC n %	Si n%	No n%	NS/NC n %	
Curso de procedencia n (%)							
3° ESO ^a							
El liquido previo a la eyaculación puede provocar embarazo	21 (34,4)	22 (36,1)	18 (29,5)	18 (31,6)	22 (38,6)	17 (29,8)	NS
La eyaculación cerca de la vagina puede provocar embarazo	25 (41,0)	24 (39,3)	12 (19,7)	14 (24,6)	24 (42,1)	19 (33,6)	NS
Las relaciones sexuales durante la menstruación tienen riesgo embarazo	18 (29,5)	27 (44,3)	16 (26,2)	14 (24,6)	28 (49,1)	15 (26,3)	NS
Si se rompe el preservativo hay riesgo de embarazo e ITS	36 (59,0)	20 (32,8)	5 (8,2)	51 (89,4)	3 (5,3)	3 (5,3)	0,0005
4° ESO ^a							
El liquido previo a la eyaculación puede provocar embarazo	8 (28,6)	8 (28,6)	12 (42,8)	25 (92,6)	2 (7,4)	0 (0,0)	0,0000
La eyaculación cerca de la vagina puede provocar embarazo	10 (35,7)	10 (35,7)	8 (28,6)	24 (88,9)	0 (0,0)	3 (11,1)	0,0001
Las relaciones sexuales durante la menstruación tienen riesgo embarazo	6 (21,4)	10 (35,7)	12 (42,9)	25 (92,6)	1 (3,7)	1 (3,7)	0,0000
Si se rompe el preservativo hay riesgo de embarazo e ITS	22 (78,6)	3 (10,7)	3 (10,7)	27 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Bachiller							
El liquido previo a la eyaculación puede provocar embarazo	22 (37,3)	7 (11,9)	30 (50,8)	62 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
La eyaculación cerca de la vagina puede provocar embarazo	28 (47,5)	9 (15,3)	22 (37,3)	62 (100,0)	0 (0,0)	0(0,0)	
Las relaciones sexuales durante la menstruación tienen riesgo embarazo	21 (35,6)	16 (27,1)	22 (37,3)	61 (98,4)	1(1,6)	0(0,0)	0,0000
Si se rompe el preservativo hay riesgo de embarazo e ITS	56 (94,9)	2 (3,4)	1 (1,7)	58 (93,5)	3 (4,8)	1(1,6)	NS

^a Educación Secundaria Obligatoria

Respecto a los alumnos/as de bachiller al haber ceros en varias casillas, no se pudo calcular la significación estadística, aunque tampoco hay margen de mejora, ya que todo el grupo de alumnos/as en el retest contestaron que sí. También sucedió lo mismo en los alumnos/as de adaptación escolar que pasaron de contestar que sí en el test 5 de cada 10 alumnos a 9 de cada 10 en el retest.

Tabla 11a: Comparación del riesgo o no test/retest por datos independientes según curso de procedencia.

Grupo y preguntas o afirmaciones	Test			Retest			p
	Si n %	No n %	NS/NC n %	Si n%	No n%	NS/NC n %	
Curso de procedencia							
Jardinería							
El liquido previo a la eyaculación puede provocar embarazo	4 (16,7)	7 (29,2)	13 (54,2)	10 (83,3)	0 (0,0)	2 (16,7)	0,0006
La eyaculación cerca de la vagina puede provocar embarazo	3 (12,5)	11 (45,8)	10 (41,7)	9 (75,0)	1 (8,3)	2 (16,7)	0,0010
Las relaciones sexuales durante la menstruación tienen riesgo embarazo	6 (25,0)	7 (29,2)	11 (45,8)	10 (83,3)	1 (8,3)	1 (8,3)	0,0046
Si se rompe el preservativo hay riesgo de embarazo e ITS	10 (41,7)	8 (33,3)	6 (25,0)	6 (50,0)	6 (50,0)	0 (0,0)	NS
Adaptación escolar							
El liquido previo a la eyaculación puede provocar embarazo	6 (50,0)	1 (8,3)	5 (41,7)	9 (90,0)	1 (10,0)	0 (0,0)	NS
La eyaculación cerca de la vagina puede provocar embarazo	6 (50,0)	6 (50,0)	0 (0,0)	9 (90,0)	1 (10,0)	0 (0,0)	
Las relaciones sexuales durante la menstruación tienen riesgo embarazo	6 (50,0)	3 (25,0)	3 (25,0)	10 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Si se rompe el preservativo hay riesgo de embarazo e ITS	12 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	9 (90,0)	1 (10,0)	0 (0,0)	
Oficios							
El liquido previo a la eyaculación puede provocar embarazo	26 (40,6)	22 (34,4)	16 (25,0)	63 (92,6)	2 (2,9)	3 (4,4)	0,0000
La eyaculación cerca de la vagina puede provocar embarazo	19 (29,7)	34 (53,1)	11 (17,2)	49 (72,1)	13 (19,1)	6 (8,8)	0,0000
Las relaciones sexuales durante la menstruación tienen riesgo embarazo	20 (31,3)	23 (35,9)	21 (32,8)	57 (83,8)	6 (8,8)	5 (7,4)	0,0000
Si se rompe el preservativo hay riesgo de embarazo e ITS	55 (85,9)	0 (0,0)	9 (14,1)	66 (95,7)	1 (1,4)	2 (2,9)	0,0444

En la pregunta si - tener relaciones sexuales durante la menstruación tiene riesgo embarazo -, 3 de cada 10 alumnos/as de 3º de ESO, respondieron en el test que si y, en el retest lo hicieron 2 de cada 10, sin observar significación estadística. Los de 4º de ESO, 2 de cada 10 alumnos/as respondieron en el test que si frente a 9 de cada 10 en el retest, los alumnos/as de bachiller 3 de cada 10 alumnos/as respondieron en el test que si y, en el retest lo hicieron 9 de cada 10, en jardinería 2 de cada 10 contestó en el test que si y en el retest lo hicieron 8 de cada 10, en oficios 3 de cada 10 contestó que sí en el test frente a 8 de cada 10 que lo hizo en el retest, constatando significación estadística después de la

intervención ($p=0,0000$, $p= 0,0000$, $p= 0,0046$ y $p= 0,0000$ respectivamente). En el curso de adaptación escolar, al haber ceros en varias casillas, no se pudo calcular la significación estadística, aunque tampoco hubo margen de mejora, ya que todo el grupo de alumnos/as en el retest contestaron que sí.

En la pregunta si - se rompe el preservativo hay riesgo de embarazo e ITS -, 6 de cada 10 alumnos/as de 3º de ESO, respondieron en el test que si y, en el retest lo hicieron 9 de cada 10, ($p= 0,0005$), en oficios 8 de cada 10 contestó que sí en el test frente a 9 de cada 10 que lo hizo en el retest, ($p= 0,0444$) observando en ambos, significación estadística después de la intervención. En el curso de 4º de ESO, 8 de cada 10 alumnos/as respondieron en el test que si frente a 10 de cada 10 en el retest, aunque no se pudo calcular la significación estadística al haber 0 en varias casillas, sin embargo no hubo margen de mejora, ya que todo el grupo de alumnos/as en el retest contestaron que sí. El curso de adaptación escolar, todo el grupo de alumnos/as contesto que si en el test frente a 9 de cada 10 en el retest. En jardinería, 4 de cada 10 contestó que sí en el test frente a 5 de cada 10 que lo hizo en el retest, sin observar significación estadística después de la intervención. Respecto a los alumnos/as de bachiller 9 de cada 10 alumnos/as respondieron en el test y retest que si y los de jardinería 4 de cada 10 respondió que sí en el test frente a 5 de cada 10 en el retest, sin constatar significación estadística.

4.5 Comparación de los mitos test/retest, según el sexo y según el número de sesiones

Tal y como observamos en la tabla 12, en referencia a la pregunta si - las relaciones sexuales con penetración son más satisfactorias que sin penetración -, 3 de cada 10 alumnos/as respondieron en el test que no y, en el retest lo hicieron 7 de cada 10, con una significación estadística a favor de la intervención educativa ($p=0,0000$). Respecto al sexo, 3 hombres de cada 10, en el test, contestaron que no y pasaron a hacerlo 7 de cada 10 en el retest; mientras que de 3 mujeres de cada 10 en el test, se pasó a 7 en el retest. Se observó en ambos significación estadística ($p=0,0000$ y $p=0,0000$ respectivamente). Si se analiza según el número de sesiones, al grupo de alumnos/as que se les impartió 1 sesión, respondieron negativamente 3 de cada 10 en el test y, en el retest, 2 de cada 10. El grupo que recibió 4 sesiones, de 3 de cada 10 en el test, pasaron a 8

de cada 10 en el retest, constatando únicamente significación estadística el grupo de la intervención con más sesiones.

En respuesta a la pregunta si - masturbarse puede provocar problemas de salud-, la mitad, 5 de cada 10, contestaron que no en el test y 8 de cada 10, en el retest, con una significación estadística a favor de la intervención educativa ($p=0,0000$). Respecto al sexo, 5 hombres de cada 10, en el test, contestaron que no y pasaron a hacerlo 8 de cada 10 en el retest; mientras que de 5 mujeres de cada 10 en el test, se pasó a 10 en el retest. Observando en ambos significación estadística ($p=0,0003$ y $p=0,0023$ respectivamente). Con respecto al número de sesiones, al grupo que se le impartió 1 sesión, respondieron negativamente 5 de cada 10 en el test y, en el retest 4 de cada 10. El grupo que recibió 4 sesiones, de 5 de cada 10 en el test, pasaron a 8 de cada 10 en el retest ($p=0,0000$), observando una significación a favor de la intervención con más sesiones.

En respuesta a la pregunta si - las chicas sangran siempre en la primera relación sexual -, 4 de cada 10 alumnos/as contestaron que no en el test y, en el retest lo hicieron 6 de cada 10, observando una significación estadística favorable a la intervención educativa ($p=0,0000$). Respecto al sexo, 4 hombres de cada 10, en el test, contestaron que no y pasaron a hacerlo 6 de cada 10 en el retest; mientras que de 3 mujeres de cada 10 en el test, se pasó a 7 de cada 10 en el retest. Observando en ambos significación estadística ($p=0,0000$ y $p=0,0000$ respectivamente). Respecto al grupo al que se impartió 1 sesión, en el test, respondieron 3 de cada 10 que no y en el retest, lo hicieron 2 de cada 10. A los alumnos que se impartieron 4 sesiones, 4 de cada 10 respondieron que no en el test y en el retest fueron 7 de cada 10, constatando significación estadística a favor de la intervención con más sesiones ($p=0,0000$).

En respuesta a la pregunta si - la chica siempre llega al orgasmo en las relaciones sexuales con penetración -, 4 de cada 10 alumnos respondieron que no en el test y en el retest, lo hicieron 6 de cada 10, observando significación estadística ($p=0,0000$). Respecto al sexo, 4 hombres de cada 10, en el test, contestaron que no y pasaron a hacerlo 7 de cada 10 en el retest; mientras que de 4 mujeres de cada 10 en el test, se pasó a 6 en el retest. Ambos con significación estadística ($p=0,0000$ y $p=0,0028$, respectivamente).

Tabla 12: Comparación de los mitos test/retest según el género y según el número de sesiones

Grupo y preguntas o afirmaciones	Test			Retest			p
	Si n %	No n %	NS/NC n %	Si n%	No n%	NS/NC n %	
Grupo total							
Las relaciones sexuales con penetración son más satisfactorias	136 (54,8)	69 (27,8)	43 (17,3)	53 (22,4)	160 (67,5)	24 (10,1)	0,0000
Masturbarse puede provocar problemas de salud	73 (29,4)	133 (53,6)	42 (16,9)	33 (13,9)	181 (76,4)	23 (9,7)	0,0000
Las chicas sangran siempre en la primera relación sexual	131 (52,8)	92 (37,1)	25 (10,1)	59 (24,9)	152 (64,1)	26 (11,0)	0,0000
La chica siempre llega al orgasmo en las relaciones sexuales con penetración	129 (52,0)	93 (37,5)	26 (10,5)	52 (21,9)	154 (65,0)	31 (13,1)	0,0000
El preservativo disminuye el placer sexual	124 (50,0)	93 (37,5)	31 (12,5)	72 (30,5)	152 (64,4)	12 (5,1)	0,0000
Sexo							
Hombres							
Las relaciones sexuales con penetración son más satisfactorias	89 (56,3)	46 (29,1)	23 (14,6)	32 (22,2)	98(68,5)	13 (9,1)	0,0000
Masturbarse puede provocar problemas de salud	44 (27,8)	85 (53,8)	29 (18,4)	21 (14,7)	109 (76,2)	13 (9,1)	0,0003
Las chicas sangran siempre en la primera relación sexual	84 (53,2)	62 (39,2)	12 (7,6)	40 (28,0)	84 (58,7)	19 (13,3)	0,0000
La chica siempre llega al orgasmo en las relaciones sexuales con penetración	89 (56,3)	56 (35,4)	13 (8,2)	32 (22,4)	95 (68,4)	16 (11,2)	0,0000
El preservativo disminuye el placer sexual	90 (57,0)	48 (30,4)	20 (12,7)	48 (33,6)	87 (60,8)	8 (5,6)	0,0000
Mujeres							
Las relaciones sexuales con penetración son más satisfactorias	47 (52,2)	23 (25,6)	20 (22,2)	21 (22,3)	62 (68,0)	11 (11,7)	0,0000
Masturbarse puede provocar problemas de salud	29 (32,2)	48 (53,3)	13 (14,4)	12 (12,8)	72 (76,6)	10 (10,6)	0,0023
Las chicas sangran siempre en la primera relación sexual	47 (52,2)	30 (33,39)	13 (14,4)	19 (20,2)	68 (73,2)	7 (7,4)	0,0000
La chica siempre llega al orgasmo en las relaciones sexuales con penetración	40 (44,4)	37 (41,1)	13 (14,4)	20 (21,3)	59 (62,8)	15 (16,0)	0,0028
El preservativo disminuye el placer sexual	34 (37,8)	45 (50,0)	11 (12,2)	24 (25)	65 (69,9)	4 (4,3)	0,0137

En el grupo al que se impartió 1 sesión, en el test, 4 de cada 10 contestaron que no, y en el retest, lo hicieron 3 de cada 10. A los de 4 sesiones, 4 de cada 10 respondieron que no, frente a los 7 de cada 10 en el retest, observando significación estadística ($p=0,0000$).

En la pregunta si - el preservativo disminuye el placer sexual -, 4 de cada 10 alumnos contestaron que no, en el test y en el retest, lo hicieron 6 de cada 10, observando una significación estadística favorable a la intervención educativa ($p=0,0000$). Referente al sexo, 3 hombres de cada 10 contestaron en el test que no y lo hicieron 6 de 10, en el retest, variación estadísticamente significativa ($p=0,0000$). De las 5 de cada 10 mujeres que contestaron que no en el test, pasaron a hacerlo 7 de cada 10, en el retest, observando significación estadística ($p=0,0137$), a favor de la intervención educativa. Respecto al grupo al que se impartió 1 sesión, en el test, 4 de cada 10 alumnos/as, respondieron que no, lo mismo ocurrió en el retest, sin observar significación estadística. A los alumnos/as que se impartieron 4 sesiones, de los 4 de cada 10 que respondieron en el test que no, se pasó a 7 de cada 10 en el retest, observando significación a favor de la intervención con más sesiones($p=0,0000$).

Se observó que comparando test-retest, después de la intervención educativa hubo un cambio de opinión en todas las preguntas a favor de la desmitificación en los alumnos que recibieron 4 sesiones educativas, sin embargo no sucedió así en aquellos alumnos que solamente recibieron una sesión, en la que además no hubo significación estadística

Tabla 12a: Comparación de los mitos test/retest según el género y según el número de sesiones

Grupo y preguntas o afirmaciones	Test			Retest			p
	Si n %	No n %	NS/NC n %	Si n %	No n %	NS/NC n %	
1 Sesión							
Las relaciones sexuales con penetración son más satisfactorias	18 (48,6)	10 (27,0)	9 (24,3)	25 (67,6)	9 (24,3)	3 (8,1)	NS
Masturbarse puede provocar problemas de salud	17 (45,9)	17 (45,9)	3 (8,1)	18 (48,6)	13 (35,1)	6 (16,2)	NS
Las chicas sangran siempre en la primera relación sexual	22 (59,5)	10 (27,0)	5 (13,5)	23 (62,2)	8 (21,6)	6 (16,2)	NS
La chica siempre llega al orgasmo en las relaciones sexuales con penetración	19 (51,4)	13 (35,1)	5 (13,5)	22 (59,5)	10 (27,0)	5 (13,5)	NS
El preservativo disminuye el placer sexual	20 (54,1)	13 (35,1)	4 (10,8)	15 (40,5)	19 (51,4)	3 (8,1)	NS
4 Sesiones							
Las relaciones sexuales con penetración son más satisfactorias	118 (55,9)	59 (28,0)	34 (16,1)	28 (14,0)	151 (75,5)	21 (10,5)	0,0000
Masturbarse puede provocar problemas de salud	56 (26,5)	116 (55,0)	39 (18,5)	15 (7,5)	168 (84,0)	17 (8,5)	0,0000
Las chicas sangran siempre en la primera relación sexual	109 (51,7)	82 (38,9)	20 (9,5)	36 (18,0)	144 (72,0)	20 (10,0)	0,0000
La chica siempre llega al orgasmo en las relaciones sexuales con penetración	110 (52,1)	80 (37,9)	21 (10,0)	30 (15,0)	144 (72,0)	26 (11,3)	0,0000
El preservativo disminuye el placer sexual	104 (49,3)	80 (37,9)	27 (12,8)	57 (28,6)	133 (66,8)	9 (4,5)	0,0000

4.5.1 Comparación de los mitos test/retest según el nivel educativo

En la tabla 13, en referencia a la pregunta si - las relaciones sexuales con penetración son más satisfactorias -, tanto en el nivel de escolarización normal como en el grupo de fracaso escolar, 3 de cada 10 alumnos/as contestaron que no, en el test y 8 de cada 10 lo hicieron en el retest y, en ambos casos se observa significación estadística ($p=0,0000$). En el caso del grupo de los discapacitados, a pesar de haber variación a favor de la respuesta negativa, 3 de cada 10 en el test y 6 de cada 10 en el retest, no se apreció significación estadística.

En referencia a la pregunta si - masturbarse puede provocar problemas de salud- en el nivel de escolarización normal, 5 de cada 10 alumnos/as contestaron que

no en el test y, en el retest 8 de cada 10; en el grupo de fracaso escolar, de 6 de cada 10 pasaron en el retest a 9 de cada 10. En ambos casos se observó significación estadística ($p=0,0000$ y $p=0,0013$, respectivamente). Sin embargo, a pesar de que en el grupo de los discapacitados, en el test contestaron que no 5 de cada 10 y, en el retest, 7 de cada 10, no se observó significación estadística.

En respuesta a la pregunta si - las chicas sangran siempre en la primera relación sexual -, tanto en el nivel de escolarización normal como en el grupo de fracaso escolar, 4 de cada 10 respondieron que no en el test y, 2 de cada 10 en el nivel de discapacitados, pasando en todos los niveles a 7 de cada 10 en el retest. En todos los casos con variación estadísticamente significativa ($p=0,0000$; $p=0,0010$, y $p=0,0215$, respectivamente).

En respuesta a la pregunta si - la chica siempre llega al orgasmo en las relaciones sexuales con penetración -, en el nivel de escolarización normal, 4 de cada 10 respondieron que no en el test pasando a hacerlo 7 de cada 10 en el retest observando significación estadística ($p=0,0000$); en el grupo de fracaso escolar, 3 de cada 10 respondieron que no en el test pasando a hacerlo 7 de cada 10 en el retest observando significación estadística ($p=0,0000$); sin embargo, a pesar de que en el grupo de los discapacitados, en el test contestaron que no, 3 de cada 10 y, en el retest, 5 de cada 10, no se constató variación estadísticamente significativa.

En respuesta a la pregunta si - el preservativo disminuye el placer sexual -, en el nivel de escolarización normal, 4 de cada 10 alumnos/as contestaron que no en el test, pasando a hacerlo 7 de cada 10 en el retest observando significación estadística ($p=0,0000$); en el grupo de fracaso escolar, 2 de cada 10 alumnos/as contestaron que no en el test, pasando a hacerlo 5 de cada 10 en el retest observando significación estadística ($p=0,0003$); en el grupo de discapacitados, 6 de cada 10 alumnos/as contestaron que no en el test, pasando a hacerlo 10 de cada 10 en el retest observando significación estadística ($p=0,0404$).

Observamos que comparando test-retest, en la muestra según el nivel educativo, después de la intervención educativa hubo un cambio importante de opinión en todas las respuestas a favor de la desmitificación en todos los grupos. Disminuyó el número de alumnos/as que tenían una información basada en el mito a favor de la desmitificación.

Tabla 13: Comparación de los mitos test/retest según el nivel educativo

Grupo y preguntas o afirmaciones	Test			Retest			p
	Si n %	No n %	NS/NC n %	Si n%	No n%	NS/NC n %	
Nivel de escolarización normal							
Las relaciones sexuales con penetración son más satisfactorias	58 (52,3)	28 (25,2)	25 (22,5)	13 (11,9)	82 (75,2)	14 (12,8)	0,0000
Masturbarse puede provocar problemas de salud	35 (31,5)	56 (50,5)	20 (18,0)	8 (7,3)	89 (81,7)	12 (11,0)	0,0000
Las chicas sangran siempre en la primera relación sexual	54 (48,6)	43 (38,7)	14 (12,6)	16 (14,7)	81 (74,3)	12 (11,0)	0,0000
La chica siempre llega al orgasmo en las relaciones sexuales con penetración	50 (45,0)	49 (44,1)	12 (10,8)	16 (14,7)	80 (73,4)	13 (11,9)	0,0000
El preservativo disminuye el placer sexual	44 (39,6)	48 (43,2)	19 (17,1)	24 (22,0)	81 (74,3)	4 (3,7)	0,0000
Nivel de escolarización fracaso escolar							
Las relaciones sexuales con penetración son más satisfactorias	48 (63,2)	23 (30,3)	5 (6,6)	12 (15,2)	62 (78,5)	5 (6,3)	0,0000
Masturbarse puede provocar problemas de salud	10 (13,2)	49 (64,5)	17 (22,4)	5 (6,3)	70 (88,6)	4 (5,1)	0,0013
Las chicas sangran siempre en la primera relación sexual	38 (50,0)	34 (44,7)	4 (5,3)	17 (21,5)	55 (69,6)	7 (8,9)	0,0010
La chica siempre llega al orgasmo en las relaciones sexuales con penetración	47 (61,8)	24 (31,6)	5 (6,6)	10 (12,7)	58 (73,4)	11 (13,9)	0,0000
El preservativo disminuye el placer sexual	56 (73,7)	18 (23,7)	2 (2,6)	33 (41,8)	41 (51,9)	5 (6,3)	0,0003
Nivel de escolarización discapacitados							
Las relaciones sexuales con penetración son más satisfactorias	12 (50,0)	8 (33,3)	4 (16,7)	3 (25,0)	7 (58,3)	2 (16,7)	NS
Masturbarse puede provocar problemas de salud	11 (45,8)	11 (45,8)	2 (8,3)	2 (16,7)	9 (75,0)	1 (8,3)	NS
Las chicas sangran siempre en la primera relación sexual	17 (70,8)	5 (20,8)	2 (8,3)	3 (25,0)	8 (66,7)	1 (8,3)	0,0215
La chica siempre llega al orgasmo en las relaciones sexuales con penetración	13 (54,2)	7 (29,2)	4 (16,7)	4 (33,3)	6 (50,0)	2 (16,7)	NS
El preservativo disminuye el placer sexual	4 (16,7)	14 (58,3)	6 (25,0)	0 (0,0)	11 (100,0)	0 (0,0)	0,0404

4.5.2 Comparación de los mitos según el curso de procedencia

En la tabla 14, se observaron los resultados a las diferentes preguntas.

En referencia a la pregunta si - las relaciones sexuales con penetración son más satisfactorias que sin penetración -, los alumnos/as de 3º de ESO, 4 de cada 10, respondieron que no en el test, y 5 de cada 10 de los de 4º de ESO, sin embargo en el retest, pasaron a responderlo 5 de cada 10 y 7 de cada 10, respectivamente, sin observar significación estadística. Igualmente para los

alumnos de jardinería y los de adaptación escolar, que contestaron en el test, 3 de cada 10 y 8 de cada 10 que no, respectivamente, pasando en el retest, a contestar que no 6 de cada 10 y 7 de cada 10, respectivamente sin observar significación estadística en ninguno de los grupos. No se observó así en los alumnos/as de bachiller, que de 1 de cada 10 que contestaron que no en el test, pasaron a contestar que no 9 de cada 10 en el retest ($p=0,0000$); los alumnos/as de oficios pasaron de contestar que no 2 de cada 10 en el test a 8 de cada 10 en el retest ($p=0,0000$), observando en ambos significación estadística.

En referencia a la pregunta si - masturbarse puede provocar problemas de salud -, comparando test-retest, se observó un cambio de opinión en todos los grupos. Respondieron que no en el test, 4 de cada 10 de los alumnos de 4º de ESO, 6 de cada 10 de los de oficios y 7 de cada 10 de los de bachiller, pasando a ser en el retest, 8 de cada 10 de 4º de ESO, 9 de cada 10 de oficios y la totalidad de los alumnos/as de bachiller. Constatando cambios estadísticamente significativos ($p=0,0151$, $p=0,0015$ y $p=0,0002$, respectivamente). No resultaron así los cambios en el resto de los cursos; 3 de cada 10 alumnos de 3º de ESO, 5 de cada 10 de jardinería y 8 de cada 10 de adaptación escolar, respondieron en el test que no y en el retest, 5 de cada 10 alumnos de 3º de ESO, 8 de cada 10 de jardinería y la totalidad de los de adaptación escolar, pero sin observar significación estadística.

En respuesta a la pregunta si - las chicas sangran siempre en la primera relación sexual -, observamos que comparando test-retest, hay un cambio de opinión en todos los grupos a favor de la desmitificación a excepción de los alumnos de 3º de ESO que mantuvieron la proporción de 3 de cada 10 alumnos tanto en el test como en el retest, al responder negativamente a la pregunta. Los alumnos/as de 4º de ESO 3 de cada 10 en el test contestaron que no y se pasó a 4 de cada 10 en el retest; de 5 de cada 10 de bachiller que contestó que no en el test se pasó a 9 de cada 10 en el retest; de 2 de cada 10 de jardinería que contestó que no en el test se pasó a 7 de cada 10 en el retest; de 6 de cada 10 de adaptación escolar que contestó que no en el test se pasó a la totalidad en el retest y de 4 de cada 10 de oficios que contestó que no en el test se pasó a 7 de cada 10 en el retest. Constatando en todos los grupos, significación estadística ($p= 0,0041$, $p= 0,0000$, $p= 0,0000$, $p= 0,0215$, $p= 0,0404$, $p= 0,0396$ y $p= 0,0059$ respectivamente).

Tabla 14: Comparación test/retest de los mitos según el curso de procedencia

Grupo y preguntas o afirmaciones	Test			Retest			p
	Si n %	No n %	NS/NC n %	Si n%	No n%	NS/NC n %	
Curso de procedencia							
3º ESO^a							
Las relaciones sexuales con penetración son más satisfactorias	10 (41,7)	9 (37,5)	5 (20,8)	4 (20,0)	9 (45,0)	7 (35,0)	NS
Masturbarse puede provocar problemas de salud	12 (50,0)	6 (25,0)	6 (25,0)	4 (20,0)	9 (45,0)	7 (35,0)	NS
Las chicas sangran siempre en la primera relación sexual	16 (66,7)	7(29,2)	1 (4,2)	6 (30,0)	5 (25,0)	9 (45,0)	0,0041
La chica siempre llega al orgasmo en las relaciones sexuales con penetración	15 (62,5)	7 (29,2)	2 (8,3)	11 (55,0)	5 (25,0)	4 (20,0)	NS
El preservativo disminuye el placer sexual	13 (54,2)	4 (16,7)	7 (29,2)	6 (30,0)	11 (55,0)	3 (15,0)	0,0281
4º ESO^a							
Las relaciones sexuales con penetración son más satisfactorias	7 (25,0)	13 (46,4)	8 (28,6)	3 (11,1)	18 (66,7)	6 (22,2)	NS
Masturbarse puede provocar problemas de salud	9 (32,1)	11 (39,3)	8 (28,6)	3 (11,1)	21 (77,8)	3 (11,1)	0,0151
Las chicas sangran siempre en la primera relación sexual	15 (53,6)	8 (28,6)	5 (17,9)	4 (14,8)	34 (44,7)	0 (0,0)	0,0000
La chica siempre llega al orgasmo en las relaciones sexuales con penetración	13 (46,4)	8 (28,6)	7 (25,0)	3 (11,1)	18 (66,7)	6 (22,2)	0,0062
El preservativo disminuye el placer sexual	12 (42,9)	12 (42,9)	4 (14,3)	9 (33,3)	18 (66,7)	0 (0,0)	NS
Bachiller							
Las relaciones sexuales con penetración son más satisfactorias	41 (69,5)	6 (10,2)	12 (20,3)	6 (9,7)	55 (88,7)	1 (1,6)	0,0000
Masturbarse puede provocar problemas de salud	14 (23,7)	39 (66,1)	6 (10,2)	1 (1,6)	59 (95,2)	2 (3,2)	0,0002
Las chicas sangran siempre en la primera relación sexual	23 (39,0)	28 (47,5)	8 (13,6)	6 (9,7)	53 (85,5)	3 (4,8)	0,0000
La chica siempre llega al orgasmo en las relaciones sexuales con penetración	22 (37,3)	34 (57,6)	3 (5,1)	2 (3,2)	57 (91,9)	3 (4,8)	0,0000
El preservativo disminuye el placer sexual	19 (32,2)	32 (54,2)	8 (13,6)	9 (14,5)	52 (83,9)	1 (1,6)	0,0011

^a Educación Secundaria Obligatoria

En respuesta a la pregunta si - la chica siempre llega al orgasmo en las relaciones sexuales con penetración -, observamos que comparando test-retest, se constató un cambio de opinión en todos los grupos. Siendo los de bachiller los que mejoraron más en la desmitificación y los de 3º de ESO los que mantuvieron el porcentaje de los que alimentaban el mito. De éstos, 3 de cada 10 respondieron que no tanto en el test como en el retest. Tampoco obtuvieron resultados estadísticamente significativos, los alumnos de jardinería a pesar de mejorar en la respuesta de 3 de cada 10 en el test a 5 de cada 10 en el retest. Del resto, 3 de cada 10 alumnos de 4º de ESO contestaron en el test que no y 7 de cada 10 en el retest; 6 de cada 10 de bachiller que contestó que no en el test y pasaron a hacerlo 9 de cada 10 en el retest; 2 de cada 10 alumnos de adaptación escolar contestaron en el test que no el test y en el retest lo hicieron 5 de cada 10, finalmente, 3 de cada 10 alumnos de oficios contestaron en el test que no y lo hicieron en el retest 8 de cada 10. Constatando en todos los grupos significación estadística ($p=0,0062$; $p=0,0000$; $p=0,0086$ y $p=0,0000$, respectivamente).

En respuesta a la pregunta si - el preservativo disminuye el placer sexual -, observamos que comparando test-retest, hubo un cambio de opinión en todos los grupos a favor de la desmitificación con significación estadística, a excepción del grupo de los de 4º de ESO. Los alumnos/as de 3º de ESO, 2 de cada 10 respondieron que no en el test y 6 de cada 10 en el retest ($p=0,0281$); los alumnos de bachiller, 5 de cada 10 respondieron que no en el test y en el retest lo hicieron 8 de cada 10 ($p=0,0011$); de los alumnos de jardinería, 6 de cada 10 respondieron que no en el test y en el retest lo hicieron el 100% ($p=0,0404$); los alumnos de adaptación escolar 1 de cada 10 respondieron que no en el test y 6 de cada 10 en el retest ($p=0,0109$) y en el grupo de oficios, respondieron que no en el test 3 de cada 10 y 5 de cada 10 en el retest ($p=0,0077$). Constatando significación estadística en todos los grupos.

Tabla 14a: Comparación test/retest de los mitos según el curso de procedencia

Grupo y preguntas o afirmaciones	Test			Retest			p
	Si n %	No n %	NS/NC n %	Si n%	No n%	NS/NC n %	
Curso de procedencia							
Jardinería							
Las relaciones sexuales con penetración son más satisfactorias	12 (50,0)	8 (33,3)	4 (16,7)	3 (25,0)	7 (58,3)	2 (16,7)	NS
Masturbarse puede provocar problemas de salud	11 (45,8)	11 (45,8)	2 (8,3)	2 (16,7)	9 (75,0)	1 (8,3)	NS
Las chicas sangran siempre en la primera relación sexual	17 (70,8)	5 (20,8)	2 (8,3)	3 (25,0)	8 (66,7)	1 (8,3)	0,0215
La chica siempre llega al orgasmo en las relaciones sexuales con penetración	13 (54,2)	7 (29,2)	4 (16,7)	4 (33,3)	6 (50,0)	2 (16,7)	NS
El preservativo disminuye el placer sexual	4 (16,7)	14 (58,3)	6 (25,0)	0 (0,0)	11(100,0)	0 (0,0)	0,0404
Adaptación escolar							
Las relaciones sexuales con penetración son más satisfactorias	2 (16,7)	10 (83,3)	0 (0,0)	3 (30,0)	7 (70,0)	0 (0,0)	NS
Masturbarse puede provocar problemas de salud	2 (16,7)	10 (83,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	10 (100,0)	0 (0,0)	NS
Las chicas sangran siempre en la primera relación sexual	5 (41,7)	7 (58,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	10 (100,0)	0 (0,0)	0,0396
La chica siempre llega al orgasmo en las relaciones sexuales con penetración	10 (83,3)	2 (16,7)	0 (0,0)	2 (20,0)	5 (50,0)	3 (30,0)	0,0086
El preservativo disminuye el placer sexual	11 (91,7)	1 (8,3)	0 (0,0)	3 (30,0)	6 (60,0)	1 (10,0)	0,0109
Oficios							
Las relaciones sexuales con penetración son más satisfactorias	46 (71,9)	13 (20,3)	5 (7,8)	9 (13,0)	55 (79,7)	5 (7,2)	0,0000
Masturbarse puede provocar problemas de salud	8 (12,5)	39 (60,9)	17 (26,6)	5 (7,2)	60 (87,0)	4 (5,8)	0,0015
Las chicas sangran siempre en la primera relación sexual	33 (51,6)	27 (42,2)	4 (6,3)	17 (24,6)	45 (65,2)	7 (10,1)	0,0059
La chica siempre llega al orgasmo en las relaciones sexuales con penetración	37 (57,8)	22 (34,4)	5 (7,8)	8 (11,6)	53 (76,8)	8 (11,6)	0,0000
El preservativo disminuye el placer sexual	45 (70,3)	17 (26,6)	2 (3,1)	30 (43,5)	35 (50,7)	4 (5,8)	0,0077

4.6 Comparación de valores test/retest por datos independientes a nivel global, sexo y por número de sesiones.

En la tabla 15, en referencia al análisis de valores comparando test/retest en el grupo total, se observó en la pregunta si - las relaciones sexuales se han de tener siempre que tu pareja lo proponga -, que 4 de cada 10 alumnos/as respondieron en el test que no y, en el retest lo hicieron 7 de cada 10, con una significación estadística a favor de la intervención educativa ($p=0,0001$). Referente al sexo, 4 hombres de cada 10 contestaron en el test que no y lo hicieron 6 de 10, en el retest, observando a favor de la intervención variación estadísticamente significativa ($p=0,0003$). De las 6 de cada 10 mujeres que contestaron que no en el test, pasaron a hacerlo 7 de cada 10, en el retest, sin observar significación estadística. Si se analiza según el número de sesiones, los alumnos/as del grupo que se le impartió 1 sesión, respondieron que no 4 de cada 10 en el test y, en el retest, 3 de cada 10, sin que hubiera significación estadística, después de la intervención. El grupo que recibió 4 sesiones, 5 de cada 10 en el test respondió que no, frente a 7 de cada 10 en el retest, observando una significación a favor de la intervención ($p=0,0000$).

En la pregunta si - la homosexualidad es una forma más de sexualidad -, 4 de cada 10 alumnos/as respondieron en el test que sí y, en el retest lo hicieron 6 de cada 10, con una significación estadística a favor de la intervención educativa ($p=0,0000$). Referente al sexo, 4 hombres de cada 10 contestaron en el test que sí y lo hicieron 5 de 10 en el retest, variación estadísticamente significativa ($p=0,0042$). De las 5 de cada 10 mujeres que contestaron que sí en el test, pasaron a hacerlo 7 de cada 10, en el retest, observando significación estadística ($p=0,0035$), a favor de la intervención educativa. Si se analiza según el número de sesiones, al grupo que se le impartió 1 sesión, respondieron que sí 3 de cada 10 en el test y en el retest, no se pudo calcular la significación estadística, al haber ceros en varias casillas. El grupo que recibió 4 sesiones, 4 de cada 10 alumnos/as, respondieron que sí en el test y pasaron a 7 de cada 10 en el retest, con una significación a favor de la intervención con más sesiones ($p=0,0000$).

Tabla 15: Comparación de valores test/retest por datos independientes a nivel global, sexo y por número de sesiones.

Grupo y preguntas o afirmaciones	Test			Retest			p
	Si n %	No n %	NS/NC n %	Si n%	No n%	NS/NC n %	
Grupo total n (%)							
Las relaciones sexuales se han de tener siempre que tu pareja lo proponga	112 (45,2)	120 (48,4)	16(6,5)	67 (28,3)	160 (67,5)	10 (4,2)	0,0001
La homosexualidad es una forma más de sexualidad	102 (41,4)	142 (57,3)	4 (1,6)	146 (61,6)	91 (38,4)	0 (0,0)	0,0000
La homosexualidad es una enfermedad	49 (19,8)	195 (78,6)	4 (1,6)	48 (20,3)	188 (79,3)	1 (0,4)	NS
No tengo opinión sobre la homosexualidad	103 (41,5)	131 (52,8)	14 (5,6)	62 (30,4)	134 (65,7)	8 (3,9)	0,0220
La sexualidad debe ser consecuencia del cariño	97 (39,2)	152 (60,8)	0 (0,0)	115 (48,5)	122 (51,5)	0 (0,0)	
Sexo n (%)							
Hombres							
Las relaciones sexuales se han de tener siempre que tu pareja lo proponga	81 (51,3)	67 (42,4)	10 (6,3)	42 (29,4)	93 (65,0)	8 (5,6)	0,0003
La homosexualidad es una forma más de sexualidad	57 (36,1)	100 (63,3)	1 (0,6)	78 (54,5)	65 (45,5)	0 (0,0)	0,0042
La homosexualidad es una enfermedad	37 (23,5)	120 (75,9)	1 (0,6)	34 (23,8)	109(76,2)	0 (0,0)	NS
No tengo opinión sobre la homosexualidad	70 (44,3)	79 (50,0)	9 (5,7)	36 (30,7)	78 (66,7)	3 (2,6)	0,0188
La sexualidad debe ser consecuencia del cariño	58 (36,8)	100 (63,2)	0 (0,0)	69 (48,3)	74 (51,7)	0 (0,0)	
Mujeres n (%)							
Las relaciones sexuales se han de tener siempre que tu pareja lo proponga	31 (34,4)	53 (58,9)	6 (6,7)	25 (26,6)	67 (71,3)	2 (2,1)	NS
La homosexualidad es una forma más de sexualidad	45 (50,0)	42 (46,7)	3 (3,3)	68 (72,3)	26 (27,7)	0 (0,0)	0,0035
La homosexualidad es una enfermedad	12 (13,3)	75 (83,4)	3 (3,3)	14 (14,9)	79 (84,0)	1 (1,1)	NS
No tengo opinión sobre la homosexualidad	33 (36,7)	52 (57,8)	5 (5,6)	26 (29,9)	56 (64,4)	5 (5,7)	NS
La sexualidad debe ser consecuencia del cariño	39 (43,3)	51 (56,7)	0 (0,0)	46 (48,9)	48 (51,1)	0 (0,0)	

En la pregunta si - la homosexualidad es una enfermedad -, 8 de cada 10 alumnos/as respondieron en el test y en el retest que no sin que hubiera significación estadística. Referente al sexo, 8 hombres de cada 10 contestaron en el test y retest que no sin observarse significación estadística. En el grupo de las mujeres, 8 de cada 10 contestaron que no en el test y retest, sin constatar significación a favor de la intervención educativa. Si se analiza según el número de sesiones, al grupo que se le impartió 1 sesión, respondieron que no 7 de cada 10 en el test y en el retest lo hicieron 6 de cada 10. El grupo que recibió 4

sesiones, de 8 de cada 10 respondieron que no en el test y retest, sin observar en ninguno de los grupos significación estadística.

Tabla 15a: Comparación de valores test/retest por datos independientes a nivel global, sexo y por número de sesiones.

Grupo y preguntas o afirmaciones	Test			Retest			p
	Si n %	No n %	NS/NC n %	Si n%	No n%	NS/NC n %	
1 Sesión n (%)							
Las relaciones sexuales se han de tener siempre que tu pareja lo proponga	20 (54,1)	14 (37,8)	3 (8,1)	21 (56,8)	11 (29,7)	5 (13,5)	NS
La homosexualidad es una forma más de sexualidad	11 (29,7)	26 (70,3)	0 (0,0)	11 (29,7)	26 (70,3)	0 (0,0)	
La homosexualidad es una enfermedad	10 (27,0)	27 (73,0)	0 (0,0)	14 (37,8)	22 (59,5)	1 (2,7)	NS
No tengo opinión sobre la homosexualidad	17 (45,9)	11 (29,7)	9 (24,3)	18 (54,5)	7 (21,2)	8 (24,2)	NS
La sexualidad debe ser consecuencia del cariño	12 (32,4)	25 (67,6)	0 (0,0)	10 (27,0)	27 (73,0)	0 (0,0)	
4 Sesiones n (%)							
Las relaciones sexuales se han de tener siempre que tu pareja lo proponga	92 (43,6)	106 (50,2)	13 (6,2)	46 (23,0)	149 (74,5)	5 (2,5)	0,0000
La homosexualidad es una forma más de sexualidad	91 (43,1)	116 (55,0)	4 (1,9)	135 (67,5)	65 (32,5)	0 (0,0)	0,0000
La homosexualidad es una enfermedad	39 (18,5)	168(79,6)	4 (1,9)	34 (17,0)	166 (83,0)	0 (0,0)	NS
No tengo opinión sobre la homosexualidad	86 (40,8)	120 (56,8)	5 (2,4)	44 (25,7)	127 (74,3)	0 (0,0)	0,0006
La sexualidad debe ser consecuencia del cariño	12 (32,4)	25 (67,6)	0 (0,0)	105 (52,5)	95 (47,5)	0 (0,0)	

A la pregunta de - la opinión sobre la homosexualidad -, 5 de cada 10 alumnos/as respondieron en el test que no tenían opinión y, en el retest pasan a tener opinión 6 de cada 10, con una significación estadística a favor de la intervención educativa ($p=0,0220$). Con respecto al sexo, 5 de cada 10 hombres contestaron en el test que no tenían opinión, pasando a tenerla 7 de cada 10 hombres en el retest observando significación estadística ($p=0,0188$) . En las mujeres 6 de cada 10 en el test y retest decían no tener opinión, sin observarse significación estadística. Si se analiza según el número de sesiones, al grupo que se le impartió 1 sesión, respondieron que no tenían opinión 7 de cada 10 alumnos/as, tanto en el test como en el retest, sin constatar significación estadística. El grupo que recibió 4 sesiones, de 6 de cada 10 respondieron que no en el test y pasaron a 7 de cada 10 en el retest, con una significación a favor de la intervención con más sesiones ($p=0,0006$).

En la pregunta si - la sexualidad debe ser consecuencia del cariño -, 4 de cada 10 alumnos/as respondieron en el test que sí y, en el retest lo hicieron 5 de cada 10, al haber ceros en varias casillas no pudo calcularse la significación estadística. Referente al sexo, 4 hombres de cada 10 contestaron en el test que sí y lo hicieron 5 de cada 10, en el retest. De las 4 de cada 10 mujeres que contestaron que sí en el test, pasaron a hacerlo 5 de cada 10, en el retest. No pudo calcularse la significación estadística al haber ceros en varias casillas. Si se analiza según el número de sesiones, al grupo que se le impartió 1 sesión, respondieron que sí 3 de cada 10 en el test y en el retest. El grupo que recibió 4 sesiones, de 3 de cada 10 respondieron que sí en el test y pasaron a 5 de cada 10 en el retest, tampoco pudo calcularse la significación estadística por haber ceros en varias casillas.

4.6.1 Comparación de valores test/retest por datos independientes a nivel global y según el nivel educativo

En la tabla 16, en referencia al análisis de valores comparando test/retest en los diferentes niveles educativos, se observó que en el grupo de escolarización normal en la pregunta si - las relaciones sexuales se han de tener siempre que tu pareja lo proponga -, 5 de cada 10 alumnos/as respondieron en el test que no y, en el retest lo hicieron 7 de cada 10, sin observar significación estadística. En el grupo de fracaso escolar 4 de cada 10 respondieron que no en el test y en el retest lo hicieron 7 de cada 10 con una significación estadística a favor de la intervención educativa ($p=0,0029$) y finalmente en el grupo de los discapacitados, 3 de cada 10 respondieron que no frente a 5 de cada 10 que lo hicieron en el retest, sin observar significación estadística.

En el grupo de escolarización normal en la pregunta si - la homosexualidad es una forma más de sexualidad -, 5 de cada 10 alumnos/as respondieron en el test que sí y, en el retest lo hicieron 7 de cada 10, no se pudo calcular la significación estadística al haber ceros en varias casillas. En el grupo de fracaso escolar pasaron de contestar que sí en el test 2 de cada 10 alumnos/as a favor de 5 de cada 10 en el retest, observando significación ($p= 0,0078$), y en el grupo de los discapacitados que pasaron de responder en el test que sí 4 de cada 10 al retest que lo hicieron 8 de cada 10, sin que hubiera significación estadística.

Tabla 16: Comparación de valores test/retest por datos independientes a nivel global y según el nivel educativo

Grupo y preguntas o afirmaciones	Test			Retest			p
	Si n %	No n %	NS/NC n %	Si n%	No n%	NS/NC n %	
Nivel educativo n (%)							
Escolarización normal							
Las relaciones sexuales se han de tener siempre que tu pareja lo proponga	61 (41,2)	80 (54,1)	7 (4,7)	42 (28,8)	99 (67,8)	5 (3,4)	NS
La homosexualidad es una forma más de sexualidad	74 (50,0)	74 (50,0)	0 (0,0)	99 (67,8)	47 (32,2)	0 (0,0)	
La homosexualidad es una enfermedad	30 (20,3)	118 (79,7)	0 (0,0)	28 (19,2)	117 (80,1)	1 (0,7)	NS
No tengo opinión sobre la homosexualidad	50 (33,8)	89 (60,1)	9 (6,1)	37 (30,1)	78 (63,4)	8 (6,5)	NS
La sexualidad debe ser consecuencia del cariño	49 (33,1)	99 (66,9)	0 (0,0)	60 (41,1)	86 (58,9)	0 (0,0)	
Nivel educativo n (%)							
Fracaso escolar							
Las relaciones sexuales se han de tener siempre que tu pareja lo proponga	38 (50,0)	33 (43,4)	5 (6,6)	19 (24,1)	55 (69,6)	5 (6,3)	0,0029
La homosexualidad es una forma más de sexualidad	18 (23,7)	57 (75,0)	1 (1,3)	37 (46,8)	42 (53,2)	0 (0,0)	0,0078
La homosexualidad es una enfermedad	18 (23,7)	57 (75,0)	1 (1,3)	20 (25,3)	59 (74,7)	0 (0,0)	
No tengo opinión sobre la homosexualidad	44 (57,9)	32 (42,1)	0 (0,0)	22 (31,9)	47 (68,1)	0 (0,0)	
La sexualidad debe ser consecuencia del cariño	29 (38,2)	47 (61,8)	0 (0,0)	43 (54,4)	36 (45,6)	0 (0,0)	
Nivel educativo n (%)							
Discapacitados							
Las relaciones sexuales se han de tener siempre que tu pareja lo proponga	13 (54,1)	7 (29,2)	4 (16,7)	6 (50,0)	6 (50,0)	0 (0,0)	NS
La homosexualidad es una forma más de sexualidad	10 (41,7)	11 (45,8)	3 (12,5)	10 (83,3)	2 (16,7)	0 (0,0)	NS
La homosexualidad es una enfermedad	1 (4,2)	20 (83,3)	3 (12,5)	0 (0,0)	12 (100,0)	1 (8,3)	NS
No tengo opinión sobre la homosexualidad	9 (37,5)	10 (41,7)	5 (20,8)	3 (25,0)	9 (75,0)	0 (0,0)	NS
La sexualidad debe ser consecuencia del cariño	19 (79,1)	5 (20,9)	0 (0,0)	12 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	

En el grupo de escolarización normal, en la pregunta si - la homosexualidad es una enfermedad -, 8 de cada 10 alumnos/as respondieron en el test y retest que no, en el grupo de los discapacitados pasaron de responder en el test que no 8 de cada 10 al retest que lo hicieron 10 de cada 10, sin que se observara significación estadística en ninguno de los grupos.

El grupo de fracaso escolar respondieron que no 7 de cada 10 alumnos/as en el test y retest, no pudo calcularse la significación estadística al haber ceros en varias casillas. Respecto al grupo de escolarización normal en la pregunta sobre - si tenían opinión sobre la homosexualidad -, 3 de cada 10 alumnos/as respondieron en el test y en el retest tenerla, sin observar significación estadística. En el grupo de fracaso escolar y discapacitados 5 de cada 10 respondieron tenerla en el test y en el retest lo hicieron 3 y 2 de cada 10 respectivamente, sin constatar significación estadística. En el grupo de escolarización normal en la pregunta si - la sexualidad debe ser consecuencia del cariño -, 3 de cada 10 alumnos/as respondieron en el test que si y, en el retest lo hicieron 4 de cada 10, en el grupo de fracaso escolar pasaron de contestar que sí en el test 4 de cada 10 alumnos/as a favor de 5 de cada 10 en el retest, y en el grupo de los discapacitados que pasaron de responder en el test que sí 8 de cada 10 al retest que lo hicieron 10 de cada 10 alumnos/as, aunque no se pudo calcular la significación estadística en ninguno de los grupos por haber ceros en varias casillas.

4.6.2 Comparación de valores test/retest por datos independientes a nivel global y según curso de procedencia.

En la tabla 17, en referencia al análisis de valores comparando test/retest en los diferentes cursos de procedencia, se observó que en los alumnos/as de 3º de ESO en la pregunta si - las relaciones sexuales se han de tener siempre que tu pareja lo proponga -, 4 de cada 10 alumnos/as respondieron que no tanto en el test como en el retest, sin observar significación estadística. Los de 4º de ESO, 4 de cada 10 respondieron que no en el test y en el retest lo hicieron 10 de cada 10, con una significación estadística a favor de la intervención educativa ($p=0,0005$). Respecto a los alumnos/as de bachiller pasaron de responder que no en el test 7 de cada 10 alumnos a 8 de cada 10 en el retest, el curso de jardinería, respondió que no en el test en 7 de cada 10 alumnos/as, frente a 8 de cada 10 en el retest, sin obtener en ninguno de los dos cursos, significación estadística. Respecto al curso de adaptación escolar, pasaron de contestar que no en el test 7 de cada 10 alumnos/as y en el retest lo hicieron 9 de cada 10, no se pudo calcular la significación al haber ceros en varias casillas. Finalmente los alumnos/as de oficios 4 de cada 10 respondieron que no en el test frente a 7 de cada 10 que lo hicieron en el retest, con una significación estadística a favor de la intervención educativa ($p=0,0058$).

Tabla 17: Comparación de valores test/retest por datos independientes a nivel global y según curso de procedencia.

Grupo y preguntas o afirmaciones	Test			Retest			p
	Si n %	No n %	NS/NC n %	Si n%	No n%	NS/NC n %	
Curso de procedencia n (%)							
3º ESO ^a							
Las relaciones sexuales se han de tener siempre que tu pareja lo proponga	31 (50,8)	27 (44,3)	3 (4,9)	28 (49,1)	24 (42,1)	5 (8,8)	NS
La homosexualidad es una forma más de sexualidad	23 (37,7)	38 (62,3)	0 (0,0)	24 (42,1)	33 (57,9)	0 (0,0)	
La homosexualidad es una enfermedad	21 (34,4)	40 (65,6)	0 (0,0)	21 (36,8)	35 (61,4)	1 (1,8)	NS
No tengo opinión sobre la homosexualidad	22 (36,1)	30 (49,2)	9 (14,8)	18 (53,0)	8 (23,5)	8 (23,5)	NS
La sexualidad debe ser consecuencia del cariño	23 (37,7)	38 (62,3)	0 (0,0)	21 (36,8)	36 (63,2)	0 (0,0)	
4º ESO ^a							
Las relaciones sexuales se han de tener siempre que tu pareja lo proponga	14 (50,0)	12 (42,9)	2 (7,1)	2 (7,4)	25 (92,6)	0 (0,0)	0,0005
La homosexualidad es una forma más de sexualidad	7 (25,0)	21 (75,0)	0 (0,0)	18 (66,7)	9 (33,3)	0 (0,0)	
La homosexualidad es una enfermedad	7 (25,0)	21 (75,0)	0 (0,0)	5 (18,5)	22 (81,5)	0 (0,0)	
No tengo opinión sobre la homosexualidad	18 (64,3)	10 (35,7)	0 (0,0)	16 (59,3)	11 (40,7)	0 (0,0)	
La sexualidad debe ser consecuencia del cariño	14 (50,0)	14 (50,0)	0 (0,0)	18 (66,7)	9 (33,3)	0 (0,0)	
Bachiller							
Las relaciones sexuales se han de tener siempre que tu pareja lo proponga	16 (27,1)	41 (69,5)	2 (3,4)	12 (19,4)	50 (80,6)	0 (0,0)	NS
La homosexualidad es una forma más de sexualidad	44 (74,6)	15 (25,4)	0 (0,0)	57 (91,9)	5 (8,1)	0(0,0)	
La homosexualidad es una enfermedad	2 (3,4)	57 (96,6)	0 (0,0)	2 (3,2)	60 (96,8)	0 (0,0)	
No tengo opinión sobre la homosexualidad	10 (16,9)	49 (83,1)	0 (0,0)	3 (4,8)	59 (95,2)	0(0,0)	
La sexualidad debe ser consecuencia del cariño	12 (20,3)	47 (79,7)	0 (0,0)	21 (33,9)	41 (66,1)	0 (0,0)	

^a Educación Secundaria Obligatoria

En la pregunta si - la homosexualidad es una forma más de sexualidad -, los alumnos de 3º de ESO, 4 de cada 10 alumnos/as respondieron que sí en el test y en el retest, no se pudo calcular la significación estadística al haber ceros en varias casillas.

Tabla 17a: Comparación de valores test/retest por datos independientes a nivel global y según curso de procedencia.

Grupo y preguntas o afirmaciones	Test			Retest			p
	Si n %	No n %	NS/NC n %	Si n%	No n%	NS/NC n %	
Curso de procedencia							
Jardinería							
Las relaciones sexuales se han de tener siempre que tu pareja lo proponga	13 (54,2)	7 (29,1)	4 (16,7)	6 (50,0)	6 (50,0)	0 (0,0)	NS
La homosexualidad es una forma más de sexualidad	10 (41,7)	11 (45,8)	3 (12,5)	10 (83,3)	2 (16,7)	0 (0,0)	NS
La homosexualidad es una enfermedad	1 (4,2)	20 (83,3)	3 (12,5)	12 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
No tengo opinión sobre la homosexualidad	9 (37,5)	10 (41,7)	5 (20,8)	3 (25,0)	9 (75,0)	0 (0,0)	NS
La sexualidad debe ser consecuencia del cariño	19 (79,2)	5 (20,8)	0 (0,0)	12 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Adaptación escolar							
Las relaciones sexuales se han de tener siempre que tu pareja lo proponga	4 (33,3)	8 (66,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	9 (90,0)	1 (10,0)	
La homosexualidad es una forma más de sexualidad	1 (8,3)	11 (91,7)	0 (0,0)	4 (40,0)	6 (60,0)	0 (0,0)	
La homosexualidad es una enfermedad	3 (25,0)	9 (75,0)	0 (0,0)	4 (40,0)	6 (60,0)	0 (0,0)	
No tengo opinión sobre la homosexualidad	8 (66,7)	4 (33,3)	0 (0,0)	2 (22,2)	7 (77,8)	0 (0,0)	
La sexualidad debe ser consecuencia del cariño	4 (33,3)	8 (66,7)		6 (60,0)	4 (40,0)	0 (0,0)	
Oficios							
Las relaciones sexuales se han de tener siempre que tu pareja lo proponga	34 (53,1)	25 (39,1)	5 (7,8)	19 (27,5)	46 (66,7)	4 (5,8)	0,0058
La homosexualidad es una forma más de sexualidad	17 (26,5)	46 (71,9)	1 (1,6)	33 (47,8)	36 (52,2)	0 (0,0)	0,0286
La homosexualidad es una enfermedad	15 (23,4)	48 (75,0)	1 (1,6)	16 (23,2)	53 (76,8)	0 (0,0)	NS
No tengo opinión sobre la homosexualidad	36 (56,3)	28 (43,7)	0 (0,0)	57 (83,8)	20 (33,3)	40(66,7)	0,0000
La sexualidad debe ser consecuencia del cariño	25 (39,1)	39 (60,9)		37 (53,6)	32 (46,4)	0 (0,0)	

Respecto a los alumnos/as de 4º de ESO, 2 de cada 10 alumnos/as respondieron en el test que sí frente a 7 de cada 10 en el retest , en bachiller 7 de cada 10 contestaron que sí en el test, frente 9 de cada 10 en el retest, , los alumnos de adaptación escolar que pasaron de responder que sí 1 alumno en el test a 4 de cada 10 en el retest, sin embargo, al haber ceros en varias casillas, no pudo calcularse la significación estadística.

Finalmente los alumnos/as de jardinería, respondieron que sí en el test 4 de cada 10, frente a 8 de cada 10 en el retest sin observar significación estadística y los de oficios que 3 de cada 10 respondieron que si en el test frente a 5 de cada 10 que lo hicieron en el retest , observando significación estadística a favor de la intervención educativa ($p=0,00286$).

En la pregunta si - la homosexualidad es una enfermedad -, 6 de cada 10 alumnos/as de 3º de ESO, respondieron en el test y retest que no, sin observar significación estadística. En 4º de ESO, 7 de cada 10 alumnos/as respondieron en el test que no frente a 8 de cada 10 en el retest, los alumnos/as de bachiller 9 de cada 10 alumnos/as respondieron en el test y en el retest que no, en jardinería 8 de cada 10 contesto en el test que no y en el retest lo hicieron 10 de cada 10, en el curso de adaptación escolar 7 de cada 10 contestó que no en el test, frente a 6 de cada 1º en el retest, En ninguno de los cursos, se pudo calcular la significación estadística al haber ceros en varias casillas. Finalmente el curso de oficios que 7 de cada 10 contestó que no en el test pasando a 8 de cada 10 en el retest, sin observar significación estadística después de la intervención.

En la pregunta – No tengo opinión sobre la homosexualidad -, 4 de cada 10 alumnos/as de 3º de ESO, respondieron en el test que si y, en el retest lo hicieron 5 de cada 10, sin observar significación estadística a favor de la intervención. En el curso de 4º de ESO, 6 de cada 10 alumnos/as respondieron en el test y en el retest que si, los alumnos/as de bachiller 2 de cada 10 alumnos/as respondieron que sí en el test frente a 1 de cada 10 en el retest, en adaptación escolar, 7 de cada 10 contestó que sí en el test frente a 2 de cada 10 que lo hizo en el retest, aunque no se pudo calcular la significación estadística al haber ceros en varias casillas. Los alumnos/as de jardinería, 4 de cada 10 respondió que sí en el test frente a 2 de cada 10 en el retest, sin observar significación estadística. Finalmente los alumnos/as de oficios que respondieron que sí 6 de cada 10 en el test, pasando a hacerlo 8 de cada 10 en el retest ($p=0,0000$)

Finalmente en la pregunta si - la sexualidad debe ser consecuencia del cariño -, 4 de cada 10 alumnos/as de 3º de ESO, respondieron en el test y, en el retest que sí, no se pudo calcular la significación estadística por haber ceros en varias casillas. En el curso de 4º de ESO, 5 de cada 10 alumnos/as respondieron en el test que si frente a 7 de cada 10 en el retest, los alumnos/as de bachiller 2 de cada 10 alumnos/as respondieron en el test que si y, en el retest lo hicieron 3 de

cada 10, en jardinería 8 de cada 10 contesto en el test que si y en el retest lo hicieron 10 de cada 10, en adaptación escolar 3 de cada 10 contesto en el test que si y en el retest lo hicieron 6 de cada 10 y finalmente en oficios 4 de cada 10 contestó que sí en el test frente a 5 de cada 10 que lo hizo en el retest. En ninguno de los cursos, se pudo calcular la significación estadística al haber ceros en varias casillas.

4.7 Variables secundarias.

4.7.1 Comparación de conocimientos test/retest en las variables secundarias, por datos independientes a nivel global , sexo, nivel educativo, curso de procedencia y número de sesiones impartidas.

En relación a esta variable se consideró que tenían conocimientos, aquellos alumnos que contestaban al menos 9 de las 17 preguntas según lo propuesto.

En la tabla 18, en referencia al análisis de los conocimientos comparando test/retest en el grupo total, se observó que 7 de cada 10 alumnos/as ya tenían conocimientos en el test que mejoraron en el retest en 9 de cada 10, con observando una significación estadística a favor de la intervención educativa ($p=0,0000$).

Con respecto al sexo, 7 de cada 10 hombres contestaron en el test 9 o más preguntas según lo propuesto pasando a 9 de cada 10 en el retest. En referencia a las mujeres 6 de cada 10 ya tenían el conocimiento en el test, pasando a 9 de cada 10 en el retest, constatando en ambos casos significación estadística a favor de la intervención educativa ($p=0,0000$ y $p=0,0000$ respectivamente). Referente al nivel educativo, en el grupo de escolarización normal, 7 de cada 10 alumnos/as reflejó en el test que tenía conocimientos frente a 9 de cada 10 alumnos que lo hizo en el retest, la misma tendencia se observó en el grupo de fracaso escolar, que pasaron de 6 de cada 10 en el test a 10 de cada 10 en el retest, con una significación estadística a favor de la intervención educativa ($p=0,0000$ en ambos casos). Finalmente el grupo de los discapacitados, que pasaron de 8 de cada 10 en el test al 100% en el retest, sin observarse significación estadística .

Tabla 18: Comparación de conocimientos test/retest en las variables secundarias, por datos independientes a nivel global , sexo, nivel educativo, curso de procedencia y número de sesiones impartidas.

Grupo y preguntas o afirmaciones	Conocimientos Test		Conocimientos Retest		p
	Si	No	Si	No	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Grupo total n (%)	164 (66,1)	84 (33,9)	219 (92,8)	17 (7,2)	0,0000
Sexo					
Hombres	105 (66,5)	53 (33,5)	134 (93,7)	9 (6,3)	0,0000
Mujeres	59 (65,6)	31 (34,4)	85 (91,4)	8 (8,6)	0,0000
Nivel educativo n(%)					
Escolarización normal	104(70,3)	44(29,7)	131 (89,7)	15 (10,3)	0,0000
Fracaso escolar	49(64,5)	27(35,5)	77 (97,5)	2 (2,5)	0,0000
Discapacitados	19(79,2)	5 (20,8)	11 (100,0)	0 (0,0)	NS
Curso de procedencia n(%)					
3º de ESO ^a	34 (55,7)	27(44,3)	42 (73,7)	15 (26,3)	0,0418
4º de ESO ^a	21 (75,0)	7 (25,0)	27 (100,0)	0 (0,0)	0,0102
Bachiller	49 (83,1)	10 (16,9)	62 (100,0)	0 (0,0)	0,0004
Jardinería	11 (45,8)	13 (54,2)	11 (100,0)	0 (0,0)	0,0021
Adaptación escolar	8 (66,7)	4 (33,3)	10 (100,0)	0 (0,0)	NS
Oficios	41 (64,1)	23 (35,9)	67 (97,1)	2 (2,9)	0,0000
Número de sesiones impartidas n (%)					
1	21 (56,8)	16 (43,2)	25 (67,6)	12 (32,4)	NS
4	143(67,8)	68 (32,2)	194 (97,5)	5 (2,5)	0,0000

^aEducación Secundaria Obligatoria

Respecto al curso de procedencia en relación al conocimiento observamos que todos mejoran en el retest los conocimientos. Así en el grupo de 3º de ESO, de 5 de cada 10 alumnos/as en el test que tenían conocimientos, pasaron a 7 de cada 10 en el retest. En el grupo de 4º de ESO, pasaron de 5 de cada 10 en el test, a 7 de cada 10 en el retest, los de bachiller pasaron de 8 de cada 10 en el test a 10 de cada 10 en el retest , los de jardinería que pasaron de 4 de cada 10 en el test a 10 de cada 10 en el retest y los de oficios que de 6 de cada 10 en el test pasaron a 10 de cada 10 en el retest con una significación a favor de la intervención educativa (p= 0,0418, p= 0,0102, p= 0,0004, p= 0,0021 y p= 0,0000 respectivamente). El curso de adaptación escolar no obtuvo significación estadística pasando de 7 de cada 10 alumnos en el test a 10 de cada 10 en el retest.

Si se analiza según el número de sesiones, al grupo que se le impartió 1 sesión, tenía conocimientos en 6 de cada 10 alumnos/as en el test y, en el retest pasaron a 7 de cada 10, sin observar significación estadística. El grupo que recibió 4 sesiones, sin embargo pasaron de 3 de cada 10 en el test, a 10 de cada 10 en el retest, observando una significación a favor de la intervención con más sesiones ($p=0,0000$).

4.7.2 Comparación de la información basada en riesgo o no en las variables secundarias comparando test y retest , por datos independientes a nivel global , sexo, nivel educativo curso de procedencia y número de sesiones.

En relación a esta variable se consideró que discriminaban actitudes de riesgo si contestaban al menos 2 de las 4 preguntas afirmativamente, según lo propuesto.

En la tabla 19 se hace referencia al análisis del riesgo o no comparando test/retest en el grupo total, se observó que 4 de cada 10 alumnos/as ya discriminaban en el test el riesgo, frente al retest que mejoró la discriminación en 9 de cada 10, con una significación estadística a favor de la intervención educativa ($p=0,0000$).

Con respecto al sexo, 5 de cada 10 hombres discriminaron con acierto en el test mejorando hasta 9 de cada 10 hombres en el retest. En referencia a las mujeres, 4 de cada 10 mujeres discriminaron con acierto en el test mejorando hasta 8 de cada 10 mujeres en el retest, observando una significación estadística a favor de la intervención educativa en ambos casos ($p=0,0000$ y $p=0,0000$ respectivamente).

Referente al nivel educativo, en el grupo de escolarización normal, 5 de cada 10 alumnos/as reflejó en el test que sabía discriminar mejorando en el retest hasta 9 de cada 10 alumnos, la misma tendencia se observó en el grupo de fracaso escolar, que pasaron de 5 de cada 10 en el test a 10 de cada 10 en el retest, y el grupo de los discapacitados, que pasaron de 2 de cada 10 en el test al 100% en el retest. con una significación estadística a favor de la intervención educativa ($p=0,0000$, $p=0,0000$, $p=0,0002$ respectivamente).

Tabla 19: Comparación test/retest de la información basada en riesgo o no en las variables secundarias por datos independientes a nivel global , género nivel educativo curso de procedencia y número de sesiones.

Variables	Riesgo Test		Riesgo Retest		p
	No n (%)	Si n (%)	No n (%)	Si n (%)	
Grupo total n (%)	112 (45,2)	136 (54,8)	203 (86,0)	33 (14,0)	0,0000
Sexo					
Hombres	72 (45,6)	86 (54,4)	128 (90,1)	14 (9,9)	0,0000
Mujeres	40 (44,4)	50 (55,6)	75 (79,8)	19 (20,2)	0,0000
Nivel educativo n(%)					
Escolarización normal	70(47,3)	78(52,7)	116 (79,5)	30 (20,5)	0,0000
Fracaso escolar	36(47,4)	40(52,6)	76 (97,4)	2 (2,6)	0,0000
Discapitados	6(25,0)	18(75,0)	11 (91,7)	1 (8,3)	0,0002
Curso de procedencia n(%)					
3º de ESO ^a	28 (45,9)	33(54,1)	27 (47,4)	30 (52,6)	NS
4º de ESO ^a	10 (35,7)	18(64,3)	27 (100,0)	0 (0,0)	0,0000
Bachiller	32 (54,2)	27 (45,8)	62 (100,0)	0 (0,0)	0,0000
Jardinería	6 (25,0)	18 (75,0)	11 (91,7)	1 (8,3)	0,0002
Adaptación escolar	7 (58,3)	5 (41,7)	10 (100,0)	0 (0,0)	0,0480
Oficios	29 (45,3)	35 (54,7)	66 (97,1)	2 (2,9)	0,0000
Número de sesiones impartidas n (%)					
1	15 (40,5)	22 (59,5)	7 (18,9)	30 (81,1)	0,0369
4	97 (46,0)	114 (54,0)	196 (98,5)	3 (1,5)	0,0000

^a Educación Secundaria Obligatoria

Respecto al curso de procedencia en relación al riesgo observamos que todos mejoran en el retest a excepción del curso de 3º de ESO, que aunque mejora no se observa significación estadística. En el curso de 4º de ESO, mejoraron la discriminación de riesgo y pasaron de 4 de cada 10 en el test, a 10 de cada 10 en el retest, los de bachiller pasaron de 5 de cada 10 en el test a 10 de cada 10 en el retest , los de jardinería que pasaron de 2 de cada 10 en el test a 9 de cada 10 en el retest, los de adaptación escolar que pasaron de 6 de cada 10 en el test a 10 de cada 10 en el retest, finalmente el curso de oficios que de 4 de cada 10 en el test pasaron a 10 de cada 10 en el retest con una significación a favor de la intervención educativa (p= 0,0000 p= 0,0000, p= 0,0002, p= 0,00480 y p= 0,0000 respectivamente). Si se analiza según el número de sesiones, al grupo que se le impartió 1 sesión, discriminaba mejor en el test que en el retest sin observar significación estadística. El grupo que recibió 4 sesiones, sin embargo pasaron a discriminar de 5 de cada 10 en el test, a 8 de cada 10 en el retest, con una significación a favor de la intervención con más sesiones (p=0,0000).

4.7.3 Comparación test/retest de la información basada en los mitos en las variables secundarias por datos independientes a nivel global , sexo, nivel educativo, curso de procedencia y número de sesiones.

Para el análisis, si 3 de las 5 preguntas se contestaron de forma negativa, se consideró la información basada en la información (variable no en la tabla) y en su defecto, se consideró la información basada en el mito (variable sí en la tabla).

Con respecto al sexo, 7 de cada 10 hombres tenían en el test una información basada en el mito y en el retest únicamente la tenían 1 de cada 10 hombres. En referencia a las mujeres, 6 de cada 10 tenían en el test una información basada en el mito y en el retest únicamente la tenían 2 de cada 10 mujeres, observando una significación estadística a favor de la intervención educativa en ambos casos ($p=0,0000$ y $p=0,0000$ respectivamente). Referente al nivel educativo, en el grupo de escolarización normal, el 6 de cada 10 alumnos/as reflejó en el test la información basada en el mito frente a 4 de cada 10 que discriminó la información; mientras que en el retest, se mantuvo en el mito el 4% de los alumnos frente a 9 de cada 10 alumnos/as que consiguió la desmitificación. Se observó la misma tendencia en el resto de grupos, así pues, en el de fracaso escolar, 7 de cada 10 alumnos/as de los que se basaron en el mito en el test se convirtió en el 8% en el retest, por lo que de 3 de cada 10 alumnos/as del test que discriminaron la información aumentó hasta 9 de cada 10 en el retest. Y en el grupo de los discapacitados, que pasaron de 7 de cada 10 alumnos en el test con una información basada en el mito al 100% de desmitificación en el retest. Todos con variación estadísticamente significativa ($p=0,0000$ igual en los tres grupos). Respecto al curso de procedencia en relación al mito observamos que todos mejoran a favor de la desmitificación con significación estadística. Siendo los cursos de bachiller y jardinería, los que consiguieron la desmitificación total en el retest. Así en el grupo de 3º de ESO, 7 de cada 10 alumnos/as reflejó en el test la información basada en el mito frente a 3 de cada 10 que discriminó la información; mientras que en el retest, se mantuvo en el mito el 1 de cada 10 de los alumnos frente a 9 de cada 10 que consiguió la desmitificación. En el grupo de 4º de ESO, la mitad de los alumnos/as reflejó en el test la información basada en el mito frente a la otra mitad que discriminó la información; mientras que en el retest, se mantuvo en el mito en el 4% de los alumnos frente a 9 de cada 10 que consiguieron la desmitificación.

Tabla 20: Comparación test/retest de la información basada en los mitos en las variables secundarias por datos independientes a nivel global, sexo, nivel educativo, curso de procedencia y número de sesiones.

Variables	Mitos Test		Mitos Retest		p
	Si n (%)	No n (%)	Si n (%)	No n (%)	
Grupo total n (%)	160(64,5)	88(35,5)	35(14,8)	202(85,2)	0,0000
Sexo					
Hombres	104(65,8)	54(34,2)	20(14,0)	123(86,0)	0,0000
Mujeres	56(62,2)	34(37,8)	15(16,0)	79 (84,0)	0,0000
Nivel educativo (% dentro del nivel educativo)					
Escolarización normal	65(58,6)	46(41,4)	4 (3,7)	105(96,3)	0,0000
Fracaso escolar	50(65,8)	26(34,2)	6 (7,6)	73(92,4)	0,0000
Discapacitados	18(75,0)	6(25,0)	0 (0,0)	12 (100)	0,0000
Curso de procedencia (% dentro del grupo)					
3º de ESO ^a	16 (66,7)	8(33,3)	3 (15,0)	17 (85,0)	0,0008
4º de ESO ^a	15 (53,6)	13(46,4)	1 (3,7)	26 (96,3)	0,0001
Bachiller	34 (57,6)	25(42,4)	0 (0,0)	62 (100)	0,0000
Jardinería	18 (75,0)	6 (25,0)	0 (0,0)	12 (100)	0,0000
Adaptación escolar	7 (58,3)	5 (41,7)	1 (10,0)	9 (90,0)	0,0310
Oficios	43 (67,2)	21(32,8)	5 (7,2)	64 (92,8)	0,0000
Total	133(63,0)	78(37,0)	10 (5,0)	190(95,0)	
Número de sesiones impartidas, (% nº sesiones)					
1	27 (73,0)	10(27,0)	25(67,6)	12 (32,4)	NS
4	133(63,0)	78(37,0)	10 (5,0)	190(95,0)	0,0000

^a Educación Secundaria Obligatoria

En el grupo de bachiller, 6 de cada 10 de los alumnos/as reflejó en el test la información basada en el mito frente al 4 de cada 10 que discriminó la información; mientras que en el retest, el 100% consiguió la desmitificación. En el grupo de jardinería, el 8 de cada 10 alumnos/as reflejó en el test la información basada en el mito frente a 2 de cada 10 que discriminó la información; mientras que en el retest, la totalidad de alumnos consiguió la desmitificación. En el grupo de adaptación escolar, 6 de cada 10 alumnos/as reflejó en el test la información basada en el mito frente a 4 de cada 10 que discriminó la información; mientras que en el retest, se mantuvo en el mito el 10% de los alumnos frente a 9 de cada 10 alumnos/as que consiguió la desmitificación. En el grupo de oficios, 7 de cada 10 alumnos/as reflejó en el test la información basada en el mito frente a 3 de cada 10 que discriminó la información; mientras que en el retest, se mantuvo en el mito el 7% de los alumnos frente a los 9 de cada 10 alumnos/as que consiguió la desmitificación. Si analizamos la desmitificación según el número de sesiones

impartidas, observamos que de los alumnos que recibieron una sola sesión, 7 de cada 10 alumnos en el test tenían la información basada en el mito frente a 3 de cada 10 que discriminó la información y en el retest, se mantuvo en el mito en 7 de cada 10 alumnos/as frente a 3 de cada 10 que consiguió la desmitificación, sin constatar significación estadística. Sin embargo en los alumnos que recibieron 4 sesiones educativas, se observó que de los 4 de cada 10 alumnos/as que no tenían información basada en el mito en el test, pasaron en el retest a no tenerla 9 de cada 10 alumnos/as, observando una significación estadística a favor de la intervención con más sesiones ($p=0,0000$).

4.7.4 Comparación de valores test/retest en las variables secundarias comparando test retest, por datos independientes a nivel global , sexo, nivel educativo, curso de procedencia y número de sesiones impartidas.

Se acepto que hubiera 3 de las 5 preguntas que correspondían a valores que estuvieran contestadas con las respuestas propuestas.

En referencia al análisis de valores comparando test/retest en el grupo total, se observó que 4 de cada 10 alumnos/as ya los poseían, frente al retest que mejoró en 8 de cada 10, con una significación estadística a favor de la intervención educativa ($p=0,0000$). Con respecto al sexo, 3 de cada 10 hombres en el test, ya tenían los valores propuestos mejorando en el retest hasta 7 de cada 10. En referencia a las mujeres, 5 de cada 10 mujeres ya tenían los valores propuestos en el test mejorando hasta 8 de cada 10 mujeres en el retest, observando una significación estadística a favor de la intervención educativa en ambos casos ($p=0,0000$ y $p=0,0000$ respectivamente). Referente al nivel educativo, en el grupo de escolarización normal, 4 de cada 10 alumnos/as reflejó en el test que poseían valores mejorando en el retest hasta 7 de cada 10 alumnos. La misma tendencia se observó en el grupo de fracaso escolar, que pasaron de 3 de cada 10 en el test a 8 de cada 10 en el retest, y el grupo de los discapacitados, que pasaron de 3 de cada 10 en el test al 100% en el retest, observando una significación estadística a favor de la intervención educativa ($p=0,0000$, $p=0,0000$, $p=0,0000$ respectivamente).

Tabla 21: Comparación de valores test/retest en las variables secundarias comparando test retest, por datos independientes a nivel global , sexo, nivel educativo, curso de procedencia y número de sesiones impartidas.

Variables	Valores Test		Valores Retest		p
	Si n (%)	No n (%)	Si n (%)	No n (%)	
Grupo total n (%)	92 (37,1)	156 (62,9)	182 (77,1)	54 (22,9)	0,0000
Sexo					
Hombres	48 (30,4)	110 (69,6)	107 (74,8)	36 (25,2)	0,0000
Mujeres	44(48,9)	46 (51,1)	75 (80,6)	18 (19,4)	0,0000
Nivel educativo n(%)					
Escolarización normal	58(39,2)	90(60,8)	107 (73,8)	38 (26,2)	0,0000
Fracaso escolar	26(34,2)	50(65,8)	63 (79,7)	16 (20,3)	0,0000
Discapacitados	8(33,3)	16(66,7)	12 (100,0)	0 (0,0)	0,0000
Curso de procedencia n(%)					
3º de ESO ^a	19 (31,1)	42(68,9)	24 (42,1)	33 (57,9)	NS
4º de ESO ^a	8 (28,6)	20 (71,4)	25 (92,6)	2 (7,4)	0,0000
Bachiller	31 (52,5)	28 (47,5)	58 (95,1)	3 (4,9)	0,0000
Jardinería	8 (33,3)	16 (66,7)	12 (100,0)	0 (0,0)	0,0000
Adaptación escolar	3 (25,0)	9 (75,0)	7 (70,0)	3 (30,0)	NS
Oficios	23 (35,9)	41 (64,1)	56 (81,2)	13 (18,8)	0,0000
Número de sesiones impartidas n (%)					
1	10 (27,0)	27 (73,0)	11 (29,7)	26 (70,3)	NS
4	82 (38,9)	129(61,1)	171 (85,9)	28 (14,1)	0,0000

^a Educación Secundaria Obligatoria

Respecto al curso de procedencia en relación a los valores observamos que todos mejoran en el retest , aunque en el curso de 3º de ESO y adaptación escolar la mejora no observó significación estadística. En el curso de 4º de ESO, mejoraron los valores y pasaron de 3 de cada 10 en el test, a 9 de cada 10 en el retest a mejorarlos, los de bachiller pasaron de 5 de cada 10 en el test a 9 de cada 10 en el retest , los de jardinería que pasaron de 3 de cada 10 en el test a 10 de cada 10 en el retest, finalmente el curso de oficios que de 3 de cada 10 en el test pasaron a 8 de cada 10 en el retest con una significación a favor de la intervención educativa (p= 0,0000 p= 0,0000, p= 0,0000 y p= 0,0000 respectivamente). Los alumnos/as de adaptación escolar pasaron de 2 de cada 10 en el test a mejorarlos en 7 de cada 10 en el retest, sin observar significación estadística.

Si se analiza según el número de sesiones, al grupo que se le impartió 1 sesión, no variaron los valores ni en el test ni en el retest sin observar significación estadística. El grupo que recibió 4 sesiones, sin embargo mejoraron sus valores ya que de 4 de cada 10 alumnos/as en el test que los tenían, pasaron a 8 de cada 10 en el retest, con una significación a favor de la intervención con más sesiones ($p=0,0000$).

4.7.5 Comparación test/retest de actitudes saludables en las variables secundarias por datos independientes a nivel global, sexo y por número de sesiones.

Se aceptó como válido para considerar que hubiera una actitud saludable el alumno/a que creía que mantendría relaciones sexuales con preservativo desde el inicio.

Según observamos en la tabla 22, en referencia a los resultados de actitudes saludables, comparando test/retest en el grupo total, se observó que 4 de cada 10 alumnos/as que las tienen pasan a 8 de cada 10 que las tienen en el retest, con una significación estadística a favor de la intervención educativa ($p=0,0000$).

Tabla 22: Comparación test/retest de actitudes saludables en las variables secundarias por datos independientes a nivel global, género y por número de sesiones.

Grupo y variables	Test		Retest		p
	Si n %	No n %	Si n%	No n%	
Grupo total n (%)	64 (40,8)	93 (59,2)	111 (78,4)	30 (21,3)	0,0000
Sexo n (%)					
Hombres	30 (35,3)	55 (64,7)	58 (81,7)	13 (18,3)	0,0000
Mujeres	34 (47,2)	38 (52,8)	53 (75,7)	17 (24,3)	0,0009
1 Sesión n (%)	2 (6,7)	28 (93,3)	10 (33,3)	20 (66,7)	0,0238
4 Sesiones n (%)	62 (48,8)	65 (51,2)	101 (91,0)	10 (9,0)	0,0000

Con respecto al sexo, 3 de cada 10 hombres tienen actitudes saludables en el test, mejorando en el retest hasta 8 de cada 10. En referencia a las mujeres, 5 de cada 10 mujeres ya tenían actitudes saludables en el test mejorando hasta 8 de cada 10 mujeres en el retest, observando una significación estadística a favor de la intervención educativa en ambos casos ($p=0,0000$ y $p=0,0009$ respectivamente).

Analizando las sesiones, la intervención educativa con 1 sesión, 1 de cada 10 alumnos/as tenían actitudes saludables en el test y 3 de cada 10 en el retest. La intervención educativa con 4 sesiones refleja que 5 de cada 10 alumnos/as en el test y 9 de cada 10 en el retest, tenían actitudes saludables ($p= 0,0238$ y $p= 0,0000$, respectivamente).

4.7.5.1 Comparación test/retest de actitudes saludables en las variables secundarias, según el nivel educativo y según el curso de procedencia.

En la tabla 23, se observa en referencia al nivel educativo, que en el grupo de escolarización normal, 4 de cada 10 alumnos/as reflejó en el test actitudes saludables, mientras que en el retest, aseguraban actitudes saludables 7 de cada 10. Se observó la misma tendencia en el resto de grupos, así pues, en el de fracaso escolar, la mitad en el test tenían una conducta saludable y aumentó a 9 de cada 10, en el retest y, en el grupo de los discapacitados, pasaron de la mitad de los alumnos/as en el test a la totalidad en el retest. En todos se observa variación estadísticamente significativa ($p=0,0000$, $p=0,0054$ y $p=0,0480$, respectivamente).

Tabla 23: Comparación test/retest de actitudes saludables en las variables secundarias, según el nivel educativo y según el curso de procedencia.

Grupo y variables	Test		Retest		p
	Si n %	No n %	Si n%	No n%	
Nivel educativo n (%)					
Escolarización normal	44 (37,9)	72 (62,1)	84 (75,0)	28 (25,0)	0,0000
Fracaso escolar	12 (50,0)	12 (50,0)	21 (91,3)	2 (8,7)	0,0054
Discapacitados	8 (47,1)	9 (52,9)	6 (100,0)	0 (0,0)	0,0480
Curso de procedencia n (%)					
3º ESO ^a	5 (10,4)	43 (89,6)	19 (40,4)	28 (59,6)	0,0017
4º ESO ^a	8 (36,4)	14 (32,6)	21 (100,0)	0 (0,0)	0,0000
Bachiller	31 (67,4)	15 (32,6)	44 (100,0)	0 (0,0)	0,0001
Jardinería	8 (47,1)	9 (52,9)	6 (100,0)	0 (0,0)	0,0480
Adaptación escolar	0 (0,0)	1 (100,0)			
Oficios	12 (52,2)	11 (47,8)	21 (91,3)	2 (8,7)	0,0088

^a Educación Secundaria Obligatoria

En el grupo de 3º de ESO, 1 alumno/a de cada 10, reflejó en el test actitudes saludables frente a 4 de cada 10 en el retest ($p=0,0017$).

En el test, en el grupo de 4º de ESO, 4 de cada 10 alumnos/as reflejó que disponían de actitudes saludables, 5 de cada 10 alumnos/as de jardinería y 7 de cada 10 alumnos/as de bachiller frente a la totalidad en el retest ($p=0,0000$, $p=0,0480$ y $p=0,0001$, respectivamente). El curso de oficios contestó en el test poseer actitudes saludables, 5 de cada 10 alumnos/as frente a 9 de cada 10 en el retest, después de la intervención educativa ($p=0,0088$). Finalmente el curso de adaptación escolar, en el retest no hubo ningún alumno/a que contestara si había adquirido actitudes saludables, puesto que el 91,6% (11 de 12 alumnos/as) ya habían mantenido relaciones sexuales con penetración.

4.7.6 Comparación test/retest de comportamiento saludable en las variables secundarias por datos independientes a nivel global, sexo y por número de sesiones.

Se aceptó como válido para considerar que había un comportamiento saludable mantener relaciones sexuales con preservativo desde el inicio.

En el total del grupo, se observó un comportamiento saludable en 1 de cada 10 alumnos/as en el test y en 8 de cada 10 en el retest ($p= 0,0000$). Respecto al sexo, de 1 de cada 10 hombres y 1 de cada 10 mujeres en el test tuvieron un comportamiento saludable, pasando a 8 de cada 10 en el retest tanto en hombres como en mujeres ($p= 0,0000$ y $p= 0,0001$ respectivamente).

Tabla 24: Variables secundarias de comportamiento saludable test/retest por datos independientes a nivel global, sexo y por número de sesiones.

Grupo y variables	Test		Retest		p
	Si n %	No n %	Si n%	No n%	
Grupo total n (%)	11 (12,2)	79 (87,9)	77 (81,9)	17 (18,1)	0,0000
Sexo n (%)					
Hombres	9 (12,5)	63 (87,5)	60 (83,3)	12 (16,7)	0,0000
Mujeres	2 (11,1)	16 (88,9)	17 (77,3)	5 (22,7)	0,0001
1 Sesión n (%)	0 (0,0)	7 (100,0)	1 (14,3)	6 (85,7)	NS
4 Sesiones n (%)	11 (13,3)	72 (86,7)	76 (87,4)	11 (12,6)	0,0000

Analizando las sesiones, la intervención educativa con 1 sesión, ningún alumno/a tenía un comportamiento saludable en el test, pasando a tenerlo 1 de cada 10 en el retest, sin observar significación estadística. La intervención educativa con 4 sesiones refleja que 1 de cada 10 alumnos/as en el test y 9 de cada 10 en el retest, tenían comportamiento saludable ($p=0,000$).

4.7.6.1 Comparación de comportamiento saludable test/retest en las variables secundarias según el nivel educativo y según el curso de procedencia.

En la tabla 25, se observa en referencia al nivel educativo, que en el grupo de escolarización normal, 1 de cada 10 alumnos/as reflejó en el test comportamientos saludables, mientras que en el retest, aseguraban tener un comportamiento saludable 8 de cada 10. Se observó la misma tendencia en el resto de grupos, así pues, en el de fracaso escolar, 2 de cada 10 tenían un comportamiento saludable y aumento a 9 de cada 10 en el retest y, en el grupo de los discapacitados, pasaron de no tenerlo en el test a tenerlo todos en el retest. En todos se observó variación estadísticamente significativa hacia el comportamiento saludable ($p=0,0000$, $p=0,0000$ y $p=0,0101$ respectivamente).

Tabla 25: Variable secundaria del comportamiento saludable test/retest por datos independientes a nivel global, según el nivel educativo y según curso de procedencia.

Grupo y variables	Test		Retest		p
	Si n %	No n %	Si n%	No n%	
Nivel educativo n (%)					
Escolarización normal	1 (3,2)	30 (96,8)	25 (75,8)	8 (24,2)	0,0000
Fracaso escolar	10 (19,2)	42 (80,8)	48 (85,7)	8 (14,3)	0,0000
Discapacitados	0 (0,0)	7 (100,0)	4 (80,0)	1 (20,0)	0,0101
Curso de procedencia n (%)					
3º ESO ^a	1 (8,3)	11 (91,7)	4 (40,0)	6 (60,0)	NS
4º ESO ^a	0 (0,0)	6 (100,0)	4 (80,0)	1 (20,0)	0,0151
Bachiller	0 (0,0)	13 (100,0)	17 (94,4)	1 (5,6)	0,0000
Jardinería	0 (0,0)	7 (100,0)	4 (80,0)	1 (20,0)	0,0101
Adaptación escolar	0 (0,0)	11 (100,0)	8 (80,0)	2 (20,0)	0,0002
Oficios	10 (24,1)	31 75,6)	40 (97,0)	6 (13,0)	0,0000

^a Educación Secundaria Obligatoria

Respecto al curso de procedencia en relación al comportamiento saludable observamos que todos mejoraron hacia la adopción de un comportamiento saludable. Así en el grupo de 3º de ESO, 1 alumno/a de cada 10, reflejó en el test un comportamiento saludable frente a 4 de cada 10 en el retest sin constatar significación estadística. En el test, en el grupo de 4º de ESO, bachiller, jardinería y adaptación escolar, ningún alumno/a observó que tenía un comportamiento saludable, pasando a adquirirlo en el retest en 8 de cada 10 alumnos/as de 4º de ESO, 9 de cada 10 alumnos/as de bachiller y en 8 de cada 10 de los alumnos/as de jardinería y adaptación escolar. Constatando así significación estadística a favor del comportamiento saludable después de la intervención educativa ($p=0,0151$, $p=0,0000$, $p=0,0101$, $0,0002$ respectivamente). Finalmente el curso de oficios que 2 de cada 10 en el test contestó tener un comportamiento saludable, frente 10 de cada 10 en el retest, después de la intervención educativa ($p=0,0000$).

4.8 Impacto de la dinámica de los gigantes encantados en la utilización del preservativo.

En la tabla 26, en referencia a los resultados de los aspectos a valorar en la dinámica de los gigantes encantados se observó que inicialmente a la sesión, prácticamente la totalidad de los alumnos/as no miraron la fecha de caducidad del preservativo y posteriormente a la sesión, 8 de cada 10 lo hicieron obteniendo significación estadística ($p=0,0000$) a favor de la intervención. Abrieron correctamente el envase del preservativo al inicio de la intervención 1 de cada 10 alumnos/as, pasando a 9 de cada 10 después de la sesión con una significación estadística ($p=0,0000$) a favor de la intervención. Solo 2 alumnos/as valoraron defectos del preservativo antes de la intervención pasando a hacerlo 7 de cada 10 alumnos después de la sesión con una significación estadística ($p=0,0000$) a favor de la intervención. 1 alumno/a valoró la consistencia del material al inicio de la intervención, pasando a 5 de cada 10 después de la sesión con una significación estadística ($p=0,0000$) a favor de la intervención.

Tabla 26: Validez de la dinámica de los gigantes encantados en la utilización del preservativo.

Aspectos a valorar	Antes		Después		p
	Correcto (n %)	No correcto n (%)	Correcto (n %)	No correcto n (%)	
Mirar fecha de caducidad	3 (3,5)	83 (96,5)	72 (83,7)	14 (16,3)	0,0000
Apertura correcta	12 (13,9)	74 (86,1)	75 (87,2)	11(12,8)	0,0000
Valorar defectos visibles	2 (2,3)	84 (97,7)	60 (69,8)	26 (30,2)	0,0000
Valorar consistencia material	1 (1,1)	85 (98,9)	47 (54,7)	39 (45,3)	0,0000
Eliminar aire	5 (5,9)	81 (94,1)	73 (84,9)	13 (15,1)	0,0000
Formar depósito	7 (8,1)	79 (91,9)	66 (76,7)	20 (23,25)	0,0000
Colocación correcta	31 (36,0)	55 (64,0)	75 (87,2)	11 (12,8)	0,0000
Retirar y comprobar	2 (2,3)	84 (97,7)	63 (73,2)	23 (26,8)	0,0000
Se rompen	12 (13,9)	74 (86,1)	3 (3,4)	83 (96,6)	0,0277
Se colocan al revés	22 (25,6)	64 (74,4)	6 (6,9)	80 (93,1)	0,0016

Se observó que antes de la intervención 1 de cada 10 alumnos eliminó el aire pasando a hacerlo 8 de cada 10 después de la sesión educativa , formaron el depósito correctamente 1 de cada 10 pasando a hacerlo 8 de cada 10 después de la sesión, la colocación correcta del preservativo en los gigantes encantados lo hicieron 4 de cada 10 alumnos/as antes de la sesión educativa pasando a hacerlo 9 de cada 10 después de la sesión, no retiraron y comprobaron el preservativo 10 de cada 10 alumnos/as antes de la sesión educativa, pasando a no hacerlo en 3 de cada 10, con una significación estadística ($p=0,0000$, $p=0,0000$, $p=0,0000$, $p=0,0000$ respectivamente) a favor de la intervención.

Finalmente un 12% de alumnos rompió el preservativo al colocarlo en los gigantes encantados al inicio de la sesión pasando a hacerlo un 3,4% después y los colocaron al revés un 25% de alumnos/as al inicio de la sesión pasando a un 6,9% al finalizarla, con una significación estadística ($p=0,0277$, $p=0,0016$) a favor de la intervención.

4.9 Análisis de datos aparejados test/retest

4.9.1 Comparaciones test/retest con datos aparejados de conocimientos en alumnos que no han iniciado relaciones sexuales con penetración.

En el total del grupo, se observó una mejora estadísticamente significativa respecto a la pregunta – sé que es la píldora postcoital-, después de la intervención educativa, tabla 27.

Tabla 27: Comparación test/retest con datos aparejados de la pregunta que es la píldora postcoital

		Se qué es la píldora postcoital			p
		Retest		Total n (%)	
		Si n (%)	No n (%)		
Se qué es la píldora postcoital					
Test					
	Si	91 (56,2%)	1 (0,6%)	92 (56,8%)	
	No	47 (29,0%)	23 (14,2%)	70 (43,2%)	
Total		138 (85,2%)	24 (14,2%)	162 (100,0%)	0,000

Tabla 28: Comparación test/retest con datos aparejados de la pregunta se que es la píldora postcoital, a nivel global, sexo, nivel educativo, curso de procedencia y número de sesiones.

		No varían	Mejoran	Empeoran	p
		n (%)	n (%)	n (%)	
Grupo total		114 (70,4%)	47 (29,0%)	0,6 (1,0%)	0,000
Sexo					
	Hombres	70 (66,1%)	35 (33,0%)	1 (0,9%)	0,000
	Mujeres	44 (78,6%)	12 (21,4%)	0 (0,0%)	0,000
Nivel educativo					
	Escolarización normal	83 (85,6%)	14 (14,4%)	0 (0,0%)	0,000
	Fracaso escolar	27 (49,1%)	27 (49,1%)	1 (1,8%)	0,000
	Discapacitados	4 (40,0%)	6 (60,0%)	0 (0,0%)	0,031
Curso de procedencia					
	3º de ESO ^a	48 (85,7%)	8 (14,3%)	0 (0,0%)	0,008
	4º de ESO ^a	24 (88,9%)	3 (11,1%)	0 (0,0%)	
	Bachiller	11 (78,6%)	3 (21,4%)	0 (0,0%)	
	Jardinería	4 (40,0%)	6 (60,0%)	0 (0,0%)	0,031
	Adaptación escolar	7 (70,0%)	3 (30,0%)	0 (0,0%)	
	Oficios	20 (44,4%)	24 (53,3%)	1 (2,3%)	0,000
Número de sesiones impartidas					
	1 sesión	34 (91,9%)	3 (8,1%)	0 (0,0%)	NS
	4 sesiones	80 (64,0%)	44 (35,2%)	1 (0,8%)	0,000

^a Educación Secundaria Obligatoria

En la tabla 28, se observó en referencia a la pregunta - sé que es la píldora postcoital -, que 3 de cada 10 alumnos/as mejoró el conocimiento observando una mejora significativa después de la intervención educativa.

En referencia al sexo, mejoraron 3 de cada 10 hombres y 2 de cada 10 mujeres, observando significación estadística en ambos sexos ($p=0,0000$). Referente al nivel educativo, en el grupo de escolarización normal mejoraron 1 de cada 4 alumnos/as, en el grupo de fracaso escolar, mejoraron 5 de cada 10 y finalmente el grupo de los discapacitados que mejoraron 6 de cada 10, observando una significación estadística a favor de la intervención educativa ($p=0,000$, $p=0,000$, $p=0,031$ respectivamente).

Respecto al curso de procedencia el grupo de 3º de ESO, mejoraron 1 alumno/a de cada 10, observando significación estadística ($p=0,008$). En el grupo de 4º de ESO mejoraron 1 de cada 10 alumnos/as, en bachiller 2 de cada 10 y en adaptación escolar 3 de cada 10, no pudiendo calcular la significación estadística por haber ceros en varias casillas. Finalmente en jardinería mejoraron 6 de cada 10 alumnos/as y en oficios 5 de cada 10 constatando ambos significación estadística ($p=0,031$ y $0,000$ respectivamente).

Si se analiza según el número de sesiones, al grupo que se le impartió 1 sesión se observó una mejoría del 8% sin constatar significación estadística. El grupo que recibió 4 sesiones, sin embargo mejoraron 3 de cada 10 alumnos/as con una significación estadística favor de la intervención con más sesiones ($p=0,000$).

En la tabla 29, en el total del grupo, se observó una mejora estadísticamente significativa respecto a la pregunta – la primera vez no utilizaré ningún método anticonceptivo -, después de la intervención educativa.

Tabla 29: Comparación test/retest con datos aparejados de la pregunta - la primera vez no utilizaré ningún método anticonceptivo -.

	La primera vez no utilizaré ningún método anticonceptivo			p
	Retest			
	Si n (%)	No n (%)	Total n (%)	
La primera vez no utilizaré ningún método anticonceptivo. Test				
Si	14 (10,9%)	42 (32,8%)	56 (43,8%)	
No	0 (0,0%)	72 (56,3%)	72 (56,3%)	
Total	14 (10,9%)	114 (89,1%)	128 (100,0%)	0,000

En la tabla 30, se observó en referencia a la pregunta - la primera vez no utilizaré ningún método anticonceptivo -, que 3 de cada 10 alumnos/as mejoró el conocimiento observando una mejora significativa después de la intervención educativa.

Tabla 30: Comparación test/retest con datos aparejados de la pregunta la primera vez no utilizaré ningún método anticonceptivo, a nivel global, sexo, nivel educativo, curso de procedencia y número de sesiones.

		No varían	Mejoran	Empeoran	p
		n (%)	n (%)	n (%)	
Grupo total		86 (67,2%)	42 (32,8%)	0 (0,0%)	0,000
Sexo					
	Hombres	37 (57,8%)	27 (42,2%)	0 (0,0%)	0,000
	Mujeres	49 (76,6%)	15 (23,4%)	0 (0,0%)	0,000
Nivel educativo					
	Escolarización normal	69 (65,1%)	37 (34,9%)	0 (0,0%)	0,000
	Fracaso escolar	14 (82,4%)	3 (17,6%)	0 (0,0%)	
	Discapacitados	2 (40,0%)	3 (60,0%)	0 (0,0%)	
Curso de procedencia					
	3º de ESO ^a	23 (48,9%)	24 (51,1%)	0 (0,0%)	0,000
	4º de ESO ^a	10 (47,6%)	11 (52,4%)	0 (0,0%)	
	Bachiller	36 (94,7%)	2 (5,3%)	0 (0,0%)	
	Jardinería	3 (60,0%)	2 (40,0%)	0 (0,0%)	
	Adaptación escolar				
	Oficios	14 (82,4%)	3 (17,6%)	0 (0,0%)	
Número de sesiones impartidas					
	1 sesión	17 (56,7%)	13 (43,3%)	0 (0,0%)	0,000
	4 sesiones	69 (70,4%)	29 (29,6%)	0 (0,0%)	0,000

^a Educación Secundaria Obligatoria

En referencia al sexo, mejoraron 4 de cada 10 hombres y 2 de cada 10 mujeres, observando significación estadística en ambos sexos ($p=0,0000$). Referente al nivel educativo, en el grupo de escolarización normal mejoraron 3 de cada 10 alumnos/as, observando significación estadística ($p=0,000$). En el grupo de fracaso escolar, mejoraron 2 de cada 10 y finalmente el grupo de los discapacitados que mejoraron 6 de cada 10, no pudiendo calcular la significación estadística por haber ceros en varias casillas. Respecto al curso de procedencia el grupo de 3º de ESO, mejoraron 5 alumnos/as de cada 10, observando significación estadística ($p=0,000$). En el grupo de 4º de ESO mejoraron 5 de cada 10 alumnos/as, en bachiller un 5% , en jardinería mejoraron 4 de cada 10 alumnos/as y en oficios 2 de cada 10 , no pudiendo calcular la significación estadística por haber ceros en varias casillas. Si se analiza según el número de sesiones, al grupo que se le impartió 1 sesión se observó que mejoraron 4 de cada 10 y el grupo que recibió 4 sesiones mejoraron 3 de cada 10 alumnos/as con una significación estadística en los dos grupos de ($p=0,000$).

En la tabla 31, en el total del grupo, se observó una mejora estadísticamente significativa ($p=0,000$), respecto a la pregunta – la primera vez utilizaré preservativo desde el inicio de las relaciones sexuales -, después de la intervención educativa.

Tabla 31: Comparación test/retest con datos aparejados de la pregunta la primera vez utilizaré preservativo desde el inicio de las relaciones sexuales.

	La 1ª vez utilizaré el preservativo desde el inicio			p
	Retest			
	Si n (%)	No n (%)	Total n (%)	
La 1ª vez utilizaré el preservativo desde el inicio. Test				
Si	75 (58,6%)	0 (0,0%)	75 (58,6%)	
No	31 (24,2%)	22 (17,2%)	53 (41,4%)	
Total	106 (82,8%)	22 (17,2%)	128 (100,0%)	0,000

Tabla 32: Comparación test/retest con datos aparejados de la pregunta la primera utilizaré preservativo desde el inicio de las relaciones sexuales, a nivel global, sexo, nivel educativo, curso de procedencia y número de sesiones.

	No varían n (%)	Mejoran n (%)	Empeoran n (%)	p
Grupo total	97 (75,8%)	31 (24,2%)	0 (0,0%)	0,000
Sexo				
Hombres	45 (70,3%)	19 (29,7%)	0 (0,0%)	0,000
Mujeres	52 (81,2%)	12 (18,8%)	0 (0,0%)	0,000
Nivel educativo				
Escolarización normal	83 (78,3%)	23 (21,7%)	1 (20,0%)	0,000
Fracaso escolar	13 (76,5%)	4 (23,5%)	0 (0,0%)	
Discapacitados	1 (20,0%)	4 (80,0%)	0 (0,0%)	
Curso de procedencia				
3º de ESO ^a	41 (87,2%)	6 (12,8%)	0 (0,0%)	NS
4º de ESO ^a	13 (61,9%)	8 (38,1%)	0 (0,0%)	
Bachiller	29 (73,3%)	9 (23,7%)	0 (0,0%)	
Jardinería	1 (20,0%)	4 (80,0%)	0 (0,0%)	
Adaptación escolar				
Oficios	13 (76,5%)	4 (23,5%)	0 (0,0%)	
Número de sesiones impartidas				
1 sesión	29 (96,7%)	1 (3,3%)	0 (0,0%)	NS
4 sesiones	68 (69,4%)	30 (30,6%)	0 (0,0%)	0,000

^a Educación Secundaria Obligatoria

En la tabla 32, se observó en referencia a la pregunta - la primera utilizaré preservativo desde el inicio de las relaciones sexuales -, que 2 de cada 10 alumnos/as mejoró el conocimiento observando una mejora significativa después de la intervención educativa. En referencia al sexo, mejoraron 3 de cada 10 hombres y 2 de cada 10 mujeres, observando significación estadística en ambos sexos ($p=0,0000$). Referente al nivel educativo, en el grupo de escolarización normal mejoraron 2 de cada 10 alumnos/as, observando significación estadística ($p=0,000$). En el grupo de fracaso escolar, mejoraron 2 de cada 10 y finalmente el grupo de los discapacitados que mejoraron 8 de cada 10, no pudiendo calcular la significación estadística por haber ceros en varias casillas. Respecto al curso de procedencia el grupo de 3º de ESO, mejoraron 1 alumnos/as de cada 10, sin observar significación estadística. En el grupo de 4º de ESO mejoraron 4 de cada 10 alumnos/as, en bachiller un 2 de cada 10, en jardinería mejoraron 8 de cada 10 alumnos/as y en oficios 2 de cada 10, no pudiendo calcular la significación estadística por haber ceros en varias casillas.

Si se analiza según el número de sesiones, al grupo que se le impartió 1 sesión mejoraron un 3%, sin constatar significación estadística y el grupo que recibió 4 sesiones mejoraron 3 de cada 10 alumnos/as observando una significación estadística ($p=0,000$).

En la tabla 33, en el total del grupo, se observó una mejora estadísticamente significativa respecto a la pregunta – La primera vez utilizaré pastillas anticonceptivas -, después de la intervención educativa.

Tabla 33: Comparación test/retest con datos aparejados de la pregunta la primera vez utilizaré pastillas anticonceptivas.

	La primera vez utilizaré pastillas anticonceptivas			p
	Retest			
	Si n (%)	No n (%)	Total n (%)	
La primera vez utilizaré pastillas anticonceptivas. Test				
Si	14 (10,9%)	17 (13,3%)	31 (24,2%)	
No	2 (1,6%)	95 (74,2%)	97 (75,8%)	
Total	16 (12,5%)	112 (87,5%)	128 (100,0%)	0,001

En la tabla 34, se observó en referencia a la pregunta - La primera vez utilizaré pastillas anticonceptivas -, que 1 de cada 10 alumnos/as mejoró el conocimiento observando una mejora significativa después de la intervención educativa ($p=0,001$).

Tabla 34: Comparación test/retest con datos aparejados de la pregunta la primera vez utilizaré pastillas anticonceptivas, a nivel global, sexo, nivel educativo, curso de procedencia y número de sesiones.

	No varían n (%)	Mejoran n (%)	Empeoran n (%)	p
Grupo	109 (85,1%)	17 (13,3%)	2 (1,6%)	0,001
Sexo				
Hombres	54 (84,3%)	9 (14,1%)	1 (1,6%)	0,039
Mujeres	55 (85,9%)	8 (12,5%)	1 (1,6%)	0,021
Nivel educativo				
Escolarización normal	89 (84,0%)	15 (14,1%)	2 (1,9%)	0,002
Fracaso escolar	16 (94,1%)	1 (5,9%)	0 (0,0%)	NS
Discapacitados	4 (80,0%)	1 (20,0%)	0 (0,0%)	
Curso de procedencia				
3º de ESO ^a	39 (83,0%)	6 (12,7%)	2 (4,3%)	NS
4º de ESO ^a	18 (85,7%)	3 (14,3%)	0 (0,0%)	
Bachiller	32 (84,2%)	6 (15,8%)	0 (0,0%)	
Jardinería	4 (80,0%)	1 (20,0%)	0 (0,0%)	
Adaptación escolar				
Oficios	16 (94,1%)	1 (5,9%)	0 (0,0%)	NS
Número de sesiones impartidas				
1 sesión	25 (83,3%)	3 (10,0%)	2 (6,7%)	NS
4 sesiones	84 (85,7%)	14 (14,3%)	0 (0,0%)	0,000

^a Educación Secundaria Obligatoria

En referencia al sexo, mejoraron 1 de cada 10 hombres y 1 de cada 10 mujeres, observando significación estadística ($p=0,039$ y $p=0,021$ respectivamente).

Referente al nivel educativo, en el grupo de escolarización normal mejoraron 1 de cada 10 alumnos/as, observando significación estadística ($p=0,002$). En el grupo de fracaso escolar, mejoraron un 5% no observando significación estadística y finalmente el grupo de los discapacitados que mejoraron 2 de cada 10, no pudiendo calcular la significación estadística por haber ceros en varias casillas. Respecto al curso de procedencia el grupo de 3º de ESO, mejoraron 1 alumnos/as de cada 10, sin observar significación estadística. En el grupo de 4º de ESO mejoraron 1 de cada 10 alumnos/as, en bachiller 1 de cada 10 en jardinería mejoraron 2 de cada 10 alumnos/as no pudiendo calcular la significación estadística por haber ceros en varias casillas. Finalmente en oficios mejoró un 5% sin observar significación estadística. Si se analiza según el número de sesiones, al grupo que se le impartió 1 sesión mejoraron un 1 de cada 10 alumnos/as, sin constatar significación estadística y el grupo que recibió 4 sesiones mejoraron 1 de cada 10 alumnos/as observando significación estadística ($p=0,000$).

En la tabla 35, en el total del grupo, se observó una mejora estadísticamente significativa respecto a la pregunta – La primera vez utilizaré la marcha atrás-, después de la intervención educativa.

Tabla 35: Comparación test/retest con datos aparejados de la pregunta la primera vez utilizaré la marcha atrás.

		La primera vez utilizaré la marcha atrás			p
		Retest		Total n (%)	
		Si n (%)	No n (%)		
La primera vez utilizaré la marcha atrás					
Test	Si	7 (5,5%)	23 (18,0%)	30 (23,4%)	
	No	0 (0,0%)	98 (76,6%)	98 (76,6%)	
Total		7 (5,5%)	121 (94,5%)	128 (100,0%)	0,000

En la tabla 36, se observó en referencia a la pregunta - La primera vez utilizaré la marcha atrás -, que 2 de cada 10 alumnos/as mejoró el conocimiento observando una mejora significativa después de la intervención educativa ($p=0,000$).

Tabla 36: Comparación test/retest con datos aparejados de la pregunta la primera vez utilizaré la marcha atrás, a nivel global, sexo, nivel educativo, curso de procedencia y número de sesiones.

		No varían n (%)	Mejoran n (%)	Empeoran n (%)	p
Grupo		105 (82,0%)	23 (18,0%)	0 (0,0%)	0,000
Sexo					
	Hombres	49 (76,6%)	15 (23,4%)	0 (0,0%)	0,000
	Mujeres	56 (87,5%)	8 (12,5%)	0 (0,0%)	0,008
Nivel educativo					
	Escolarización normal	88 (83,0%)	18 (17,0%)	0 (0,0%)	0,000
	Fracaso escolar	13 (76,5%)	4 (23,4%)	0 (0,0%)	
	Discapacitados	4 (80,0%)	1 (20,0%)	0 (0,0%)	
Curso de procedencia					
	3º de ESO ^a	41 (97,2%)	6 (12,8%)	0 (0,0%)	0,031
	4º de ESO ^a	14 (66,7%)	7 (33,3%)	0 (0,0%)	
	Bachiller	33 (86,8%)	5 (13,2%)	0 (0,0%)	
	Jardinería	4 (80,0%)	1 (20,0%)	0 (0,0%)	
	Adaptación escolar				
	Oficios	13 (76,5%)	4 (23,5%)	0 (0,0%)	
Número de sesiones impartidas					
	1 sesión	26 (86,7%)	4 (13,3%)	0 (0,0%)	NS
	4 sesiones	79 (80,6%)	19 (19,4%)	0 (0,0%)	0,000

^a Educación Secundaria Obligatoria

En referencia al sexo, mejoraron 2 de cada 10 hombres y 1 de cada 10 mujeres, observando significación estadística ($p=0,000$ y $p=0,008$ respectivamente). Referente al nivel educativo, en el grupo de escolarización normal mejoraron 2 de cada 10 alumnos/as, observando significación estadística ($p=0,000$). En el grupo de fracaso escolar y discapacitados que mejoraron 2 de cada 10 no pudiendo calcular la significación estadística por haber ceros en varias casillas. Respecto al curso de procedencia el grupo de 3º de ESO, mejoraron 1 alumnos/as de cada 10, observando significación estadística ($p=0,031$). En el grupo de 4º de ESO mejoraron 3 de cada 10 alumnos/as, en bachiller 1 de cada 10 en jardinería mejoraron 2 de cada 10 alumnos/as y en oficios mejoraron 2 de cada 10, no pudiendo calcular la significación estadística por haber ceros en varias casillas. Si se analiza según el número de sesiones, al grupo que se le impartió 1 sesión mejoraron un 1 de cada 10 alumnos/as, sin constatar significación estadística y el grupo que recibió 4 sesiones mejoraron 2 de cada 10 alumnos/as observando significación estadística ($p=0,000$).

En este análisis, el grupo de adaptación escolar no tiene datos, ya que todos habían iniciado relaciones sexuales.

4.10 Comparaciones test/retest con datos aparejados de conocimientos en alumnos que ya han iniciado relaciones sexuales con penetración.

En el total del grupo, no se observó una mejora estadísticamente significativa respecto a la pregunta – no utilizo ningún método anticonceptivo -, tabla 36.

Tabla 37: Comparación test/retest con datos aparejados de la pregunta no utilizo ningún método anticonceptivo.

		No utilizo ningún método anticonceptivo			p
		Retest		Total n (%)	
		Si n (%)	No n (%)		
No utilizo ningún método anticonceptivo					
Test	Si	4 (5,2%)	4 (5,2%)	8 (10,4%)	
	No	2 (2,6%)	67 (87,0%)	69 (89,6%)	
Total		6 (7,8%)	71 (92,2%)	77 (100,0%)	NS

En la tabla 38, se observó en referencia a la pregunta – no utilizo ningún método anticonceptivo –, que un 5% de alumnos/as mejoró sin constatar una mejora significativa.

Tabla 38: Comparación test/retest con datos aparejados de la pregunta no utilizo ningún método anticonceptivo, a nivel global, sexo, nivel educativo, curso de procedencia y número de sesiones.

	No varían n (%)	Mejoran n (%)	Empeoran n (%)	p
Grupo	71 (82,0%)	4 (5,2%)	2 (2,6%)	NS
Sexo				
Hombres	56 (91,8%)	4 (6,6%)	1 (1,6%)	NS
Mujeres	15 (93,8%)	0 (0,0%)	1 (6,2%)	NS
Nivel educativo				
Escolarización normal	27 (83,0%)	1 (3,6%)	0 (0,0%)	NS
Fracaso escolar	41 (91,2%)	2 (4,4%)	2 (4,4%)	NS
Discapacitados	3 (75,0%)	1 (25,0%)	0 (0,0%)	
Curso de procedencia				
3º de ESO ^a	8 (88,9%)	1 (11,1%)	0 (0,0%)	NS
4º de ESO ^a	6 (100,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	NS
Bachiller	13 (100,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	
Jardinería	3 (75,0%)	1 (20,0%)	0 (0,0%)	
Adaptación escolar	9 (90,0%)	0 (0,0%)	1 (10,0%)	
Oficios	32 (91,4%)	2 (5,7%)	1 (2,9%)	NS
Número de sesiones impartidas				
1 sesión	6 (85,7%)	1 (14,3%)	0 (0,0%)	NS
4 sesiones	65 (92,9%)	3 (4,2%)	2 (2,9%)	NS

^a Educación Secundaria Obligatoria

En referencia al sexo, 9 de cada 10 hombres y 9 de cada 10 mujeres, no variaron la respuesta en el test ni en el retest sin observar significación estadística. Referente al nivel educativo, en el grupo de escolarización normal mejoraron un 3% de alumnos/as y en el grupo de fracaso escolar un 4%, sin observar significación estadística. Finalmente el grupo de discapacitados que mejoraron 2 de cada 10 no pudiendo calcular la significación estadística por haber ceros en varias casillas. Respecto al curso de procedencia el grupo de 3º de ESO, mejoraron 1 alumnos/as de cada 10, en el curso de 4º de ESO, el 100% de alumnos no varió la respuesta y en oficios mejoraron un 5%, sin observar en ninguno de los cursos significación estadística, ya que mayoritariamente utilizaron algún método anticonceptivo. En bachiller, jardinería y adaptación escolar no se pudo calcular la significación estadística por haber ceros en varias casillas.

Si se analiza según el número de sesiones, al grupo que se le impartió 1 sesión mejoraron un 1 de cada 10 alumnos/as y el grupo que recibió 4 sesiones mejoraron un 4%, sin constatar significación estadística. Tanto los alumnos que recibieron 1 como 4 sesiones mayoritariamente decían que usaban algún método anticonceptivo.

En la tabla 39, se observó en el total del grupo, una mejora estadísticamente significativa respecto a la pregunta –utilizo pastillas anticonceptivas -, después de la intervención educativa a no utilizarlas.

Tabla 39: Comparación test/retest con datos aparejados de la pregunta utilizo pastillas anticonceptivas

		Utilizo pastillas anticonceptivas			p
		Retest		Total n (%)	
		Si n (%)	No n (%)		
Utilizo pastillas anticonceptivas					
Test	Si	10 (13,0%)	48 (62,3%)	58 (75,3%)	
	No	1 (1,3%)	18 (23,4%)	19 (24,7%)	
Total		11 (14,3%)	66 (85,7%)	77 (100,0%)	0,000

En la tabla 40, se observó en referencia a la pregunta – utilizo pastillas anticonceptivas -, que 6 de cada 10 alumnos/as mejoró observando una mejora significativa ($p=0,000$). En referencia al sexo, 6 de cada 10 hombres y 6 de cada 10 mujeres mejoraron constatando significación estadística ($p=0,004$ y $p=0,000$ respectivamente). Referente al nivel educativo, en el grupo de escolarización normal y fracaso escolar, mejoraron 6 de cada 10 de alumnos/as , constatando significación estadística ($p=0,000$ en ambos). Finalmente el grupo de discapacitados que mejoraron 7 de cada 10, no pudiendo calcular la significación estadística por haber ceros en varias casillas. Respecto al curso de procedencia el grupo de 3º de ESO, no variaron la respuesta en el total del grupo, en 4º de ESO mejoraron 4 de cada 10 alumnos, sin observar en ninguno de los dos significación estadística. En bachiller y jardinería no se pudo calcular la significación estadística por haber ceros en varias casillas. En el curso de adaptación escolar mejoraron 8 de cada 10 y en oficios 6 de cada 10 constatando ambos significación estadística, ($p=0,008$ y $p=0,004$ respectivamente).

Tabla 40: Comparación test/retest con datos aparejados de la pregunta utilizo pastillas anticonceptivas, a nivel global, sexo, nivel educativo, curso de procedencia y número de sesiones.

	No varían n (%)	Mejoran n (%)	Empeoran n (%)	p
Grupo	28 (36,4%)	48 (62,3%)	1 (1,3%)	0,000
Sexo				
Hombres	21 (34,5%)	39 (63,9%)	1 (1,6%)	0,004
Mujeres	7 (43,7%)	9 (56,3%)	0 (0,0%)	0,000
Nivel educativo				
Escolarización normal	12 (42,9%)	16 (57,1%)	0 (0,0%)	0,000
Fracaso escolar	15 (33,3%)	29 (64,4%)	1 (2,3%)	0,000
Discapacitados	1 (25,0%)	3 (75,0%)	0 (0,0%)	
Curso de procedencia				
3º de ESO ^a	9 (100,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	NS
4º de ESO ^a	3 (33,4%)	4(66,6%)	0 (0,0%)	NS
Bachiller	1 (7,7%)	12 (92,3%)	0 (0,0%)	
Jardinería	1 (25,0%)	3 (75,0%)	0 (0,0%)	
Adaptación escolar	2 (20,0%)	7 (70,0%)	1 (10,0%)	0,008
Oficios	12 (35,3%)	21 (61,8%)	1(2,9%)	0,004
Número de sesiones impartidas				
1 sesión	7 (100,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	NS
4 sesiones	21 (30,0%)	48 (68,6%)	1 (1,4%)	0,000

^a Educación Secundaria Obligatoria

Si se analiza según el número de sesiones, al grupo que se le impartió 1 sesión no varió la respuesta en la totalidad del grupo y el grupo que recibió 4 sesiones mejoraron 7 de cada 10 alumnos observando significación estadística . (p=0,000)

En la tabla 41, el total del grupo, respecto a la pregunta –utilizo preservativo desde el inicio -, se observó una mejora estadísticamente significativa hacia su utilización (p=0,000).

Tabla 41: Comparación test/retest con datos aparejados de la pregunta utilizo preservativo desde el inicio

		Utilizo preservativo desde el inicio			p
		Retest		Total n (%)	
		Si n (%)	No n (%)		
Utilizo preservativo desde el inicio					
Test	Si	14 (18,2%)	1 (1,3%)	15 (19,5%)	
	No	46 (59,7%)	16 (20,8%)	62 (80,5%)	
Total		60 (77,9%)	17 (22,1%)	77 (100,0%)	0,000

Tabla 42: Comparación test/retest con datos aparejados de la pregunta -utilizo preservativo desde el inicio -, a nivel global, sexo, nivel educativo, curso de procedencia y número de sesiones.

		No varían	Mejoran	Empeoran	p
		n (%)	n (%)	n (%)	
Grupo		30 (39,0%)	46 (59,7%)	1 (1,3%)	0,000
Sexo					
	Hombres	22 (36,0%)	38 (62,4%)	1 (1,6%)	0,000
	Mujeres	8 (50,0%)	8 (50,0%)	0 (0,0%)	0,008
Nivel educativo					
	Escolarización normal	11 (39,2%)	17 (60,8%)	0 (0,0%)	0,000
	Fracaso escolar	17 (37,8%)	27 (60,0%)	1 (2,2%)	0,000
	Discapacitados	2 (50,0%)	2 (50,0%)	0 (0,0%)	
Curso de procedencia					
	3º de ESO ^a	7 (77,8%)	2 (22,2%)	0 (0,0%)	NS
	4º de ESO ^a	3 (50,0%)	3 (50,0%)	0 (0,0%)	NS
	Bachiller	1 (7,7%)	12 (92,3%)	0 (0,0%)	
	Jardinería	2 (50,0%)	2 (50,0%)	0 (0,0%)	
	Adaptación escolar	2 (20,0%)	8 (80,0%)	0 (0,0%)	
	Oficios	15 (42,9%)	19 (54,3%)	1 (2,8%)	0,000
Número de sesiones impartidas					
	1 sesión	6(85,7%)	1 (14,3%)	0 (0,0%)	NS
	4 sesiones	24 (34,3%)	45 (64,3%)	1 (1,4%)	0,000

^a Educación Secundaria Obligatoria

En la tabla 42, se observó en referencia a la pregunta – utilizo preservativo desde el inicio -, que 6 de cada 10 alumnos/as mejoró observando una mejora significativa ($p=0,000$). En referencia al sexo, 6 de cada 10 hombres y 5 de cada 10 mujeres mejoraron constatando significación estadística ($p=0,000$ y $p=0,008$ respectivamente). Referente al nivel educativo, en el grupo de escolarización normal y fracaso escolar, mejoraron 6 de cada 10 de alumnos/as , constatando significación estadística ($p=0,000$ en ambos). Finalmente el grupo de

discapacitados que mejoraron 5 de cada 10 alumnos/as, no pudiendo calcular la significación estadística por haber ceros en varias casillas. Respecto al curso de procedencia el grupo de 3º de ESO, mejoraron 2 de cada 10 alumnos/as y en el de 4º de ESO mejoraron 5 de cada 10 alumnos, no observando significación estadística. En bachiller mejoraron 9 de cada 10 alumnos/as, en jardinería 5 de cada 10 y en adaptación escolar mejoraron 8 de cada 10, pero no se pudo calcular la significación estadística por haber ceros en varias casillas. Finalmente oficios que mejoraron 5 de cada 10 constatando significación estadística, ($p=0,000$). Si se analiza según el número de sesiones, en el grupo que se le impartió 1 sesión mejoró 1 de cada 10 alumnos sin obtener significación estadística y el grupo que recibió 4 sesiones mejoraron 6 de cada 10 alumnos observando significación estadística . ($p=0,000$)

En la tabla 43, el total del grupo, respecto a la pregunta –utilizo la marcha atrás -, se observó una mejora estadísticamente significativa hacia el conocimiento para no utilizarla ($p=0,000$) .

Tabla 43 Comparación test/retest con datos aparejados de la pregunta utilizo la marcha atrás

		Utilizo la marcha atrás		Total n (%)	p
		Retest			
		Si n (%)	No n (%)		
Utilizo la marcha atrás					
Test	Si	5 (6,5%)	11 (14,3%)	16 (20,8%)	
	No	1 (1,3%)	60 (77,9%)	61 (79,2%)	
Total		6 (7,8%)	71 (92,2%)	77 (100,0%)	0,006

En la tabla 44, se observó en referencia a la pregunta –utilizo la marcha atrás -, que 1 de cada 10 alumnos/as mejoró observando una mejora significativa ($p=0,006$). En referencia al sexo, 1 de cada 10 hombres y 1 de cada 10 mujeres mejoraron constatando en los hombres significación estadística ($p=0,000$). Referente al nivel educativo, en el grupo de escolarización normal y fracaso escolar, mejoraron la respuesta 1 de cada 10 de alumnos/as , sin constatar significación estadística. Finalmente el grupo de discapacitados que mejoraron 2 de cada 10 alumnos/as, no pudiendo calcular la significación estadística por haber ceros en varias casillas.

Respecto al curso de procedencia el grupo de 3º de ESO, mejoraron 1 de cada 10 alumnos/as, en adaptación escolar mejoraron 2 de cada 10 y en oficios 1 de cada 10, sin observar significación estadística. En el curso de 4º de ESO mejoraron 2 de cada 10 alumnos, en bachiller mejoraron 1 de cada 10 alumnos/as y en jardinería 2 de cada 10, pero no se pudo calcular la significación estadística por haber ceros en varias casillas.

Tabla 44: Comparación test/retest con datos aparejados de la pregunta utilizo la marcha atrás, a nivel global, sexo, nivel educativo, curso de procedencia y número de sesiones.

	No varían n (%)	Mejoran n (%)	Empeoran n (%)	p
Grupo	65 (84,4%)	11 (14,3%)	1 (1,3%)	0,006
Sexo				
Hombres	51 (83,6%)	9 (14,8%)	1 (1,6%)	0,021
Mujeres	14 (87,5%)	2 (12,5%)	0 (0,0%)	NS
Nivel educativo				
Escolarización normal	24 (85,7%)	4 (14,3%)	0 (0,0%)	NS
Fracaso escolar	38 (84,4%)	6 (13,4%)	1 (2,2%)	NS
Discapacitados	3 (75,0%)	1 (25,0%)	0 (0,0%)	
Curso de procedencia				
3º de ESO ^a	8 (88,8%)	1 (11,1%)	0 (0,0%)	NS
4º de ESO ^a	5 (83,3%)	1 (16,7%)	0 (0,0%)	
Bachiller	11 (84,6%)	2 (15,4%)	0 (0,0%)	
Jardinería	3 (75,0%)	1 (25,0%)	0 (0,0%)	
Adaptación escolar	8 (80,0%)	2 (20,0%)	0 (0,0%)	NS
Oficios	30 (85,7%)	4 (11,4%)	1 (2,9%)	NS
Número de sesiones impartidas				
1 sesión	7(100,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	NS
4 sesiones	58 (82,9%)	1 (15,7%)	1 (1,4%)	0,006

^a Educación Secundaria Obligatoria

Si se analiza según el número de sesiones, en el grupo que se le impartió 1 sesión, el total del grupo no varió la respuesta sin obtener significación estadística y el grupo que recibió 4 sesiones mejoraron 1 de cada 10 alumnos/as observando significación estadística a favor de la intervención ($p=0,006$)

4.11 Comparación de las variables de conocimientos para el total de alumnos en los cuestionarios aparejados.

En la tabla 45, el total del grupo, respecto a la pregunta – el diafragma es el mejor método de doble protección -, se observó una mejora estadísticamente significativa hacia el conocimiento de que no lo es ($p=0,004$).

Tabla 45: Comparación test/retest con datos aparejados de la pregunta el diafragma es el mejor método de doble protección

	El diafragma es el mejor método de doble protección			p
	Si n (%)	No n (%)	Total n (%)	
El diafragma es el mejor método de doble protección. Test				
	Si	16 (14,3%)	25 (11,5%)	
	No	190 (87,2%)	193 (88,5%)	
Total	12 (5,5%)	206 (94,5%)	218 (100,0%)	0,004

Tabla 46: Comparación test/retest con datos aparejados de la pregunta el diafragma es el mejor método de doble protección, a nivel global, sexo, nivel educativo, curso de procedencia y número de sesiones.

	No varían n(%)	Mejoran n(%)	Empeoran n(%)	p
Grupo	199 (91,3%)	16 (7,3%)	3 (1,4%)	0,006
Sexo				
	Hombres	11 (8,3%)	3 (2,2%)	NS
	Mujeres	5 (6,0%)	0 (0,0%)	NS
Nivel educativo				
	Escolarización normal	5 (3,7%)	1 (0,7%)	NS
	Fracaso escolar	9 (13,0%)	2 (2,9%)	NS
	Discapacitados	2 (18,2%)	0 (0,0%)	
Curso de procedencia				
	3º de ESO ^a	2 (3,5%)	1 (1,8%)	NS
	4º de ESO ^a	1 (3,7%)	0 (0,0%)	NS
	Bachiller	2 (3,7%)	0 (0,0%)	
	Jardinería	2 (18,2%)	0 (0,0%)	
	Adaptación escolar	1 (10,0%)	0 (0,0%)	
	Oficios	8 (13,6%)	2 (3,3%)	NS
Número de sesiones impartidas				
	1 sesión	1 (2,7%)	0 (0,0%)	NS
	4 sesiones	15 (8,3%)	3 (1,6%)	0,008

^a Educación Secundaria Obligatoria

En la tabla 46, se observó en referencia a la pregunta – el diafragma es el mejor método de doble protección -, que casi 1 de cada 10 alumnos/as mejoró, observando una mejora significativa ($p=0,006$). En referencia al sexo, el 89% de hombres y el 94% de mujeres no variaron la respuesta en ninguno de los dos sexos, sin observar significación estadística. Referente al nivel educativo, en el grupo de escolarización normal y fracaso escolar, no variaron la respuesta en un 95% y en un 84% sin observar significación estadística. Finalmente el grupo de discapacitados que mejoraron 1 de cada 10 alumnos/as, no pudiendo calcular la significación estadística por haber ceros en varias casillas. Respecto al curso de procedencia el grupo de 3º, 4º de ESO y oficios, mayoritariamente no mejoraron la respuesta sin observar significación estadística. En bachiller, jardinería y adaptación escolar no se pudo calcular la significación estadística por haber ceros en varias casillas. Si se analiza según el número de sesiones, en el grupo que se le impartió 1 sesión mayoritariamente no varió la respuesta sin obtener significación estadística y el grupo que recibió 4 sesiones mejoraron casi 1 de cada 10 alumnos/as observando significación estadística. ($p=0,008$)

En la tabla 47, el total del grupo, respecto a la pregunta – el DIU es el mejor método de doble protección -, se observó una mejora estadísticamente significativa hacia el conocimiento de que no lo es ($p=0,000$).

Tabla 47: Comparación test/retest con datos aparejados de la pregunta el DIU es el mejor método de doble protección.

	El DIU es el mejor método de doble protección			p
	Si n (%)	Retest No n (%)	Total n (%)	
El DIU es el mejor método de doble protección. Test				
Si	20 (9,2%)	31 (14,2%)	51 (23,4%)	
No	3 (1,4%)	164 (75,2%)	167 (76,6%)	
Total	23 (10,6)	195 (89,4%)	218 (100,0%)	0,000

Tabla 48: Comparación test/retest con datos aparejados de la pregunta el DIU es el mejor método de doble protección, a nivel global, sexo, nivel educativo, curso de procedencia y número de sesiones

	No varían n (%)	Mejoran n (%)	Empeoran n (%)	p
Grupo	184 (84,4%)	31 (14,2%)	3 (1,4%)	0,000
Sexo				
Hombres	113 (84,4%)	18 (13,4%)	3 (2,2%)	0,000
Mujeres	71 (84,5%)	13 (15,5%)	0 (0,0%)	0,001
Nivel educativo				
Escolarización normal	125 (90,6%)	11 (8,0%)	2 (1,4%)	0,022
Fracaso escolar	51 (73,9%)	17 (24,7%)	1 (1,4%)	0,000
Discapacitados	8 (72,7%)	3 (27,3%)	0 (0,0%)	
Curso de procedencia				
3º de ESO ^a	53 (93,0%)	2 (3,5%)	2 (3,5%)	NS
4º de ESO ^a	26 (96,3%)	1 (3,7%)	0 (0,0%)	NS
Bachiller	46 (85,2%)	8 (14,8%)	0 (0,0%)	
Jardinería	8 (72,7%)	3 (27,3%)	0 (0,0%)	
Adaptación escolar	7 (70,0%)	3 (30,0%)	0 (0,0%)	
Oficios	44 (74,6%)	14 (23,7%)	1 (1,7%)	0,001
Número de sesiones impartidas				
1 sesión	35 (94,6%)	2 (5,4%)	0 (0,0%)	NS
4 sesiones	143 (82,3%)	29 (16,0%)	3 (1,7%)	0,000

^a Educación Secundaria Obligatoria

En la tabla 48, se observó en referencia a la pregunta – el DIU es el mejor método de doble protección –, que 1 de cada 10 alumnos/as mejoró, observando una mejora significativa ($p=0,000$). En referencia al sexo, 1 de cada 10 hombres y de mujeres mejoraron, constatando significación estadística ($p=0,000$ y $p=0,001$ respectivamente). Referente al nivel educativo, en el grupo de escolarización normal mejoran un 8% y fracaso escolar mejoró en 2 de cada 10 alumnos observando significación estadística ($p=0,022$ y $p=0,000$ respectivamente) Finalmente el grupo de discapacitados que mejoraron 3 de cada 10 alumnos/as, no pudiendo calcular la significación estadística por haber ceros en varias casillas. Respecto al curso de procedencia el grupo de 3º, 4º de ESO, mayoritariamente no mejoraron la respuesta sin observar significación estadística. En bachiller, jardinería y adaptación escolar no se pudo calcular la significación estadística por haber ceros en varias casillas y en oficios que mejoran en 2 de cada 10 alumnos/as, observando significación estadística ($p=0,001$). Si se analiza según el número de sesiones, en el grupo que se le impartió 1 sesión mayoritariamente no varió la respuesta sin obtener

significación estadística y el grupo que recibió 4 sesiones mejoraron 2 de cada 10 alumnos/as observando significación estadística . (p=0,000)

En la tabla 49, el total del grupo, respecto a la pregunta – la crema espermicida es el mejor método de doble protección -, no se pudo calcular la significación estadística por haber ceros en varias casillas.

Tabla 49: Comparación test/retest con datos aparejados de la pregunta la crema espermicida es el mejor método de doble protección.

		La crema espermicida es el mejor método de doble protección			p
		Si n (%)	Retest No n (%)	Total n (%)	
La crema espermicida es el mejor método de doble protección. Test					
	Si	23 (10,6%)	32 (14,6%)	55 (25,2%)	
	No	1 (0,5%)	162 (74,3%)	163 (74,8%)	
Total		23 (10,6%)	194 (88,9%)	218 (100,0%)	

Tabla 50: Comparación test/retest con datos aparejados de la pregunta la crema espermicida es el mejor método de doble protección, a nivel global, sexo, nivel educativo, curso de procedencia y número de sesiones.

		No varían n (%)	Mejoran n (%)	Empeoran n (%)	p
Grupo		185 (84,9%)	32 (14,6%)	1 (0,5%)	
Sexo					
	Hombres	113 (84,3%)	20 (15,0)	1 (0,7)	
	Mujeres	72 (85,7%)	12 (14,3)	0 (0,0)	0,000
Nivel educativo					
	Escolarización normal	123 (89,2%)	15 (10,8%)	0 (0,0%)	
	Fracaso escolar	156 (81,2%)	12 (17,4%)	1 (1,4%)	0,003
	Discapacitados	6 (54,5%)	5 (45,5%)	0 (0,0%)	
Curso de procedencia					
	3º de ESO ^a	53 (93,0%)	4 (7,0%)	0 (0,0%)	NS
	4º de ESO ^a	24 (88,9%)	3 (11,1%)	0 (0,0%)	
	Bachiller	45 (85,2%)	8 (14,8%)	0 (0,0%)	
	Jardinería	5 (45,5%)	6 (54,5%)	0 (0,0%)	
	Adaptación escolar	8 (80,0%)	1 (10,0%)	1 (10,0%)	NS
	Oficios	48 (81,4%)	11 (18,6%)	0 (0,0%)	0,001
Número de sesiones impartidas					
	1 sesión	35 (94,6%)	2 (5,4%)	0 (0,0%)	NS
	4 sesiones	150 (82,8%)	29 (16,6%)	1 (0,6%)	

^a Educación Secundaria Obligatoria

En la tabla 50, se observó en referencia a la pregunta – la crema espermicida es el mejor método de doble protección -, que 1 de cada 10 alumnos/as mejoró, aunque no se pudo calcular la significación estadística por haber ceros en varias casillas. En referencia al sexo, 1 de cada 10 hombres mejoró no pudiendo calcular la significación estadística por haber ceros en varias casillas. En las mujeres mejoraron 1 de cada 10, constatando significación estadística ($p=0,000$). Referente al nivel educativo, en el grupo de escolarización normal mejoran 1 de cada 10 alumnos, en fracaso escolar mejoraron 2 de cada 10 alumnos y el grupo de discapacitados que mejoraron 4 de cada 10 alumnos/as observando significación estadística en el grupo de fracaso escolar ($p=0,003$), en los otros niveles, no se pudo calcular la significación estadística por haber ceros en varias casillas. Respecto al curso de procedencia el grupo de 3º, mayoritariamente no variaron la respuesta sin observar significación estadística. En 4º de ESO y bachiller, mejoraron 1 de cada 10 alumnos y en jardinería 5 de cada 10 no pudiendo calcular la significación estadística por haber ceros en varias casillas. En adaptación escolar mejoró 1 de cada 10 sin observar significación estadística y en oficios que mejoran en 2 de cada 10 alumnos/as, se observó significación estadística ($p=0,001$) . Si se analiza según el número de sesiones, en el grupo que se le impartió 1 sesión mayoritariamente no varió la respuesta sin obtener significación estadística y en el grupo que recibió 4 sesiones mejoraron 2 de cada 10 alumnos/as aunque no se pudo calcular la significación estadística por haber ceros en varias casillas.

En la tabla 51, el total del grupo, respecto a la pregunta – el preservativo es el mejor método de doble protección -, se observó una mejora estadísticamente significativa hacia el conocimiento ($p=0,000$).

Tabla 51: Comparación test/retest con datos aparejados de la pregunta el preservativo es el mejor método de doble protección.

	El preservativo es el mejor método de doble protección			p
	Retest		Total n (%)	
	Si n (%)	No n (%)		
El preservativo es el mejor método de doble protección. Test				
Si	166 (76,1%)	6 (2,8%)	172 (78,9%)	
No	27 (12,4%)	19 (8,7%)	46 (21,1%)	
Total	193 (88,5%)	25 (11,5%)	218 (100,0%)	0,000

Tabla 52: Comparación test/retest con datos aparejados de la pregunta el preservativo es el mejor método de doble protección, a nivel global, sexo, nivel educativo, curso de procedencia y número de sesiones.

	No varían n (%)	Mejoran n (%)	Empeoran n (%)	p
Grupo	185 (84,8%)	27 (12,4%)	6 (2,8%)	0,000
Sexo				
Hombres	113 (84,8%)	18 (13,4%)	3 (2,2%)	0,001
Mujeres	72 (85,7%)	9 (10,7%)	3 (3,6%)	NS
Nivel educativo				
Escolarización normal	120 (87,0%)	13 (9,4%)	5 (3,6%)	NS
Fracaso escolar	58 (81,1%)	13 (18,9%)	0 (0,0%)	0,000
Discapacitados	9 (81,8%)	1 (9,1%)	1 (9,1%)	NS
Curso de procedencia				
3º de ESO ^a	46 (80,7%)	6 (10,5%)	5 (8,8%)	NS
4º de ESO ^a	25 (92,6%)	2 (7,4%)	0 (0,0%)	NS
Bachiller	49 (90,7%)	5 (9,3%)	0 (0,0%)	NS
Jardinería	9 (81,8%)	1 (9,1%)	1 (9,1%)	NS
Adaptación escolar	10 (100,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	NS
Oficios	46 (78,0%)	13 (22,0%)	0 (0,0%)	0,000
Número de sesiones impartidas				
1 sesión	29 (78,4%)	5 (13,5%)	3 (8,1%)	NS
4 sesiones	156 (86,1%)	22 (12,2%)	3 (1,7%)	0,000

^a Educación Secundaria Obligatoria

En la tabla 52, se observa en referencia a la pregunta – el preservativo es el mejor método de doble protección –, que 1 de cada 10 alumnos/as mejoró, observando una mejora significativa ($p=0,000$). En referencia al sexo, 1 de cada 10 hombres y de mujeres mejoraron, constatando significación estadística en los hombres ($p=0,001$). Referente al nivel educativo, en el grupo de escolarización normal no variaron la respuesta un 87%, que ya tenían conocimiento. En fracaso escolar se mejoró en 2 de cada 10 alumnos observando significación estadística ($p=0,000$); finalmente el grupo de discapacitados que mejoraron 1 de cada 10 alumnos/as, no observando significación estadística. Respecto al curso de procedencia el grupo de 3º, 4º de ESO, bachiller, jardinería y adaptación escolar no observó significación estadística, no variaron mayoritariamente la respuesta. En oficios mejoraron 2 de cada 10 alumnos/as, observando significación estadística ($p=0,000$). Si se analiza según el número de sesiones, en el grupo que se le impartió 1 sesión el 78% no varió la respuesta sin obtener significación estadística y el grupo que recibió 4 sesiones mejoraron 1 de cada 10 alumnos/as observando significación estadística. ($p=0,000$)

En la tabla 53, el total del grupo, respecto a la pregunta – las pastillas anticonceptivas son el mejor método de doble protección -, se observó una mejora estadísticamente significativa hacia el conocimiento de que no lo son ($p=0,000$).

Tabla 53: Comparación test/retest con datos aparejados de la pregunta las pastillas anticonceptivas son el mejor método de doble protección.

		Las pastillas anticonceptivas son el mejor método de doble protección			p
		Si n (%)	Retest No n (%)	Total n (%)	
Las pastillas anticonceptivas son el mejor método de doble protección. Test					
	Si	25 (11,5%)	38 (17,4%)	63 (28,9%)	
	No	10(4,6%)	145 (66,5%)	155 (71,1%)	
Total		35 (16,1%)	183 (83,9%)	218 (100,0%)	0,000

Tabla 54: Comparación test/retest con datos aparejados de la pregunta las pastillas anticonceptivas son el mejor método de doble protección, a nivel global, género, nivel educativo, curso de procedencia y número de sesiones.

		No varían n (%)	Mejoran n (%)	Empeoran n (%)	p
Grupo		170 (78,1%)	38 (17,4%)	10 (4,6%)	0,000
Sexo					
	Hombres	99 (73,9%)	27 (20,1%)	8 (6,0%)	0,022
	Mujeres	71 (84,5%)	11 (13,1%)	2 (2,4%)	0,002
Nivel educativo					
	Escolarización normal	116 (84,0%)	17 (12,4%)	5 (3,6%)	0,017
	Fracaso escolar	48 (69,5%)	16 (23,3%)	5 (7,2%)	0,027
	Discapacitados	6 (54,6%)	5 (45,5%)	0 (0,0%)	NS
Curso de procedencia					
	3º de ESO ^a	46 (80,7%)	7 (12,3%)	4 (7,0%)	NS
	4º de ESO ^a	24 (88,9%)	3 (11,4%)	0 (0,0%)	NS
	Bachiller	46 (85,1%)	7 (13,0%)	1 (1,9%)	NS
	Jardinería	6 (54,5%)	5 (45,5%)	0 (0,0%)	NS
	Adaptación escolar	9 (90,0%)	0 (0,0%)	1 (10,0%)	NS
	Oficios	39 (66,1%)	16 (27,1%)	4 (6,8%)	0,012
Número de sesiones impartidas					
	1 sesión	33 (89,2%)	3 (8,1%)	1 (2,7%)	NS
	4 sesiones	137 (75,6%)	35 (19,4%)	9 (5,0%)	0,000

^a Educación Secundaria Obligatoria

En la tabla 54, se observó en referencia a la pregunta – las pastillas anticonceptivas son mejor método de doble protección -, que 2 de cada 10 alumnos/as mejoró, observando significación estadística ($p=0,000$). En referencia al sexo, 2 de cada 10 hombres y 1 de cada 10 mujeres mejoraron, constatando significación estadística después de la intervención ($p=0,022$ y $p=0,002$ respectivamente). Referente al nivel educativo, en el grupo de escolarización normal mejoraron la respuesta 1 de cada 10 alumnos, en el de fracaso escolar 2 de cada 10, observando significación estadística ($p=0,017$ y $p=0,027$ respectivamente) ; finalmente el grupo de discapacitados que mejoraron 4 de cada 10 alumnos/as, sin observar significación estadística. Respecto al curso de procedencia el grupo de 3º, 4º de ESO, bachiller, jardinería y adaptación escolar no observó significación estadística; en oficios mejoraron 3 de cada 10 alumnos/as, observando significación estadística a favor de la intervención ($p=0,012$) . Si se analiza según el número de sesiones, en el grupo que se le impartió 1 sesión el 89% no varió la respuesta sin obtener significación estadística y el grupo que recibió 4 sesiones mejoraron 2 de cada 10 alumnos/as observando significación estadística. ($p=0,000$)

En la tabla 55, el total del grupo, respecto a la pregunta – la marcha atrás es el mejor método de doble protección -, se observó una mejora estadísticamente significativa hacia el conocimiento de que no lo es ($p=0,024$).

Tabla 55: Comparación test/retest con datos aparejados de la pregunta la marcha atrás es el mejor método de doble protección.

	La marcha atrás es el mejor método de doble protección			p
	Si n (%)	Retest No n (%)	Total n (%)	
La marcha atrás es el mejor método de doble protección. Test				
Si	8 (3,7%)	24 (11,1%)	32 (14,7%)	
No	10 (4,6%)	175 (80,6%)	185 (85,3%)	
Total	35 (16,1%)	183 (83,9%)	217 (100,0%)	0,024

Tabla 56: Comparación test/retest con datos aparejados de la pregunta la marcha atrás es el mejor método de doble protección, a nivel global, sexo, nivel educativo, curso de procedencia y número de sesiones.

	No varían n (%)	Mejoran n (%)	Empeoran n (%)	p
Grupo	183 (94,3)	24 (11,1)	10 (4,6)	0,024
Sexo				
Hombres	113 (84,4%)	17 (12,6%)	4 (3,0%)	0,007
Mujeres	70 (84,3%)	7 (8,4%)	6 (7,3%)	NS
Nivel educativo				
Escolarización normal	116 (84,0%)	12 (8,7%)	10 (7,3%)	NS
Fracaso escolar	60 (87,0%)	9 (13,0%)	0 (0,0%)	0,004
Discapacitados	7 (70,0%)	3 (30,0%)	0 (0,0%)	
Curso de procedencia				
3º de ESO ^a	43 (75,5%)	4 (7,0%)	10 (17,5%)	NS
4º de ESO ^a	20 (74,1%)	7 (25,9%)	0 (0,0%)	0,016
Bachiller	53 (98,1%)	1 (1,9%)	0 (0,0%)	NS
Jardinería	7 (70,0%)	3 (30,0%)	0 (0,0%)	NS
Adaptación escolar	9 (90,0%)	1 (10,0%)	0 (0,0%)	NS
Oficios	51 (86,5%)	8 (13,5%)	0 (0,0%)	0,008
Número de sesiones impartidas				
1 sesión	28 (75,7%)	1 (2,7%)	8 (21,6%)	NS
4 sesiones	155 (86,1%)	23 (12,8%)	2 (1,1%)	0,000

^a Educación Secundaria Obligatoria

En la tabla 56, se observó en referencia a la pregunta – la marcha atrás es el mejor método de doble protección –, que 1 de cada 10 alumnos/as mejoró, observando significación estadística a favor de la intervención educativa ($p=0,024$). En referencia al sexo, se observó significación estadística en los hombres que mejoraron en 1 de cada 10 ($p=0,007$). En las mujeres mejoraron un 8%, sin constatar significación estadística. Referente al nivel educativo, en el grupo de escolarización normal no variaron la respuesta en un 84% sin observar significación estadística; en fracaso escolar 1 de cada 10 mejoraron la respuesta, observando significación estadística ($p=0,004$); finalmente el grupo de discapacitados que mejoraron 3 de cada 10 alumnos/as, aunque no se pudo calcular la significación estadística por haber ceros en varias casillas. Respecto al curso de procedencia el grupo de 3º, bachiller, jardinería y adaptación escolar no observó significación estadística; en el curso de 4º de ESO mejoraron 3 de cada 10 alumnos y en oficios mejoraron 1 de cada 10 alumnos/as, observando significación estadística a favor de la intervención ($p=0,016$ y $p=0,008$ respectivamente). Si se analiza según el número de sesiones, el grupo que se le impartió 1 sesión no observó significación estadística y el grupo que recibió 4

sesiones mejoraron 1 de cada 10 alumnos/as observando significación estadística después de la intervención ($p=0,000$)

En la tabla 57 el total del grupo, respecto a la pregunta – el sida puede contagiarse a través del beso -, se observó una mejora estadísticamente significativa hacia el conocimiento ($p=0,000$).

Tabla 57: Comparación test/retest con datos aparejados de la pregunta el sida puede contagiarse a través del beso.

	El sida puede contagiarse a través del beso			p
	Si n (%)	Retest No n (%)	Total n (%)	
El sida puede contagiarse a través del beso. Test				
	Si 31 (14,3%)	61 (28,1%)	92 (42,4%)	
	No 2 (0,9%)	123 (56,7%)	125 (57,6%)	
Total	33 (15,2%)	184 (84,8%)	217 (100,0%)	0,000

Tabla 58: Comparación test/retest con datos aparejados de la pregunta el sida puede contagiarse a través del beso, a nivel global, sexo, nivel educativo, curso de procedencia y número de sesiones.

	No varían n (%)	Mejoran n (%)	Empeoran n (%)	p
Grupo	154 (71,0%)	61(28,1%)	2 (0,9%)	0,000
Sexo				
Hombres	97 (72,4%)	35 (26,1%)	2 (1,5%)	0,000
Mujeres	57 (68,7%)	26 (31,3%)	0 (0,0%)	0,000
Nivel educativo				
Escolarización normal	101 (73,2%)	37 (26,8%)	0 (0,0%)	0,000
Fracaso escolar	46 (66,6%)	2 (30,5%)	2 (2,9%)	0,000
Discapacitados	7 (70,0%)	3 (30,0%)	0 (0,0%)	
Curso de procedencia				
3º de ESO ^a	53 (93,0%)	4 (7,0%)	0 (0,0%)	NS
4º de ESO ^a	24 (88,9%)	3 (11,1%)	0 (0,0%)	NS
Bachiller	24 (44,0%)	30 (55,6)	0 (0,0%)	
Jardinería	7 (70,0%)	3 (30,0%)	0 (0,0%)	
Adaptación escolar	6 (60,0%)	3 (30,0%)	1 (10,0%)	NS
Oficios	40 (67,8%)	18 (30,5%)	1 (1,7%)	0,000
Número de sesiones impartidas				
1 sesión	34 (91,9%)	3 (8,1%)	0 (0,0%)	NS
4 sesiones	120 (66,7%)	58 (32,2%)	2 (1,1%)	0,000

^a Educación Secundaria Obligatoria

En la tabla 58, se observó en referencia a la pregunta – el sida puede contagiarse a través del beso -, que 3 de cada 10 alumnos/as mejoraron, observando significación estadística a favor de la intervención educativa, reconociendo que no lo es ($p=0,000$). En referencia al sexo, 3 de cada 10 hombres y mujeres mejoró el conocimiento observando significación estadística a favor de la intervención ($p=0,000$ y $p=0,000$ respectivamente). Respecto al nivel educativo, en el grupo de escolarización normal y en fracaso escolar 3 de cada 10 alumnos/as mejoraron la respuesta, observando significación estadística ($p=0,000$ y $p=0,000$ respectivamente); finalmente el grupo de discapacitados que mejoraron 3 de cada 10 alumnos/as, aunque no se pudo calcular la significación estadística por haber ceros en varias casillas. Respecto al curso de procedencia el grupo de 3º de ESO y 4º además de bachiller, adaptación escolar no observó significación estadística; en el curso de bachiller y jardinería que mejoraron 6 de cada 10 alumnos y 3 de cada 10, no se pudo calcular la significación estadística por haber ceros en varias casillas. Finalmente en oficios mejoraron 3 de cada 10 alumnos/as, observando significación estadística a favor de la intervención ($p=0,000$). Si se analiza según el número de sesiones, en el grupo que se le impartió 1 sesión mejoró el 8% sin observar significación estadística y el grupo que recibió 4 sesiones mejoraron 3 de cada 10 alumnos/as observando significación estadística a favor de la intervención ($0,000$)

En la tabla 59, el total del grupo, respecto a la pregunta – el sida puede contagiarse a través del intercambio de ropa -, se observó una mejora estadísticamente significativa hacia el conocimiento de que no después de la intervención educativa ($p=0,012$).

Tabla 59: Comparación test/retest con datos aparejados de la pregunta el sida puede contagiarse a través del intercambio de ropa

	El sida puede contagiarse a través del intercambio de ropa			p
	Si n (%)	Retest No n (%)	Total n (%)	
El sida puede contagiarse a través del intercambio de ropa. Test				
Si	4 (1,8%)	10 (4,6%)	14 (6,5%)	
No	1 (0,5%)	202 (93,1%)	203 (93,5%)	
Total	5 (2,3%)	212 (97,7%)	217 (100,0%)	0,012

Tabla 60: Comparación test/retest con datos aparejados de la pregunta el sida puede contagiarse a través del intercambio de ropa, a nivel global, sexo, nivel educativo, curso de procedencia y número de sesiones.

	No varían n (%)	Mejoran n (%)	Empeoran n (%)	p
Grupo	206 (94,9%)	10 (4,6%)	1 (0,5%)	0,012
Sexo				
Hombres	127 (94,8%)	7 (5,2%)	0 (0,0%)	0,016
Mujeres	79 (95,2%)	3 (3,6%)	1 (1,2%)	NS
Nivel educativo				
Escolarización normal	137 (99,3%)	0 (0,0%)	1 (0,7%)	NS
Fracaso escolar	67 (97,1%)	2 (2,9%)	0 (0,0%)	
Discapacitados	2 (20,0%)	8 (80,0%)	0 (0,0%)	
Curso de procedencia				
3º de ESO ^a	56 (98,2%)	0 (0,0)	1 (1,8%)	NS
4º de ESO ^a	27 (100,0%)	0 (0,0)	0 (0,0%)	
Bachiller	54 (100,0%)	0 (0,0)	0 (0,0%)	
Jardinería	2 (20,0%)	8 (80,0)	0 (0,0%)	
Adaptación escolar	10 (100,0%)	0 (0,0)	0 (0,0%)	
Oficios	57 (96,6%)	2 (3,4)	0 (0,0%)	
Número de sesiones impartidas				
1 sesión	36 (97,3%)	0 (0,0%)	1 (2,7%)	NS
4 sesiones	170 (94,4%)	10 (5,6%)	0 (0,0%)	0,002

^a Educación Secundaria Obligatoria

En la tabla 60, se observó en referencia a la pregunta – el sida puede contagiarse a través del intercambio de ropa -, que 5 de cada 10 alumnos/as mejoraron, observando significación estadística a favor de la intervención educativa, reconociendo que no lo es (p=0,012). En referencia al sexo, 5 de cada 10

hombres y 4 de cada 10 mujeres mejoró el conocimiento observando significación estadística en los hombres ($p=0,016$)

Referente al nivel educativo, en el grupo de escolarización normal no hay significación estadística, el 99% no varió la respuesta. En fracaso escolar 3 de cada 10 alumnos/as mejoraron la respuesta, y en grupo de discapacitados mejoraron 8 de cada 10 alumnos/as, aunque no se pudo calcular la significación estadística por haber ceros en varias casillas. Respecto al curso de procedencia el grupo de 3º de ESO no observó significación estadística y en 4º, bachiller, jardinería, adaptación escolar y oficios, no se pudo calcular la significación estadística por haber ceros en varias casillas. Si se analiza según el número de sesiones, en el grupo que se le impartió 1 sesión no variaron la respuesta el 97%, sin observar significación estadística y el grupo que recibió 4 sesiones mejoraron 6 de cada 10 alumnos/as observando significación estadística a favor de la intervención ($0,002$)

En la tabla 61, el total del grupo, respecto a la pregunta – el sida puede contagiarse por ir a un WC público –, se observó una mejora estadísticamente significativa hacia el conocimiento de que no ($p=0,000$).

Tabla 61: Descripción global de la variable: El sida puede contagiarse por ir a un WC público.

	El sida puede contagiarse por ir a un WC público			p
	Si n (%)	No n (%)	Total n (%)	
El sida puede contagiarse por ir a un WC público. Test				
Si	29 (13,4%)	61 (28,1%)	90(41,5%)	
No	6 (2,8%)	121 (55,8%)	127 (58,5%)	
Total	35 (16,1%)	182 (83,9%)	217 (100,0%)	0,000

En la tabla 62, se observó en referencia a la pregunta – el sida puede contagiarse por ir a un WC público –, que 3 de cada 10 alumnos/as mejoraron, observando significación estadística a favor de la intervención educativa, reconociendo que no lo es($p=0,000$). En referencia al sexo, 2 de cada 10 hombres y 3 de cada 10 mujeres mejoraron el conocimiento observando significación estadística a favor de la intervención ($p=0,000$ y $p=0,000$ respectivamente). Referente al nivel educativo, en el grupo de escolarización normal 2 de cada 10 y en fracaso

escolar 3 de cada 10 alumnos/as mejoraron, observando significación estadística ($p=0,000$ y $p=0,000$ respectivamente); finalmente el grupo de discapacitados que mejoraron 3 de cada 10 alumnos/as, aunque no se pudo calcular la significación estadística por haber ceros en varias casillas.

Tabla 62: Comparación test/retest con datos aparejados de la pregunta el sida puede contagiarse por ir a un WC público, a nivel global, sexo, nivel educativo, curso de procedencia y número de sesiones.

	No varían n (%)	Mejoran n (%)	Empeoran n (%)	p
Grupo	150(69,2%)	61 (28,1%)	6 (2,7%)	0,000
Sexo				
Hombres	99 (73,9%)	32 (23,9%)	3 (2,2%)	0,000
Mujeres	51 (61,5%)	29 (34,9%)	3 (3,6%)	0,000
Nivel educativo				
Escolarización normal	98 (71,0%)	35 (25,4%)	5 (3,6%)	0,000
Fracaso escolar	45 (65,3%)	23 (33,3%)	1 (1,4%)	0,000
Discapacitados	7 (70,0%)	3 (30,0%)	0 (0,0%)	
Curso de procedencia				
3º de ESO ^a	49 (86,0%)	3 (5,3%)	5 (8,7%)	NS
4º de ESO ^a	17 (100,0%)	10 (37,0%)	0 (0,0%)	0,002
Bachiller	32 (59,3%)	22 (40,7%)	0 (0,0%)	0,000
Jardinería	7 (70,0%)	3 (30,0%)	0 (0,0%)	
Adaptación escolar	5 (50,0%)	5 (50,0%)	0 (0,0%)	
Oficios	40 (67,8%)	18 (30,5%)	1 (1,7%)	0,000
Número de sesiones impartidas				
1 sesión	31 (83,7%)	2 (5,5%)	4 (10,8%)	NS
4 sesiones	119 (66,1%)	59 (32,8%)	2 (1,1%)	0,000

^a Educación Secundaria Obligatoria

Respecto al curso de procedencia el grupo de 3º de ESO no observó significación estadística, en 4º de ESO y bachiller, 4 de cada 10 alumnos/as mejoraron la respuesta y en oficios la mejoraron 3 de cada 10, observando significación estadística a favor de la intervención ($p=0,002$, $p=0,000$ y $p=0,000$ respectivamente); en el curso de jardinería 3 de cada 10 alumnos/as mejoraron la respuesta y en adaptación escolar 5 de cada 10, no pudiendo calcular la significación estadística por haber ceros en varias casillas. Si se analiza según el número de sesiones, en el grupo al que se le impartió 1 sesión mejoró el 5% sin observar significación estadística y el grupo que recibió 4 sesiones mejoraron 3 de cada 10 alumnos/as observando significación estadística a favor de la intervención (0,000).

En la tabla 63, el total del grupo, respecto a la pregunta – el sida puede contagiarse a través de picadas de insectos –, se observó una mejora estadísticamente significativa hacia el conocimiento de que no ($p=0,000$).

Tabla 63: Comparación test/retest con datos aparejados de la pregunta el sida puede contagiarse a través de picadas de insectos.

	El sida puede contagiarse a través de picadas de insectos			p
	Si n (%)	Retest No n (%)	Total n (%)	
El sida puede contagiarse a través de picadas de insectos. Test				
Si	42 (19,4%)	60 (27,6%)	102 (47,0%)	
No	5 (2,3%)	110 (50,7%)	115 (53,0%)	
Total	47 (21,7%)	170 (78,3%)	217 (100,0%)	0,000

Tabla 64: Comparación test/retest con datos aparejados de la pregunta el sida puede contagiarse a través de picadas de insectos, a nivel global, sexo, nivel educativo, curso de procedencia y número de sesiones.

	No varían n (%)	Mejoran n (%)	Empeoran n (%)	p
Grupo	152 (70,1%)	60 (27,6%)	5 (2,3%)	0,000
Sexo				
Hombres	90 (67,2%)	41 (30,6%)	3 (2,2%)	0,000
Mujeres	62 (74,7%)	19 (22,9%)	2 (2,4%)	0,000
Nivel educativo				
Escolarización normal	106 (76,9%)	30 (21,7%)	2 (1,4%)	0,000
Fracaso escolar	40 (57,9%)	26 (37,8%)	3 (4,3%)	0,000
Discapacitados	6 (60,0%)	4 (40,0%)	0 (0,0%)	
Curso de procedencia				
3° de ESO ^a	55 (96,5%)	0 (0,0%)	2 (3,5%)	NS
4° de ESO ^a	19 (70,4%)	6 (29,6%)	0 (0,0%)	0,008
Bachiller	32 (59,3%)	22 (40,7%)	0 (0,0%)	0,000
Jardinería	6 (60,0%)	4 (40,0%)	0 (0,0%)	
Adaptación escolar	5 (50,0%)	4 (40,0%)	1 (10,0%)	NS
Oficios	35 (59,3%)	22 (37,3%)	2 (3,4%)	0,000
Número de sesiones impartidas				
1 sesión	35 (94,6%)	0 (0,0%)	2 (5,4%)	NS
4 sesiones	117 (65,0%)	60 (33,3%)	3 (1,7%)	0,000

^a Educación Secundaria Obligatoria

En la tabla 64, se observó en referencia a la pregunta – el sida puede contagiarse a través de picadas de insectos -, que 3 de cada 10 alumnos/as mejoraron, observando significación estadística a favor de la intervención educativa, reconociendo que no lo es ($p=0,000$). En referencia al sexo, 3 de cada 10 hombres y 2 de cada 10 mujeres mejoró el conocimiento observando significación estadística a favor de la intervención ($p=0,000$ y $p=0,000$ respectivamente). Referente al nivel educativo, en el grupo de escolarización normal 2 de cada 10 y en fracaso escolar 4 de cada 10 alumnos/as mejoraron, observando significación estadística ($p=0,000$ y $p=0,000$ respectivamente); finalmente el grupo de discapacitados que mejoraron 4 de cada 10 alumnos/as, aunque no se pudo calcular la significación estadística por haber ceros en varias casillas.

Respecto al curso de procedencia el grupo de 3º de ESO no observó significación estadística, en 4º de ESO 3 de cada 10 alumnos/as mejoraron la respuesta, en bachiller, jardinería y oficios 4 de cada 10, observando significación estadística a favor de la intervención ($p=0,008$, $p=0,000$ y $p=0,000$ respectivamente). Finalmente adaptación escolar que mejoraron 4 de cada 10 alumnos aunque no se pudo calcular la significación estadística por haber ceros en varias casillas. Si se analiza según el número de sesiones, en el grupo que se le impartió 1 sesión no observó significación estadística y el grupo que recibió 4 sesiones mejoraron 3 de cada 10 alumnos/as observando significación estadística a favor de la intervención ($0,000$)

En la tabla 65, el total del grupo, respecto a la pregunta – el sida puede contagiarse a través de relaciones sexuales con penetración sin preservativo -, no observó una mejora estadísticamente significativa hacia el conocimiento de ($p=0,000$), no variaron la respuesta en un 94,5%.

Tabla 65: Comparación test/retest con datos aparejados de la pregunta el sida puede contagiarse a través de relaciones sexuales con penetración sin preservativo.

Variables	El sida puede contagiarse a través de relaciones sexuales con penetración sin preservativo			p
	Si n (%)	Retest No n (%)	Total n (%)	
El sida puede contagiarse a través de relaciones sexuales con penetración sin preservativo. Test				
Si	195 (89,9%)	3 (1,4%)	198 (91,2%)	
No	10 (4,6%)	9 (4,1%)	19 (8,8%)	
Total	205 (94,5%)	12 (5,5%)	217 (100,0%)	NS

Tabla 66: Comparación test/retest con datos aparejados de la pregunta el sida puede contagiarse a través de relaciones sexuales con penetración sin preservativo, a nivel global, sexo, nivel educativo, curso de procedencia y número de sesiones.

	No varían n (%)	Mejoran n (%)	Empeoran n (%)	p
Grupo	204 (94,0%)	10 (4,6%)	3 (1,4%)	NS
Sexo				
Hombres	126 (94,0%)	6 (4,5%)	2 (1,5%)	NS
Mujeres	78 (94,0%)	4 (4,8%)	1 (1,2%)	NS
Nivel educativo				
Escolarización normal	135 (97,9%)	1 (0,7%)	2 (1,4%)	NS
Fracaso escolar	63 (91,3%)	6 (8,7%)	0 (0,0%)	
Discapacitados	6 (60,0%)	3 (30,0%)	1 (10,0%)	NS
Curso de procedencia				
3º de ESO ^a	54 (94,7%)	1 (1,8%)	2 (3,5%)	NS
4º de ESO ^a	27 (100,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	
Bachiller	54 (100,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	
Jardinería	6 (60,0%)	3 (30,0%)	1 (10,0%)	NS
Adaptación escolar	9 (90,0%)	1 (10,0%)	0 (0,0%)	
Oficios	54(91,5%)	5 (8,5%)	0 (0,0%)	
Número de sesiones impartidas				
1 sesión	34 (91,9%)	1 (2,7%)	2 (5,4%)	NS
4 sesiones	170 (94,4%)	9 (5,0%)	1 (0,6%)	0,021

^a Educación Secundaria Obligatoria

En la tabla 66, se observó en referencia a la pregunta – el sida puede contagiarse a través de relaciones sexuales con penetración sin preservativo -, que 5 de cada 10 alumnos/as mejoraron, aunque el 94,0% no varió la respuesta, sin observar significación. En referencia al sexo, ni en hombres ni en mujeres mejoró el conocimiento 9 de cada 10 no variaron la respuesta, no observando significación estadística. Referente al nivel educativo, ni en el grupo de escolarización normal ni en el grupo de discapacitados se observó significación estadística. En el caso de fracaso escolar, no se pudo calcular la significación estadística por haber ceros en varias casillas. Respecto al curso de procedencia ni el grupo de 3º de ESO y ni de jardinería observó significación estadística, en los alumnos/as de 4º de ESO, bachiller, adaptación escolar y oficios, no se pudo calcular la significación estadística por haber ceros en varias casillas. Si se analiza según el número de sesiones, en el grupo que se le impartió 1 sesión mejoró el 2,7% sin observar significación estadística y el grupo que recibió 4 sesiones mejoraron un 5% observando significación estadística a favor de la intervención (0,021)

En la tabla 67, el total del grupo, respecto a la pregunta – el sida puede contagiarse a través del intercambio de utensilios de comida -, no se observó una mejora estadísticamente significativa hacia el conocimiento de que no (p=0,000).

Tabla 67: Comparación test/retest con datos aparejados de la pregunta el sida puede contagiarse a través de intercambio de utensilios de comida.

	El sida puede contagiarse a través de intercambio de utensilios de comida			p
	Si n (%)	Retest No n (%)	Total n (%)	
El sida puede contagiarse a través de intercambio de utensilios de comida. Test				
Si	38 (17,5%)	13 (6,0%)	51 (23,5%)	
No	21 (9,7%)	145 (66,8%)	166 (76,5%)	
Total	59 (27,2%)	158 (72,8%)	217 (100,0%)	NS

Tabla 68: Comparación test/retest con datos aparejados de la pregunta el sida puede contagiarse a través de intercambio de utensilios de comida, a nivel global, sexo, nivel educativo, curso de procedencia y número de sesiones.

	No varían n (%)	Mejoran n (%)	Empeoran n (%)	p
Grupo	183 (84,3%)	13 (6,0%)	21 (9,7%)	NS
Sexo				
Hombres	109 (81,4%)	9 (6,7%)	16 (11,9%)	NS
Mujeres	66 (89,2%)	4 (4,8%)	5 (6,0%)	NS
Nivel educativo				
Escolarización normal	123 (89,1%)	7 (5,1%)	8 (5,8%)	NS
Fracaso escolar	52 (75,4%)	4 (5,8%)	13 (18,8%)	0,049
Discapacitados	8 (80,0%)	2 (20,0%)	0 (0,0%)	
Curso de procedencia				
3º de ESO ^a	50 (87,7%)	3 (5,3%)	4 (7,0%)	NS
4º de ESO ^a	25 (92,6%)	2 (7,4%)	0 (0,0%)	NS
Bachiller	48 (88,9%)	2 (3,7%)	4 (7,4%)	NS
Jardinería	8 (80,0%)	2 (20,0%)	0 (0,0%)	
Adaptación escolar	9 (90,0%)	0 (0,0%)	1 (10,0%)	NS
Oficios	43 (72,9%)	4 (6,8%)	2 (20,3%)	NS
Número de sesiones impartidas				
1 sesión	33 (89,2%)	1 (2,7%)	3 (8,1%)	NS
4 sesiones	150 (83,3%)	12 (6,7%)	18 (10,0%)	NS

^a Educación Secundaria Obligatoria

En la tabla 68, se observó en referencia a la pregunta – el sida puede contagiarse a través de intercambio de utensilios de comida -, que el 84,3% no varió la respuesta. En referencia al sexo, no se observó significación estadística ni en hombres ni en mujeres, no variando la respuesta en un 81,4% y un 89,2% respectivamente. Referente al nivel educativo, en el grupo de escolarización normal no variaron la respuesta en un 89,1%, sin constatar significación estadística. En fracaso escolar mejoraron un 5,8% constatando significación estadística ($p=0,049$), finalmente el grupo de discapacitados mejoraron 2 de cada 10 alumnos/as, aunque no se pudo calcular la significación estadística por haber ceros en varias casillas. Respecto al curso de procedencia en jardinería no se pudo calcular la significación estadística por haber ceros en varias casillas y cursos no se observó significación estadística. Si se analiza según el número de sesiones ni el grupo al que se impartió 1 sesión ni en el de 4 observaron significación estadística y ambos no varían la respuesta en un 89,2% y 83,3% respectivamente.

4.12 Descripción de las variables de riesgo o no riesgo en los cuestionarios aparejados.

En la tabla 69, se observó que en referencia a la pregunta – en el chico el líquido previo a la eyaculación puede provocar embarazo -, una mejora significativa después de la intervención educativa ($p=0,000$).

Tabla 69: Comparación test/retest con datos aparejados de la pregunta en el chico el líquido previo a la eyaculación puede provocar embarazo .

			En el chico el líquido previo a la eyaculación puede provocar embarazo			Total n (%)	p
			Retest				
			Si n (%)	No n (%)	No lo sé n (%)		
En el chico el líquido previo a la eyaculación puede provocar embarazo.							
Test	Si		66 (30,4%)	7 (3,2%)	8 (3,7%)	81 (37,3%)	
	No		37 (17,1%)	16 (7,4%)	3 (1,4%)	56 (25,8%)	
	No lo sé		66 (30,4%)	4 (1,8%)	10 (4,6%)	80 (36,9%)	
Total			169 (77,9%)	27 (12,4%)	21 (9,7%)	217(100,0%)	0,000

Tabla 70: Comparación test/retest con datos aparejados de la pregunta en el chico el líquido previo a la eyaculación puede provocar embarazo a nivel global, sexo, nivel educativo, curso de procedencia y número de sesiones.

		No varían n (%)	Mejoran n (%)	Empeoran n (%)	p
Grupo total		92 (42,4%)	106 (48,9%)	19 (8,7%)	0,000
Sexo					
	Hombres	53 (39,9%)	69 (51,9%)	11 (8,2%)	0,000
	Mujeres	39 (46,5%)	37 (44,0%)	8 (9,5%)	0,000
Nivel educativo					
	Escolarización normal	61 (44,2%)	61 (44,2%)	16 (11,6%)	0,000
	Fracaso escolar	29 (42,7%)	36 (53,0%)	2 (4,3%)	0,000
	Discapacitados	2 (18,1%)	9 (81,9%)	0 (0,0%)	
Curso de procedencia					
	3º de ESO ^a	30 (52,6%)	11 (19,3%)	16 (28,1%)	NS
	4º de ESO ^a	10 (37,1%)	17 (62,9%)	0 (0,0%)	
	Bachiller	21 (38,9%)	33 (61,1%)	0 (0,0%)	
	Jardinería	2 (18,2%)	9 (81,8%)	0 (0,0%)	
	Adaptación escolar	5 (50,0%)	4 (40,0%)	1 (10,0%)	
	Oficios	24 (41,3%)	32 (55,1%)	2 (3,6%)	0,000
Número de sesiones impartidas					
	1 sesión	21 (56,7%)	2 (5,5%)	14 (37,8%)	NS
	4 sesiones	71 (39,5%)	104 (57,8%)	5 (2,7%)	0,000

^a Educación Secundaria Obligatoria

En la tabla 70, se observó en referencia a la pregunta – en el chico el líquido previo a la eyaculación puede provocar embarazo -, que 5 de cada 10 alumnos/as mejoraron, observando significación estadística a favor de la intervención educativa, ($p=0,000$). En referencia al sexo, 5 de cada 10 hombres y 4 de cada 10 mujeres mejoró el conocimiento observando significación estadística a favor de la intervención ($p=0,000$ y $p=0,000$ respectivamente). Referente al nivel educativo, en el grupo de escolarización normal 4 de cada 10 y en fracaso escolar 5 de cada 10 alumnos/as mejoraron, observando significación estadística ($p=0,000$ y $p=0,000$ respectivamente); finalmente el grupo de discapacitados que mejoraron 8 de cada 10 alumnos/as, aunque no se pudo calcular la significación estadística por haber ceros en varias casillas. Respecto al curso de procedencia el grupo de 3º de ESO no observó significación estadística, en 4º de ESO, bachiller, jardinería y adaptación escolar aunque mejoraron todos, no se pudo calcular la significación estadística por haber ceros en varias casillas. Finalmente el de oficios que mejoraron 5 de cada 10, observando significación estadística a favor de la intervención ($p=0,000$). Si se analiza según el número de sesiones, en el grupo que se le impartió 1 sesión no observó significación estadística y el grupo que recibió 4 sesiones mejoraron 6 de cada 10 alumnos/as observando significación estadística a favor de la intervención ($0,000$)

En la tabla 71, se observó que en referencia a la pregunta – si se produce la eyaculación cerca de la vagina sin penetración puede provocar embarazo -, se constató una mejora significativa en la respuesta a favor de la intervención educativa ($p=0,000$).

Tabla 71: Comparación test/retest con datos aparejados de la pregunta si se produce la eyaculación cerca de la vagina sin penetración puede provocar embarazo

	Si se produce la eyaculación cerca de la vagina sin penetración puede provocar embarazo				p
	Si n (%)	No n (%)	No lo sé n (%)	Total n (%)	
Si se produce la eyaculación cerca de la vagina sin penetración puede provocar embarazo. Test					
	Retest				
Si	72 (33,2%)	4 (1,8%)	10 (4,6%)	86 (39,6%)	
No	44 (20,3%)	25 (11,5%)	9 (4,1%)	78 (35,9%)	
No lo sé	36 (16,6%)	7 (3,2%)	10 (4,6%)	53 (24,4%)	
Total	152 (70,0%)	36 (16,6%)	29(13,4%)	217(100,0%)	0,000

Tabla 72: Comparación test/retest con datos aparejados de la pregunta si se produce la eyaculación cerca de la vagina sin penetración puede provocar embarazo a nivel global, género, nivel educativo, curso de procedencia y número de sesiones.

	No varían n (%)	Mejoran n (%)	Empeoran n (%)	p
Grupo total	107 (49,4%)	89 (41,0%)	21 (9,6%)	0,000
Sexo				
Hombres	64 (48,1%)	55 (41,4%)	14 (10,5%)	0,000
Mujeres	43 (51,2%)	34 (40,4%)	7 (8,4%)	0,000
Nivel educativo				
Escolarización normal	74 (53,6%)	44 (35,6%)	15 (10,8%)	0,000
Fracaso escolar	28 (41,3%)	34 (49,9%)	6 (8,8%)	0,000
Discapitados	4 (45,4%)	6 (54,6%)	0 (0,0%)	0,050
Curso de procedencia				
3º de ESO ^a	35 (61,4%)	7 (12,4%)	15 (26,2%)	NS
4º de ESO ^a	11 (40,7%)	16 (59,3%)	0 (0,0%)	
Bachiller	28 (51,9%)	26 (48,1%)	0 (0,0%)	
Jardinería	5 (45,5%)	6 (54,5%)	0 (0,0%)	0,050
Adaptación escolar	5 (50,0%)	4 (40,0%)	1 (10,0%)	
Oficios	23 (39,6%)	30 (51,7%)	5 (8,7%)	0,000
Número de sesiones impartidas				
1 sesión	26 (70,2%)	5 (13,5%)	6 (16,3%)	NS
4 sesiones	81 (45,0%)	48 (46,6%)	15 (8,4%)	0,000

^a Educación Secundaria Obligatoria

En la tabla 72, se observó en referencia a la pregunta – si se produce la eyaculación cerca de la vagina sin penetración puede provocar embarazo -, que 4 de cada 10 alumnos/as mejoraron, observando significación estadística a favor de la intervención educativa ($p=0,000$). En referencia al sexo, 4 de cada 10 hombres y mujeres mejoró el conocimiento observando significación estadística a favor de la intervención ($p=0,000$, $p=0,000$ respectivamente). Referente al nivel educativo, en el grupo de escolarización normal 4 de cada 10 alumnos/as, mejoró la discriminación, en fracaso escolar y en el grupo de los discapacitados 5 de cada 10 alumnos/as mejoraron, observando significación estadística ($p=0,000$ y $p=0,000$ respectivamente). Respecto al curso de procedencia el grupo de 3º de ESO no observó significación estadística, en 4º de ESO, bachiller, jardinería y adaptación escolar, no se pudo calcular la significación estadística por haber ceros en varias casillas. Finalmente oficios que mejoraron 5 de cada 10 alumnos constatando significación estadística ($p=0,000$). Si se analiza según el número de sesiones, en el grupo que se le impartió 1 sesión no se observó significación estadística y el grupo que recibió 4 sesiones mejoraron 5 de cada 10 alumnos/as observando significación estadística a favor de la intervención ($0,000$)

En la tabla 73, en referencia a la pregunta – si una chica mantiene relaciones sexuales durante la menstruación tiene riesgo de embarazo -, se observó significación estadística después de la intervención ($p=0,000$).

Tabla 73: Comparación test/retest con datos aparejados de la pregunta si una chica mantiene relaciones sexuales durante la menstruación tiene riesgo de embarazo.

		Si una chica mantiene RS durante la menstruación tiene riesgo de embarazo				p
		Retest			Total n (%)	
		Si n (%)	No n (%)	No sé n (%)		
Si una chica mantiene RS durante la menstruación tiene riesgo de embarazo.						
Test	Si	55 (25,3%)	7 (3,2%)	6 (2,8%)	68 (31,3%)	
	No	48 (22,1%)	23 (10,6%)	3 (1,4%)	74 (34,1%)	
	No lo sé	56 (25,8%)	6 (2,8%)	13 (6,0%)	75 (34,6%)	
Total		159 (73,3%)	36 (16,6%)	22 (10,1%)	217(100,0%)	0,000

Tabla 74: Comparación test/retest con datos aparejados de la pregunta si una chica mantiene relaciones sexuales durante la menstruación tiene riesgo de embarazo a nivel global, sexo, nivel educativo, curso de procedencia y número de sesiones.

		No varían n (%)	Mejoran n (%)	Empeoran n (%)	p
Grupo total		91 (41,9%)	107 (49,3%)	19 (8,8%)	0,000
Sexo					
	Hombres	54 (40,7%)	70 (52,5%)	9 (6,8%)	0,000
	Mujeres	37 (44,0%)	37 (44,0%)	10 (12,0%)	0,000
Nivel educativo					
	Escolarización normal	62 (44,9%)	59 (42,8%)	17 (12,3%)	0,000
	Fracaso escolar	27 (39,6%)	39 (57,4%)	2 (3,0%)	0,000
	Discapitados	2 (18,2%)	9 (81,8%)	0 (0,0%)	
Curso de procedencia					
	3º de ESO ^a	33 (57,9%)	9 (15,8%)	15 (26,3%)	NS
	4º de ESO ^a	8 (29,7%)	19 (70,3%)	0 (0,0%)	0,000
	Bachiller	21 (39,0%)	31 (57,4%)	2 (3,6%)	0,000
	Jardinería	2 (18,2%)	9 (81,8%)	0 (0,0%)	
	Adaptación escolar	5 (50,0%)	5 (50,0%)	0 (0,0%)	
	Oficios	22 (37,9%)	34 (58,6%)	2 (3,5%)	0,000
Número de sesiones impartidas					
	1 sesión	24 (64,9%)	2 (5,4%)	11 (29,7%)	0,053
	4 sesiones	67 (37,2%)	105 (58,4%)	8 (4,4%)	0,000

^a Educación Secundaria Obligatoria

En la tabla 74, se observó en referencia a la pregunta – si una chica mantiene relaciones sexuales durante la menstruación tiene riesgo de embarazo -, que 5 de cada 10 alumnos/as mejoraron, observando significación estadística a favor de la intervención educativa ($p=0,000$). En referencia al sexo, 5 de cada 10 hombres y 4 de cada 10 mujeres mejoraron el conocimiento observando significación estadística a favor de la intervención ($p=0,000$, en ambos sexos). Referente al nivel educativo, en el grupo de escolarización normal 4 de cada 10 alumnos/as, mejoró la discriminación, en fracaso escolar 6 de cada 10, observando significación estadística ($p=0,000$ y $p=0,000$ respectivamente). En el grupo de los discapacitados 8 de cada 10 alumnos/as mejoraron, aunque no pudo calcularse significación estadística, al haber ceros en varias casillas. Respecto al curso de procedencia el grupo de 3º de ESO no observó significación estadística, en 4º de ESO, mejoraron 7 de cada 10, en bachiller y en oficios 6 de cada 10, observando significación estadística ($p=0,000$, $p=0,000$ y $p=0,000$ respectivamente). En jardinería mejoraron 5 de cada 10 alumnos/as y en adaptación escolar 6 de cada 10, sin embargo no se pudo calcular la significación estadística por haber ceros en varias casillas. Si se analiza según el número de sesiones, se observó significación estadística en el grupo al que se le impartió 1 sesión y al que recibió 4 sesiones observando significación estadística a favor de la intervención ($p=0,053$ y $p=0,000$ respectivamente)

En la tabla 75, en referencia a la pregunta – si se rompe el preservativo hay riesgo de Infección de transmisión sexual y embarazo -, se observó significación estadística después de la intervención ($p=0,000$).

Tabla 75: Comparación test/retest con datos aparejados de la pregunta si se rompe el preservativo hay riesgo de Infección de transmisión sexual y embarazo.

	Si se rompe el preservativo hay riesgo de embarazo y de ITS				p	
	Retest			Total n (%)		
	Si n (%)	No n (%)	No lo sé n (%)			
Si se rompe el preservativo hay riesgo de embarazo y de ITS. Test						
	Si	164 (75,2%)	5 (2,3%)	3 (1,4%)	172 (79,8%)	
	No	22 (10,1%)	5 (2,3%)	0 (0,0%)	27 (12,4%)	
	No lo sé	16 (7,3%)	1 (0,5%)	2 (0,9%)	19 (8,7%)	
Total		202 (92,7%)	11 (5,0%)	5 (2,3%)	218(100,0%)	0,000

Tabla 76: Comparación test/retest con datos aparejados de la pregunta si se rompe el preservativo hay riesgo de Infección de transmisión sexual y embarazo a nivel global, sexo, nivel educativo, curso de procedencia y número de sesiones.

	No varían n (%)	Mejoran n (%)	Empeoran n (%)	p	
Grupo total	171 (78,4%)	38 (17,4%)	9 (4,2%)	0,000	
Sexo					
	Hombres	108 (80,6%)	20 (14,9%)	6 (4,5%)	0,018
	Mujeres	63 (75,0%)	18 (21,4%)	3 (3,6%)	0,004
Nivel educativo					
	Escolarización normal	104 (75,3%)	29 (21,0%)	5 (3,7%)	0,000
	Fracaso escolar	59 (85,6%)	7 (10,1%)	3 (4,3%)	
	Discapacitados	8 (72,8%)	2 (18,1%)	1 (9,1%)	
Curso de procedencia					
	3º de ESO ^a	33 (58,0%)	20 (35,0%)	4 (7,0%)	0,003
	4º de ESO ^a	21 (77,8%)	6 (22,2%)	0 (0,0%)	
	Bachiller	50 (92,6%)	3 (5,5%)	1 (1,9%)	
	Jardinería	8 (72,8%)	2 (18,2%)	1 (9,0%)	
	Adaptación escolar	9 (90,0%)	0 (0,0%)	1 (10,0%)	
	Oficios	50 (84,7%)	7 (11,9%)	2 (3,4%)	
Número de sesiones impartidas					
	1 sesión	22 (59,5%)	11 (29,7%)	4 (10,8%)	0,179
	4 sesiones	149 (82,4%)	27 (14,8%)	5 (2,8%)	0,000

^a Educación Secundaria Obligatoria

En la tabla 76, se observó en referencia a la pregunta – si se rompe el preservativo hay riesgo de Infección de transmisión sexual y embarazo -, que 2 de cada 10 alumnos/as mejoraron, observando significación estadística a favor de la intervención educativa (p=0,000).

En referencia al sexo, 1 de cada 10 hombres y 2 de cada 10 mujeres mejoraron la discriminación observando significación estadística a favor de la intervención ($p=0,018$ y $p=0,004$ respectivamente). Referente al nivel educativo, en el grupo de escolarización normal 2 de cada 10 mejoraron, observando significación estadística ($p=0,000$) En el grupo de fracaso escolar 1 de cada 10 alumnos/as y en el de discapacitados 2 de cada 10 que mejoraron, aunque no se pudo calcular la significación estadística por haber ceros en varias casillas. Respecto al curso de procedencia el grupo de 3º de ESO 3 de cada 10 alumnos/as mejoraron, observando significación estadística después de la intervención ($p=0,000$), en 4º de ESO 2 de cada 10 alumnos/as mejoraron la respuesta, en bachiller un 5%, en jardinería 2 de cada 10, y en oficios 1 de cada 10, aunque no se pudo calcular la significación estadística por haber ceros en varias casillas. Si se analiza según el número de sesiones, ambos grupos mejoraron, observando significación estadística a favor de la intervención ($p=0,179$ y $p= 0,000$ respectivamente)

4.13 Descripción de las variables relacionadas con la información basada en mitos en los cuestionarios aparejados.

En la tabla 77, en referencia a la pregunta – las relaciones sexuales con penetración son más satisfactorias -, se observó significación estadística después de la intervención hacia la desmitificación ($p=0,000$).

Tabla 77: Comparación test/retest con datos aparejados de la pregunta las relaciones sexuales con penetración son más satisfactorias.

	Las relaciones sexuales con penetración son más satisfactorias				p
	Si n (%)	No n (%)	No lo sé n (%)	Total n (%)	
Las RS con penetración son mas satisfactorias. Test					
Si	29(13,3%)	81 (37,2%)	9 (4,1%)	119 (54,6%)	
No	12 (5,5%)	45 (20,6%)	3 (1,4%)	60 (27,5%)	
No lo sé	10 (4,6%)	20 (9,2%)	9 (4,1%)	39 (17,9%)	
Total	51 (23,4%)	146(67,0%)	21(9,6%)	218(100,0%)	0,000

Tabla 78: Comparación test/retest con datos aparejados de la pregunta las relaciones sexuales con penetración son más satisfactorias a nivel global, género, nivel educativo, curso de procedencia y número de sesiones.

	No varían n (%)	Mejoran n (%)	Empeoran n (%)	p
Grupo total	83 (38,0%)	110 (50,5%)	25 (11,5%)	0,000
Sexo				
Hombres	49 (36,5%)	70 (52,3%)	15 (11,2%)	0,000
Mujeres	34 (40,5%)	40 (47,6%)	10 (11,9%)	0,000
Nivel educativo				
Escolarización normal	51 (36,9%)	67 (48,5%)	20 (14,6%)	0,000
Fracaso escolar	25 (36,3%)	40 (57,9%)	4 (5,8%)	0,000
Discapacitados	7 (63,7%)	3 (27,3%)	1 (9,1%)	NS
Curso de procedencia				
3º de ESO ^a	23 (40,4%)	17 (29,7%)	17 (29,9%)	NS
4º de ESO ^a	19 (70,3%)	8 (29,6%)	0 (0,0%)	0,046
Bachiller	9 (5,6%)	42 (77,8%)	3 (5,6%)	0,000
Jardinería	7 (63,7%)	3 (27,3%)	1 (9,1%)	NS
Adaptación escolar	7 (70%)	1 (10%)	2 (20%)	NS
Oficios	18 (30,5%)	39 (66,1%)	2 (3,4%)	0,000
Número de sesiones impartidas				
1 sesión	20 (54,0%)	6 (16,2%)	11 (29,7%)	NS
4 sesiones	53 (34,8%)	104 (57,5%)	14 (7,7%)	0,000

^a Educación Secundaria Obligatoria

En la tabla 78, se observó en referencia a la pregunta – las relaciones sexuales con penetración son más satisfactorias -, que 5 de cada 10 alumnos/as mejoraron la desmitificación, observando significación estadística a favor de la intervención educativa ($p=0,000$). En referencia al sexo, 5 de cada 10 hombres y mujeres mejoró la desmitificación observando significación estadística a favor de la intervención ($p=0,000$ y $p=0,000$ respectivamente). Referente al nivel educativo, en el grupo de escolarización normal 5 de cada 10 y en fracaso escolar 6 de cada 10 alumnos/as mejoraron, observando significación estadística ($p=0,000$ y $p=0,000$ respectivamente); finalmente el grupo de discapacitados que mejoraron 3 de cada 10 alumnos/as, aunque no se constató significación estadística. Respecto al curso de procedencia el grupo de 3º de ESO no observó significación estadística, en 4º de ESO 3 de cada 10 alumnos/as mejoraron la desmitificación, en bachiller y oficios 7 de cada 10, observando significación estadística a favor de la intervención ($p=0,046$, $p=0,000$ y $p=0,000$ respectivamente). En jardinería y adaptación escolar no se observó significación estadística.

Si se analiza según el número de sesiones, en el grupo que se le impartió 1 sesión no observó significación estadística y el grupo que recibió 4 sesiones mejoraron hacia la desmitificación 6 de cada 10 alumnos/as observando significación estadística a favor de la intervención (0,000)

En la tabla 79, en referencia a la pregunta - masturbarse puede provocar algún problema de salud -, se observó significación estadística después de la intervención hacia la desmitificación ($p=0,000$).

Tabla 79: Comparación test/retest con datos aparejados de la pregunta masturbarse puede provocar algún problema de salud

		Masturbarse puede provocar algún problema de salud			p	
		Retest				
		Si n (%)	No n (%)	No lo sé n (%)	Total n (%)	
Masturbarse puede provocar algún problema de salud. Test						
	Si	20(9,2%)	34 (15,6%)	9 (4,1%)	63 (28,9%)	
	No	5 (2,3%)	103 (47,2%)	7 (3,2%)	115 (58,8%)	
	No lo sé	7 (3,2%)	26 (11,9%)	7 (3,2%)	40 (18,3%)	
Total		32 (14,7%)	163 (74,8%)	23 (10,6%)	218 (100,0%)	0,000

En la tabla 80, se observó en referencia a la pregunta – masturbarse puede provocar algún problema de salud -, que 3 de cada 10 alumnos/as mejoraron, observando significación estadística a favor de la intervención educativa, hacia la desmitificación($p=0,000$). En referencia al sexo, 3 de cada 10 hombres y mujeres mejoró la discriminación, observando significación estadística a favor de la intervención ($p=0,000$ y $p=0,004$ respectivamente). Referente al nivel educativo, en el grupo de escolarización normal y fracaso escolar 3 de cada 10 mejoraron la discriminación, observando significación estadística ($p=0,000$ y $p=0,0003$ respectivamente); finalmente el grupo de discapacitados que no se pudo calcular la significación estadística por haber ceros en varias casillas.

Tabla 80: Comparación test/retest con datos aparejados de la pregunta masturbarse puede provocar algún problema de salud a nivel global, sexo, nivel educativo, curso de procedencia y número de sesiones.

	No varían n (%)	Mejoran n (%)	Empeoran n (%)	p
Grupo total	130 (59,6%)	69 (31,6%)	19 (8,8%)	0,000
Sexo				
Hombres	80 (59,7%)	42 (31,4%)	12 (8,9%)	0,000
Mujeres	50 (59,3%)	27 (32,3%)	7 (8,4%)	0,004
Nivel educativo				
Escolarización normal	79 (57,2%)	45 (32,6%)	14 (10,2%)	0,000
Fracaso escolar	45 (65,3%)	20 (28,9%)	4 (5,8%)	0,003
Discapacitados	6 (54,5%)	1 (9,1%)	4 (4%)	NS
Curso de procedencia				
3º de ESO ^a	28 (49,2%)	15 (26,4%)	14 (24,4%)	NS
4º de ESO ^a	16 (59,2%)	11 (40,7%)	0 (0,0%)	0,012
Bachiller	35 (64,8%)	35 (35,2%)	0 (0,0%)	0,000
Jardinería	6 (54,6%)	4 (36,4%)	1 (9,1%)	NS
Adaptación escolar	8 (80,0%)	2 (20,0%)	0 (0,0%)	0,006
Oficios	37 (62,7%)	18 (30,5%)	4 (6,8%)	0,000
Número de sesiones impartidas				
1 sesión	24 (64,8%)	5 (13,5%)	8 (21,7%)	NS
4 sesiones	106 (58,5%)	64 (35,4%)	11 (6,1%)	0,000

^a Educación Secundaria Obligatoria

Respecto al curso de procedencia el grupo de 3º de ESO no observó significación estadística, en 4º de ESO 4 de cada 10 alumnos/as mejoraron la discriminación, en bachiller y oficios 3 de cada 10 la mejoró y en adaptación escolar en 2 de cada 10, observando significación estadística a favor de la intervención ($p=0,012$, $p=0,00$, $p=0,000$ y $p=0,006$ respectivamente). Finalmente jardinería que mejoraron 4 de cada 10 alumnos/as aunque no se observó la significación estadística. Si se analiza según el número de sesiones, en el grupo que se le impartió 1 sesión no observó significación estadística y el grupo que recibió 4 sesiones mejoraron 3 de cada 10 alumnos/as observando significación estadística a favor de la intervención (0,000)

En la tabla 81, en referencia a la pregunta – pregunta las chicas cuando tienen la primera relación con penetración sangran siempre -, se observó significación estadística después de la intervención hacia la desmitificación ($p=0,000$).

Tabla 81: Comparación test/retest con datos aparejados de la pregunta las chicas cuando tienen la primera relación con penetración sangran siempre

	Las chicas cuando tienen la 1ª RS con penetración sangran siempre				p
	Si n (%)	No n (%)	No lo sé n (%)	Total n (%)	
Las chicas cuando tienen la 1ª RS con penetración sangran siempre. Test					
Si	41 (18,8%)	52 (23,9%)	16 (7,3%)	109 (50,0%)	
No	9 (4,1%)	75 (34,4%)	3 (1,4%)	87 (39,9%)	
No lo sé	5 (2,3%)	14 (6,4%)	3 (1,4%)	22 (10,1%)	
Total	55 (25,2%)	141 (64,7%)	22 (10,1%)	218 (100,0)	0,000

En la tabla 82, se observó en referencia a la pregunta – pregunta las chicas cuando tienen la primera relación con penetración sangran siempre -, que 4 de cada 10 alumnos/as mejoraron la desmitificación, observando significación estadística a favor de la intervención educativa, ($p=0,000$). En referencia al sexo, 3 de cada 10 hombres y 4 de cada 10 mujeres mejoró la discriminación, observando significación estadística a favor de la intervención ($p=0,000$ y $p=0,000$ respectivamente).

Referente al nivel educativo, en el grupo de escolarización normal 4 de cada 10 y en fracaso escolar 3 de cada 10 alumnos/as mejoraron, observando significación estadística después de la intervención ($p=0,000$ y $p=0,001$ respectivamente); finalmente el grupo de discapacitados que mejoraron 5 de cada 10 alumnos/as, aunque no se constató significación estadística.

Tabla 82: Comparación test/retest con datos aparejados de la pregunta las chicas cuando tienen la primera relación con penetración sangran siempre a nivel global, género, nivel educativo, curso de procedencia y número de sesiones.

	No varían n (%)	Mejoran n (%)	Empeoran n (%)	p
Grupo total	119 (54,6%)	82 (37,6%)	17 (7,8%)	0,000
Sexo				
Hombres	79 (58,9%)	44 (32,8%)	11 (8,2%)	0,000
Mujeres	30 (47,6%)	38 (45,2%)	4 (7,2%)	0,000
Nivel educativo				
Escolarización normal	72 (52,2%)	53 (38,4%)	13 (9,4%)	0,000
Fracaso escolar	43 (62,4%)	23 (33,2%)	3 (4,4%)	0,001
Discapacitados	4 (36,4%)	6 (54,6%)	1 (9,1%)	NS
Curso de procedencia				
3º de ESO ^a	30 (52,6%)	15 (26,3%)	12 (21,1%)	NS
4º de ESO ^a	12 (44,4%)	15 (55,6%)	0 (0,0%)	
Bachiller	30 (55,5%)	23 (42,6%)	1 (1,9%)	0,000
Jardinería	4 (36,3%)	6 (54,6%)	1 (9,1%)	NS
Adaptación escolar	7 (70,0%)	3 (30,0%)	0 (0,0%)	
Oficios	36 (61,0%)	20 (33,9%)	3 (5,1%)	0,005
Número de sesiones impartidas				
1 sesión	26 (70,3%)	5 (13,5%)	6 (16,2%)	NS
4 sesiones	93 (51,5%)	77 (42,4%)	11 (6,1%)	0,000

^a Educación Secundaria Obligatoria

Respecto al curso de procedencia el grupo de 3º de ESO no observó significación estadística, en los alumnos/as de 4º de ESO y adaptación escolar, no se pudo calcular la significación estadística por haber ceros en varias casillas; en bachiller 4 de cada 10 alumnos/as mejoraron la desmitificación y en oficios 3 de cada 10 observando significación estadística a favor de la intervención ($p=0,000$ y $p=0,005$ respectivamente). Si se analiza según el número de sesiones, en el grupo que se le impartió 1 sesión no observó significación estadística y el grupo que recibió 4 sesiones mejoraron 4 de cada 10 alumnos/as observando significación estadística a favor de la intervención ($0,000$)

En la tabla 83, en referencia a la pregunta – la chica siempre llega al orgasmo en las relaciones sexuales con penetración –, se observó significación estadística después de la intervención hacia la desmitificación ($p=0,000$).

Tabla 83: Comparación test/retest con datos aparejados de la pregunta la chica siempre llega al orgasmo en las relaciones sexuales con penetración

		La chica siempre llega al orgasmo en las RS con penetración			p	
		Si n (%)	No n (%)	Retest No lo se n (%)		
La chica siempre llega al orgasmo en las RS con penetración. Test	Si	34 (15,6%)	66 (30,3%)	15 (6,9%)	115 (52,8%)	
	No	13 (6,0%)	66 (30,3%)	2 (0,9%)	81 (37,2%)	
	No lo se	4 (1,8%)	9 (4,1%)	9 (4,1%)	22 (10,1%)	
Total		51 (23,4%)	141 (64,7%)	26 (11,9%)	218 (100,0%)	0,000

En la tabla 84, se observó en referencia a la pregunta – la chica siempre llega al orgasmo en las relaciones sexuales con penetración –, que 4 de cada 10 alumnos/as mejoraron la desmitificación, observando significación estadística a favor de la intervención educativa ($p=0,000$).

Tabla 84 Comparación test/retest con datos aparejados de la pregunta la chica siempre llega al orgasmo en las relaciones sexuales con penetración a nivel global, género, nivel educativo, curso de procedencia y número de sesiones.

		No varían n (%)	Mejoran n (%)	Empeoran n (%)	p
Grupo		109 (50,0%)	90 (41,3%)	19 (8,7%)	0,000
Sexo					
	Hombres	65 (48,6%)	59 (44,0%)	10 (7,4%)	0,000
	Mujeres	44 (52,4%)	31 (36,9%)	9 (10,7%)	0,004
Nivel educativo					
	Escolarización normal	79 (57,3%)	44 (31,9%)	15 (10,8%)	0,002
	Fracaso escolar	37 (40,6%)	39 (56,5%)	2 (2,8%)	0,000
	Discapacitados	2 (18,2%)	7 (63,7%)	2 (18,2%)	
Curso de procedencia					
	3° de ESO ^a	35 (61,4%)	10 (17,5%)	12 (21,1%)	NS
	4° de ESO ^a	15 (55,5%)	12 (44,4%)	0 (0,0%)	0,007
	Bachiller	29 (53,8%)	22 (40,8%)	2 (5,6%)	0,002
	Jardinería	2 (18,2%)	7 (63,7%)	2 (18,2%)	
	Adaptación escolar	4(40,0%)	6 (60,0%)	0 (0,0%)	
	Oficios	24 (40,6%)	33 (56,0%)	2 (3,4%)	0,000
Número de sesiones impartidas					
	1 sesión	23 (62,1%)	5 (13,5%)	9 (24,4%)	NS
	4 sesiones	86 (47,4%)	85 (47,0%)	10 (5,6%)	0,000

^a Educación Secundaria Obligatoria

En referencia al sexo, 4 de cada 10 hombres y mujeres mejoraron la desmitificación observando significación estadística a favor de la intervención ($p=0,000$ y $p=0,004$ respectivamente). Referente al nivel educativo, en el grupo de escolarización normal 3 de cada 10 y en fracaso escolar 6 de cada 10 alumnos/as mejoraron, observando significación estadística ($p=0,002$ y $p=0,000$ respectivamente); finalmente el grupo de discapacitados que mejoraron 6 de cada 10 alumnos/as, aunque no se pudo calcular la significación estadística por haber ceros en varias casillas. Respecto al curso de procedencia el grupo de 3º de ESO no observó significación estadística, en 4º de ESO y bachiller 4 de cada 10 alumnos/as mejoraron la respuesta hacia la desmitificación, en oficios, lo hicieron 6 de cada 10, observando significación estadística a favor de la intervención ($p=0,007$, $p=0,002$ y $p=0,000$ respectivamente). Finalmente jardinería y adaptación escolar que mejoraron 6 de cada 10 alumnos mejoraron la desmitificación, aunque no se pudo calcular la significación estadística por haber ceros en varias casillas. Si se analiza según el número de sesiones, en el grupo que se le impartió 1 sesión no observó significación estadística y el grupo que recibió 4 sesiones mejoraron 5 de cada 10 alumnos/as observando significación estadística a favor de la intervención ($0,000$)

En la tabla 85, en referencia a la pregunta – el uso del preservativo disminuye el placer sexual. -, se observó significación estadística después de la intervención hacia la desmitificación ($p=0,000$).

Tabla 85: Comparación test/retest con datos aparejados de la pregunta el uso del preservativo disminuye el placer sexual.

		El uso de preservativo disminuye el placer sexual				p
		Retest			Total n (%)	
		Si n (%)	No n (%)	No lo sé n (%)		
El uso de preservativo disminuye el placer Sexual. Test n (%)	Si	54 (24,9%)	53 (24,4%)	5 (2,3%)	112 (51,6%)	0,000
	No	5 (2,3%)	74 (34,1%)	1 (0,5%)	80 (36,9%)	
	No lo sé	9 (4,1%)	12 (5,5%)	4 (1,8%)	25 (11,5%)	
Total		68 (31,3)	139 (64,1)	10 (4,6)	217 (100,0)	

En la tabla 86, se observó en referencia a la pregunta – el uso del preservativo disminuye el placer sexual –, que 3 de cada 10 alumnos/as mejoraron la desmitificación, observando significación estadística a favor de la intervención educativa, ($p=0,000$). En referencia al sexo, 4 de cada 10 hombres y 2 de cada 10 mujeres mejoró la desmitificación observando significación estadística a favor de la intervención ($p=0,000$ y $p=0,000$ respectivamente). Referente al nivel educativo, en el grupo de escolarización normal 3 de cada 10 y en fracaso escolar 4 de cada 10 alumnos/as mejoraron, observando significación estadística ($p=0,000$ y $p=0,000$ respectivamente); finalmente el grupo de discapacitados que mejoraron 2 de cada 10 alumnos/as, aunque no se pudo calcular la significación estadística por haber ceros en varias casillas.

Tabla 86: Comparación test/retest con datos aparejados de la pregunta el uso de preservativo disminuye el placer sexual a nivel global, sexo, nivel educativo, curso de procedencia y número de sesiones.

	No varían n (%)	Mejoran n (%)	Empeoran n (%)	p
Grupo	132 (60,5%)	70 (32,6%)	15 (6,9%)	0,000
Sexo				
Hombres	76 (56,7%)	49 (36,6%)	9 (6,7%)	0,000
Mujeres	56 (67,5%)	21 (25,3%)	6 (7,2%)	0,000
Nivel educativo				
Escolarización normal	87 (63,3%)	41 (29,4%)	10 (7,3%)	0,000
Fracaso escolar	37 (53,6%)	27 (39,2%)	5 (7,2%)	0,000
Discapacitados	8 (80,0%)	2 (20,0%)	0 (0,0%)	
Curso de procedencia				
3º de ESO ^a	38 (66,7%)	16 (28,0%)	3 (5,3%)	0,003
4º de ESO ^a	18 (66,6%)	6 (22,2%)	3 (11,1%)	
Bachiller	31 (57,4%)	19 (35,2%)	4 (7,5%)	0,001
Jardinería	8 (80,0%)	2 (20,0%)	0 (0,0%)	
Adaptación escolar	4 (40,0%)	6 (60,0%)	0 (0,0%)	
Oficios	33 (55,9%)	21 (35,6%)	5 (8,5%)	0,006
Número de sesiones impartidas				
1 sesión	29 (78,3%)	7 (18,9%)	1 (2,7%)	NS
4 sesiones	103 (57,2%)	63 (35,0%)	14 (7,8%)	0,000

^a Educación Secundaria Obligatoria

Respecto al curso de procedencia el grupo de 3º de ESO, bachiller y oficios 3 de cada 10 alumnos/as mejoraron la desmitificación, observando significación estadística a favor de la intervención ($p=0,003$, $p=0,001$ y $p=0,006$ respectivamente). En 4º de ESO y jardinería mejoraron 2 de cada 10 alumnos/as,

en el curso de adaptación escolar 6 de cada 10 aunque no se pudo calcular la significación estadística por haber ceros en varias casillas. Si se analiza según el número de sesiones, el grupo al que se le impartió 1 sesión no observó significación estadística y el grupo que recibió 4 sesiones mejoraron 3 de cada 10 alumnos/as observando significación estadística a favor de la intervención ($p=0,000$)

4.14 Descripción de las variables sobre valores en los cuestionarios aparejados.

En la tabla 87, en referencia a la pregunta – relaciones sexuales se han de tener siempre que tu pareja te lo proponga -, se observó significación estadística después de la intervención hacia el cambio de opinión ($p=0,000$).

Tabla 87 Comparación test/retest con datos aparejados de la pregunta las relaciones sexuales se han de tener siempre que tu pareja te lo proponga.

	Las RS se han de tener siempre que tu pareja te lo proponga				p
	Retest			Total n (%)	
	Si n (%)	No n (%)	No sé n (%)		
Las RS se han de tener siempre que tu pareja te lo proponga. Test					
Si	44 (20,2%)	47 (21,6%)	6 (2,8%)	97 (44,5%)	
No	13 (6,0%)	95 (43,6%)	1 (0,5%)	109 (50,0%)	
No lo sé	3 (1,4%)	6 (2,8%)	3 (1,4%)	12 (5,5%)	
Total	60 (27,5%)	148 (67,9%)	10 (4,6%)	218(100,0%)	0,000

En la tabla 88, se observó en referencia a la pregunta –si las relaciones sexuales se han de tener siempre que tu pareja te lo proponga -, que 3 de cada 10 alumnos/as mejoraron la opinión, observando significación estadística a favor de la intervención educativa, ($p=0,000$). En referencia al sexo, 3 de cada 10 hombres y 2 de cada 10 mujeres mejoró la opinión, observando significación estadística a favor de la intervención en los hombres ($p=0,000$).

Tabla 88: Comparación test/retest con datos aparejados de la pregunta si las relaciones sexuales se han de tener siempre que tu pareja te lo proponga a nivel global, sexo, nivel educativo, curso de procedencia y número de sesiones.

	No varían n (%)	Mejoran n (%)	Empeoran n (%)	p
Grupo total	142 (65,1%)	59 (27,1%)	17 (7,8%)	0,000
Sexo				
Hombres	80 (59,8%)	43 (32,0%)	11 (8,2%)	0,000
Mujeres	62 (73,7%)	16 (19,1%)	6 (7,2%)	NS
Nivel educativo				
Escolarización normal	99 (71,8%)	27 (19,6%)	12 (8,6%)	NS
Fracaso escolar	37 (53,7%)	27 (39,2%)	5 (7,1%)	0,001
Discapacitados	6 (54,6%)	3 (27,2%)	2 (18,2%)	
Curso de procedencia				
3º de ESO ^a	45 (79,0%)	6 (10,5%)	6 (10,5%)	NS
4º de ESO ^a	14 (51,8%)	13 (48,2%)	0 (0,0%)	
Bachiller	40 (74,0%)	10 (18,4%)	4 (7,5%)	
Jardinería	6 (54,6%)	3 (27,3%)	2 (18,1%)	
Adaptación escolar	7 (70,0%)	3 (30,0%)	0 (0,0%)	
Oficios	30 (50,8%)	23 (39,0%)	6 (10,2%)	0,005
Número de sesiones impartidas				
1 sesión	32 (86,4%)	2 (5,4%)	3 (8,1%)	NS
4 sesiones	110 (60,8%)	57 (31,5%)	14 (7,7%)	0,000

^a Educación Secundaria Obligatoria

Referente al nivel educativo, en el grupo de escolarización normal, 2 de cada 10 alumnos/as mejoraron la opinión sin observar significación estadística y en fracaso escolar 4 de cada 10 mejoraron, constatando significación estadística ($p=0,001$); finalmente el grupo de discapacitados que mejoraron 3 de cada 10 alumnos/as, aunque no se pudo calcular la significación estadística por haber ceros en varias casillas. Respecto al curso de procedencia el grupo de 3º de ESO, no observo significación estadística hacia el cambio de opinión. En el curso de 4º de ESO, 5 de cada 10 alumnos/as mejoraron la opinión, en bachiller 2 de cada 10, en jardinería y adaptación escolar 3 de cada 10 la mejoraron, aunque no se pudo calcular la significación estadística por haber ceros en varias casillas. Finalmente en oficios que mejoraron la opinión 4 de cada de cada 10 alumnos/as, observando significación estadística a favor de la intervención ($p=0,005$).

Si se analiza según el número de sesiones, en el grupo que se le impartió 1 sesión no observó significación estadística y el grupo que recibió 4 sesiones mejoraron la opinión 3 de cada 10 alumnos/as observando significación estadística a favor de la intervención ($p=0,000$)

En la tabla 89, en referencia a la pregunta – la homosexualidad es una forma más de manifestar la sexualidad -, se observó significación estadística después de la intervención hacia el cambio de opinión ($p=0,000$).

Tabla 89: Comparación test/retest con datos aparejados de la pregunta la homosexualidad es una forma más de manifestar la sexualidad.

	La homosexualidad es una forma más de manifestar la sexualidad.			p
	Si n (%)	No n (%)	Retest Total n (%)	
La homosexualidad es una forma más de manifestar la sexualidad . Test				
Si	82 (37,6%)	5 (2,3%)	87(39,9%)	
No	45 (20,6%)	84 (38,5%)	129(59,2%)	
No lo sé	2 (0,9%)	0 (0,0%)	2 (0,9%)	
Total	129(59,2%)	89 (40,8%)	218(100%)	0,000

En la tabla 90, se observó en referencia a la pregunta – la homosexualidad es una forma más de manifestar la sexualidad -, que 2 de cada 10 alumnos/as mejoraron, no pudiendo calcular la significación estadística por haber ceros en varias casillas. En referencia al sexo, 2 de cada 10 hombres y 2 de cada 10 mujeres mejoró la opinión, observando significación estadística a favor de la intervención ($p=0,000$) en los hombres, en las mujeres no se pudo calcular la significación estadística por haber ceros en varias casillas. Referente al nivel educativo, en el grupo de escolarización normal 2 de cada mejoraron la opinión, observando significación estadística ($p=0,000$). El grupo de fracaso escolar, mejoró la opinión en 2 de cada 10 alumnos/as y el grupo de discapacitados la mejoró en 4 de cada 10 alumnos/as, aunque no se pudo calcular la significación estadística por haber ceros en varias casillas.

Tabla 90: Comparación test/retest con datos aparejados de la pregunta la homosexualidad es una forma más de manifestar la sexualidad a nivel global, sexo, nivel educativo, curso de procedencia y número de sesiones.

	No varían n (%)	Mejoran n (%)	Empeoran n (%)	p
Grupo total	166 (76,1%)	47 (21,6%)	5 (2,3%)	
Sexo				
Hombres	104 (77,6%)	27 (20,2%)	3 (2,2%)	0,000
Mujeres	62 (73,8%)	20 (21,4%)	2 (2,4%)	
Nivel educativo				
Escolarización normal	110 (79,7%)	26 (18,9%)	2 (1,4%)	0,000
Fracaso escolar	50 (72,5%)	16 (23,2%)	3 (4,3%)	
Discapacitados	6 (54,6%)	5 (45,4%)	0 (0,0%)	
Curso de procedencia				
3º de ESO ^a	51 (89,4%)	5 (8,8%)	1 (1,8%)	NS
4º de ESO ^a	16 (59,2%)	11 (40,8%)	0 (0,0%)	0,001
Bachiller	43 (79,6%)	10 (18,5%)	1 (1,9%)	0,012
Jardinería	6 (54,6%)	5 (45,4%)	0 (0,0%)	
Adaptación escolar	7 (70,0%)	3 (30,0%)	0 (0,0%)	
Oficios	43 (72,8%)	13 (22,0%)	3 (5,2%)	
Número de sesiones impartidas				
1 sesión	35 (94,6%)	1 (2,7%)	1 (2,7%)	NS
4 sesiones	131 (72,4%)	46 (25,4%)	4 (2,2%)	

^a Educación Secundaria Obligatoria

Respecto al curso de procedencia el grupo de 3º de ESO no observó significación estadística, en 4º de ESO, 4 de cada 10 alumnos/as mejoraron la opinión y en bachiller en 2 de cada 10, observando significación estadística a favor de la intervención ($p=0,001$ y $p=0,012$ respectivamente). En jardinería mejoraron la opinión 4 de cada 10 alumnos/as, en adaptación escolar 3 de cada 10 y en oficios 2 de cada 10, aunque no se pudo calcular la significación estadística por haber ceros en varias casillas. Si se analiza según el número de sesiones, en el grupo que se le impartió 1 sesión no observó significación estadística y el grupo que recibió 4 sesiones mejoraron 2 de cada 10 alumnos/as aunque no se pudo calcular la significación estadística por haber ceros en varias casillas.

En la tabla 91, en referencia a la pregunta – la homosexualidad es una enfermedad –, no se observó significación estadística después de la intervención hacia el cambio de opinión.

Tabla 91: Comparación test/retest con datos aparejados de la pregunta la homosexualidad es una enfermedad.

		La homosexualidad es una enfermedad.				
		Test			Total	p
		Si	No	No lo sé	n (%)	
		n (%)	n (%)	n (%)		
La homosexualidad es una enfermedad.						
Test	Si	32 (14,7%)	14 (6,4%)	0 (0,0%)	46 (21,1%)	
	No	16 (7,3%)	153 (70,2%)	1 (0,5%)	170 (78,0%)	
	No lo sé	0 (0,0%)	2 (0,9%)	0 (0,0)	2 (0,9%)	
Total		48 (22,0%)	169 (77,5%)	1 (0,5%)	218(100,0%)	NS

En la tabla 92, se observó en referencia a la pregunta – la homosexualidad es una enfermedad -, que no varían la respuesta 8 de cada 10 alumnos, sin observar significación estadística.

Tabla 92: Comparación test/retest con datos aparejados de la pregunta la homosexualidad es una enfermedad a nivel global, sexo, nivel educativo, curso de procedencia y número de sesiones.

		No varían	Mejoran	Empeoran	p
		n (%)	n (%)	n (%)	
Grupo total		185 (84,9%)	16 (7,3%)	17 (7,8%)	NS
Sexo					
	Hombres	110 (82,0%)	12 (9,0%)	12 (9,0%)	NS
	Mujeres	75 (89,3%)	4 (4,7%)	5 (6,0%)	NS
Nivel educativo					
	Escolarización normal	125 (90,5%)	6 (4,3%)	7 (5,2%)	
	Fracaso escolar	51 (73,9%)	8 (11,6%)	10 (14,5%)	
	Discapacitados	9 (81,8%)	2 (18,2%)	0 (0,0%)	
Curso de procedencia					
	3º de ESO ^a	42 (85,9%)	3 (5,3%)	5 (8,8%)	
	4º de ESO ^a	22 (81,5%)	3 (11,1%)	2 (7,4%)	NS
	Bachiller	54 (100,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	NS
	Jardinería	9 (81,8%)	2 (18,2%)	0 (0,0%)	
	Adaptación escolar	4 (40,0%)	2 (20,0%)	4 (40,0%)	NS
	Oficios	47 (79,6%)	9 (10,2%)	6 (10,2%)	
Número de sesiones impartidas					
	1 sesión	32 (86,5%)	0 (0,0%)	5 (13,5%)	
	4 sesiones	153 (84,7%)	16 (8,7%)	12 (6,6%)	

^a Educación Secundaria Obligatoria

En referencia al sexo, no se constata significación estadística ni en los hombres ni en las mujeres hacia el cambio de opinión. Referente al nivel educativo, en el grupo de escolarización normal un 0,4% mejoraron la opinión, el grupo de fracaso escolar, mejoró la opinión en 1 de cada 10 alumnos/as y el grupo de discapacitados la mejoró en 2 de cada 10 alumnos/as, aunque no se pudo calcular la significación estadística por haber ceros en varias casillas. Respecto al curso de procedencia en el grupo de 3º de ESO, jardinería y oficios, no se pudo calcular la significación estadística por haber ceros en varias casillas. En 4º de ESO, mejoraron 1 de cada 10 alumnos/as, en bachiller la totalidad del grupo no varió la respuesta y en adaptación escolar 3 de cada 10, la mejoraron, sin constatar significación estadística a favor de la intervención. Si se analiza según el número de sesiones, tanto en el grupo que se le impartió 1 como el que recibió 4 sesiones, no se pudo calcular la significación estadística por haber ceros en varias casillas.

En la tabla 93, en referencia a la pregunta –no tengo opinión sobre la sexualidad- se observó significación estadística a tenerla, después de la intervención ($p=0,000$).

Tabla 93: Comparación test/retest con datos aparejados de la pregunta no tengo opinión sobre la homosexualidad.

		No tengo opinión sobre la homosexualidad.			p	
		Test				
		Si n (%)	No n (%)	No lo se n (%)	Total n (%)	
No tengo opinión sobre la homosexualidad.						
	Test					
	Si	56 (30,3%)	27 (14,6%)	0 (0,0%)	83 (44,9%)	56(30,3%)
	No	5 (2,7%)	89 (48,1%)	1 (0,5%)	95 (51,4%)	5 (2,7%)
	No lo sé	0 (0,0%)	0 (0,0%)	7 (3,8%)	7 (3,8%)	0 (0,0%)
Total		61 (33,0%)	116(62,7%)	8 (4,3%)	185(100,0%)	0,000

En la tabla 94, se observó en referencia a la pregunta – pregunta no tengo opinión sobre la homosexualidad -, que mejoraron a tenerla un 3,2% alumnos/as, observando significación estadística a favor de la intervención educativa, ($p=0,000$). En referencia al sexo, los hombres mejoraron la opinión en un 1,9% y en un 5,2% las mujeres, observando significación estadística a favor de la intervención en los hombres ($p=0,000$).

Tabla 94: Comparación test/retest con datos aparejados de la pregunta no tengo opinión sobre la homosexualidad a nivel global, sexo, nivel educativo, curso de procedencia y número de sesiones.

	No varían n (%)	Mejoran n (%)	Empeoran n (%)	p
Grupo total	152 (82,2%)	6 (3,2%)	27 (14,6%)	0,000
Sexo				
Hombres	86 (79,6%)	2 (1,9%)	20 (18,5%)	0,000
Mujeres	66 (85,7%)	4 (5,2%)	7 (9,1%)	NS
Nivel educativo				
Escolarización normal	96 (89,5%)	3 (2,7%)	9 (7,8%)	NS
Fracaso escolar	42 (71,2%)	2 (3,4%)	15 (25,4%)	0,002
Discapitados	7 (63,6%)	1 (9,1%)	3 (27,3%)	NS
Curso de procedencia				
3º de ESO ^a	31 (91,2%)	2 (5,9%)	1 (2,9%)	NS
4º de ESO ^a	26 (96,3%)	0 (0,0%)	1 (3,7%)	NS
Bachiller	46 (85,2%)	1 (1,8%)	7 (13,0%)	
Jardinería	7 (63,6%)	1 (9,1%)	3 (27,3%)	NS
Adaptación escolar	2 (55,6%)	0 (0,0%)	4 (44,4%)	NS
Oficios	37 (74,0%)	2 (4,0%)	11 (22,0%)	0,022
Número de sesiones impartidas				
1 sesión	31 (93,9%)	2 (6,1%)	0 (0,0%)	NS
4 sesiones	121 (79,6%)	4 (2,6%)	27 (17,8%)	0,000

^a Educación Secundaria Obligatoria

Referente al nivel educativo, en el grupo de escolarización normal un 2,7% mejoraron la opinión y en el grupo el grupo de los discapacitados en un 9,1%, sin observar significación estadística. En fracaso escolar un 3,4% la mejoraron, constatando significación estadística ($p=0,002$).

Respecto al curso de procedencia ni el grupo de 3º de ESO, ni 4º de ESO, ni jardinería ni adaptación escolar, observo significación estadística hacia el cambio de opinión. En el curso de bachiller un 1,8% la mejoraron, aunque no se pudo calcular la significación estadística por haber ceros en varias casillas. Finalmente en oficios mejoraron la opinión un 4%, observando significación estadística a favor de la intervención ($p=0,022$). Si se analiza según el número de sesiones, en el grupo que se le impartió 1 sesión no observó significación estadística y el grupo que recibió 4 sesiones mejoraron la opinión un 2,6, observando significación estadística a favor de la intervención ($p=0,000$)

En la tabla 95, en referencia a la pregunta – las sexualidad debe ser consecuencia del cariño con otra persona -, se observó significación estadística después de la intervención a que sí tiene que serlo ($p=0,005$).

Tabla 95 Comparación test/retest con datos aparejados de la pregunta la sexualidad debe ser consecuencia del cariño con otra persona

	La sexualidad debe ser consecuencia del cariño con otra persona			p
	Si n (%)	No n (%)	Total n (%)	
La sexualidad debe ser consecuencia del cariño con otra persona. Test				
Si	67 (30,7%)	16 (7,3%)	83(38,1%)	
No	37 (17,0%)	98 (45,0%)	135(61,9%)	
Total	104 (47,7%)	114 (52,3%)	218(100,0%)	0,005

En la tabla 96, se observó en referencia a la pregunta la sexualidad debe ser consecuencia del cariño con otra persona -, que mejoraron la opinión, observando significación estadística a favor de la intervención educativa, ($p=0,005$).

Tabla 96: Comparación test/retest con datos aparejados de la pregunta la sexualidad debe ser consecuencia del cariño con otra persona a nivel global, sexo, nivel educativo, curso de procedencia y número de sesiones.

	No varían n (%)	Mejoran n (%)	Empeoran n (%)	p
Grupo total	165 (75,7%)	37 (17,0)	16 (7,3)	0,005
Sexo				
Hombres	93 (69,4%)	30 (22,4)	11 (8,2%)	0,004
Mujeres	72 (85,7%)	7 (8,3%)	5 (6,0%)	NS
Nivel educativo				
Escolarización normal	113 (81,8%)	18 (13,1%)	7 (5,1%)	0,043
Fracaso escolar	41 (59,4%)	19 (27,6%)	9 (13,0%)	NS
Discapacitados	11 (100,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	
Curso de procedencia				
3º de ESO ^a	52 (91,2%)	3 (5,3%)	2 (3,5%)	NS
4º de ESO ^a	22 (81,5%)	5 (18,5%)	0 (0,0%)	NS
Bachiller	39 (72,3%)	10 (18,6%)	5 (9,3%)	NS
Jardinería	11 (100,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	
Adaptación escolar	5 (50,0%)	4 (40,0%)	1 (10,0%)	NS
Oficios	36 (61,0%)	15 (25,4%)	8 (13,6%)	NS
Número de sesiones impartidas				
1 sesión	35 (94,6%)	0 (0,0%)	2 (5,4%)	NS
4 sesiones	130 (71,8%)	37 (20,5%)	14 (7,7%)	0,002

^a Educación Secundaria Obligatoria

En referencia al sexo, 2 de cada 10 hombres y un 8% de las mujeres mejoró hacia el tener opinión, observando significación estadística a favor de la intervención ($p=0,004$) en los hombres, en las mujeres no se observó significación estadística. Referente al nivel educativo, en el grupo de escolarización normal 1 de cada 10 alumnos/as, mejoraron la opinión, observando significación estadística ($p=0,043$). El grupo de fracaso escolar, mejoraron a tener opinión en 3 de cada 10 alumnos/as sin observar significación estadística y el grupo de discapacitados no variaron la respuesta. Respecto al curso de procedencia ni el grupo de 3º de ESO, ni 4º de ESO, ni bachiller ni adaptación escolar ni oficios, observó significación estadística. En el curso de jardinería no se pudo calcular la significación estadística por haber ceros en

varias casillas. Si se analiza según el número de sesiones, en el grupo que se le impartió 1 sesión no observó significación estadística y el grupo que recibió 4 sesiones mejoraron hacia tener opinión 2 de cada 10, observando significación estadística a favor de la intervención ($p=0,002$)

4.15 Variables secundarias en cuestionarios aparejados

4.15.1 Comparación de conocimientos test/retest por datos aparejados en las variables secundarias.

En relación a esta variable se consideró que tenían conocimientos, aquellos alumnos que contestaban al menos 9 de las 17 preguntas según lo propuesto.

En la tabla 97, en referencia a los conocimientos, se observó una mejora significativa del conocimiento del grupo después de la intervención ($p=0,000$).

Tabla 97: Comparación test/retest con datos aparejados de conocimientos

	Conocimientos			p	
	Retest		Total n (%)		
	Si n (%)	No n (%)			
Conocimientos. Test					
	Si	139 (64,1%)	6 (2,8%)	145 (68,8%)	
	No	61 (28,1%)	11(5,1%)	72 (33,2%)	
Total		200 (92,2%)	17 (7,8%)	217 (100,0%)	0,000

Como observamos en la tabla 98, en referencia al análisis de los conocimientos comparando test/retest en el grupo , se constató que 3 de cada 10 alumnos/as los mejoraron, observando una significación estadística a favor de la intervención educativa ($p=0,000$).

Con respecto al sexo, 3 de cada 10 hombres y mujeres mejoraron, constatando significación estadística a favor de la intervención($p=0,000$ y $p=0,000$ respectivamente).

Tabla 98: Comparación test/retest con datos aparejados de conocimientos a nivel global, sexo, nivel educativo, curso de procedencia y número de sesiones comparando test y retest

	No varían n (%)	Mejoran n (%)	Empeoran n (%)	p
Grupo	150 (69,2%)	61 (28,0%)	6 (2,8%)	0,000
Sexo				
Hombres	93 (69,4%)	38 (28,4%)	3 (2,2%)	0,000
Mujeres	57 (68,7%)	23 (27,7%)	3 (3,6%)	0,000
Nivel educativo				
Escolarización normal	100 (72,4%)	32 (23,3%)	6 (4,3%)	0,000
Fracaso escolar	45 (65,2%)	24 (34,8%)	0 (0,0%)	0,000
Discapacitados	5 (50,0%)	5 (50,0%)	0 (0,0%)	
Curso de procedencia				
3º de ESO ^a	35 (61,4%)	16 (28,1%)	6 (10,5%)	0,052
4º de ESO ^a	20 (74,1%)	7 (25,9%)	0 (0,0%)	
Bachiller	45 (83,3%)	9 (16,7%)	0 (0,0%)	
Jardinería	5 (50,0%)	5 (50,0%)	0 (0,0%)	
Adaptación escolar	7 (70,0%)	3 (30,0%)	0 (0,0%)	
Oficios	38 (64,4%)	21 (35,6%)	0 (0,0%)	0,000
Número de sesiones impartidas				
1 sesión	25 (67,5%)	8 (21,7%)	4 (10,8%)	NS
4 sesiones	125 (69,5%)	53 (29,4%)	2 (1,1%)	0,000

^a Educación Secundaria Obligatoria

Referente al nivel educativo, en el grupo de escolarización normal, 2 de cada 10 alumnos/as mejoraron los conocimientos, en el grupo de fracaso escolar, lo hicieron 3 de cada 10 con una significación estadística a favor de la intervención educativa ($p=0,000$ en ambos casos). Finalmente el grupo de los discapacitados, que mejoraron 8 de cada 10, aunque no pudo calcularse la significación estadística por haber ceros en varias casillas. Respecto al curso de procedencia el grupo de 3º de ESO, mejoró los conocimientos en 3 de cada 10 alumnos/as, observando una mejora significativa ($p=0,000$). En los alumnos/as de 4º de ESO, mejoraron 3 de cada 10 alumnos/as, en bachiller, 2 de cada 10, en jardinería 5 de cada 10 y en adaptación escolar 3 de cada 10, aunque no se pudo calcular la significación estadística por haber ceros en varias casillas. Finalmente el grupo de oficios que mejoraron 3 de cada 10, constatando significación estadística a favor de la intervención ($p=0,000$). Si se analiza según el número de sesiones, en el grupo que se le impartió 1 sesión, mejoraron 2 de cada 10 alumnos, aunque no observó significación estadística y el grupo que recibió 4 sesiones mejoraron a favor del conocimiento 3 de cada 10, observando significación estadística a favor de la intervención ($p=0,000$).

4.15.2 Comparación test/retest de riesgo o no por datos aparejados en las variables secundarias.

En relación a esta variable se consideró que discriminaban actitudes de riesgo si contestaban al menos 2 de las 4 preguntas afirmativamente, según lo propuesto.

En la tabla 99, en referencia a las actitudes de riesgo o no, se observó una mejora significativa del grupo después de la intervención ($p=0,000$).

Tabla 99: Comparación test/retest con datos aparejados de riesgo o no.

	Riesgo o no riesgo Retest			p
	Si n (%)	No n (%)	Total n (%)	
Riesgo o no riesgo. Test				
Si	90 (41,5%)	11 (5,1%)	101 (46,5%)	
No	94 (43,3%)	22 (10,1%)	116 (53,5%)	
Total	184 (84,8%)	33 (15,2%)	217 (100,0%)	0,000

Como observamos en la tabla 100, en referencia al análisis del riesgo o no comparando test/retest en el grupo, se observó que 4 de cada 10 alumnos/as los mejoraron la discriminación del riesgo, observando una significación estadística a favor de la intervención educativa ($p=0,000$). Con respecto al sexo, 4 de cada 10 hombres y mujeres mejoraron, constatando significación estadística a favor de la intervención ($p=0,000$ y $p=0,000$ respectivamente). Referente al nivel educativo, en el grupo de escolarización normal, 3 de cada 10 alumnos/as mejoraron la discriminación, en el grupo de fracaso escolar, lo hicieron 5 de cada 10 y en el grupo de los discapacitados 8 de cada 10, con una significación estadística a favor de la intervención educativa ($p=0,000$, $p=0,000$ y $p=0,004$ respectivamente).

Tabla 100: Comparación test/retest con datos aparejados de riesgo o no en cuestionarios aparejados a nivel global, sexo, nivel educativo, curso de procedencia y número de sesiones comparando test y retest

	No varían n (%)	Mejoran n (%)	Empeoran n (%)	p
Grupo total	112 (51,6%)	94 (43,3%)	11 (5,1%)	0,000
Sexo				
Hombres	67 (50,4%)	61 (45,8%)	5 (3,8%)	0,000
Mujeres	45 (53,6%)	33 (39,3%)	6 (7,1%)	0,000
Nivel educativo				
Escolarización normal	80 (58,2%)	49 (35,4%)	9 (6,4%)	0,000
Fracaso escolar	30 (44,1%)	36 (53,0%)	2 (2,9%)	0,000
Discapacitados	2 (18,2%)	9 (81,8%)	0 (0,0%)	0,004
Curso de procedencia				
3º de ESO ^a	39 (68,4%)	9 (15,8%)	9 (15,8%)	NS
4º de ESO ^a	10 (37,0%)	17 (63,0%)	0 (0,0%)	
Bachiller	31 (57,4%)	23 (42,6%)	0 (0,0%)	
Jardinería	2 (18,2%)	9 (81,8%)	0 (0,0%)	0,004
Adaptación escolar	6 (60,0%)	4 (40,0%)	0 (0,0%)	
Oficios	24 (41,4%)	32 (55,2%)	2 (3,4%)	0,000
Número de sesiones impartidas				
1 sesión	27 (73,0%)	1 (2,7%)	9 (24,3%)	NS
4 sesiones	85 (47,3%)	93 (51,6%)	2 (1,1%)	0,000

^a Educación Secundaria Obligatoria

Respecto al curso de procedencia el grupo de 3º de ESO, mejoró la discriminación en 1 de cada 10 alumnos/as, sin observar significación estadística. En los alumnos/as de 4º de ESO, mejoraron 6 de cada 10, en bachiller y adaptación escolar, 4 de cada 10 aunque no se pudo calcular la significación estadística por haber ceros en varias casillas. Finalmente en el grupo de jardinería mejoraron 8 de cada 10 y en oficios 5 de cada 10, constatando significación estadística a favor de la intervención ($p=0,004$ y $p=0,000$ respectivamente). Si se analiza según el número de sesiones, en el grupo que se le impartió 1 sesión, mejoraron 3 de cada 10 alumnos, aunque no observó significación estadística y el grupo que recibió 4 sesiones mejoraron a favor de la discriminación 5 de cada 10, observando significación estadística a favor de la intervención ($p=0,000$)

4.15.3 Comparación test/retest de la información basada en mitos por datos aparejados en las variables secundarias.

En relación a esta variable se consideró que había desmitificación si contestaban al menos tres de las cinco preguntas contestadas negativas, según lo propuesto.

En la tabla 101, en referencia a los mitos, se observó una mejora significativa del grupo hacia la desmitificación después de la intervención ($p=0,000$).

Tabla 101: Comparación test/retest con datos aparejados de los mitos en sexualidad.

Mitosis	Test	Mitosis			p
		Retest			
		Si n (%)	No n (%)	Total n (%)	
	Si	29 (13,3%)	109 (50,0%)	138(63,3%)	
	No	6(2,8%)	74 (33,9%)	80 (36,7%)	
Total		35 (16,1%)	183 (83,9%)	218 (100,0%)	0,000

Tabla 102 : Comparación test/retest con datos aparejados de mitos en sexualidad en cuestionarios aparejados a nivel global, sexo, nivel educativo, curso de procedencia y número de sesiones comparando test y retest

Grupo		No varían	Mejoran	Empeoran	p
		n (%)	n (%)	n (%)	
Grupo		103 (47,2%)	109 (50,0%)	6 (2,8%)	0,000
Sexo	Hombres	64 (47,7%)	68 (50,8%)	2 (1,5%)	0,000
	Mujeres	39 (46,4%)	41 (48,8%)	4 (4,8%)	0,000
Nivel educativo	Escolarización normal	71 (51,5%)	62 (44,9%)	5 (3,6%)	0,000
	Fracaso escolar	28 (40,5%)	40 (58,0%)	1 (1,4%)	0,000
	Discapacitados	4 (36,4%)	7 (63,6%)	0 (0,0%)	
Curso de procedencia	3° de ESO ^a	35 (61,4%)	17 (29,8%)	5 (8,8%)	NS
	4° de ESO ^a	14 (51,8%)	13 (48,1%)	0 (0,0%)	0,000
	Bachiller	22 (40,7%)	32 (59,3%)	0 (0,0%)	
	Jardinería	4 (36,4%)	7 (63,6%)	0 (0,0%)	
	Adaptación escolar	6 (60,0%)	4 (40,0%)	0 (0,0%)	NS
	Oficios	22 (37,3%)	36 (61,0%)	1 (1,7%)	0,000
Número de sesiones impartidas	1 sesión	27 (73,0%)	6 (16,2%)	4 (10,8%)	NS
	4 sesiones	76 (42,0%)	103 (56,9%)	2 (1,1%)	0,000

^a Educación Secundaria Obligatoria

Como observamos en la tabla 102, en referencia al análisis de la desmitificación comparando test/retest en el grupo, se observó que 5 de cada 10 alumnos/as los mejoraron la desmitificación, observando una significación estadística a favor de la intervención educativa ($p=0,000$). Con respecto al sexo, 5 de cada 10 hombres y mujeres mejoraron, constatando significación estadística a favor de la intervención ($p=0,000$ y $p=0,000$ respectivamente). Referente al nivel educativo, en el grupo de escolarización normal, 4 de cada 10 alumnos/as mejoraron la desmitificación, en el grupo de fracaso escolar, lo hicieron 6 de cada 10 observando una significación estadística a favor de la intervención educativa ($p=0,000$, $p=0,000$ respectivamente). En el grupo de los discapacitados, se observó que mejoraron 6 de cada 10 alumnos, aunque no se pudo calcular la significación estadística por haber ceros en varias casillas. Respecto al curso de procedencia el grupo de 3º de ESO, mejoró la desmitificación en 3 de cada 10 alumnos/as, sin observar significación estadística. Los alumnos/as de 4º de ESO, mejoraron 5 de cada 10 y en oficios 6 de cada 10, constatando significación estadística a favor de la intervención ($p=0,000$ y $p=0,000$ respectivamente). En bachiller y jardinería mejoraron 6 de cada 10 y en adaptación escolar 4 de cada 10 aunque no se pudo calcular la significación estadística por haber ceros en varias casillas. Si se analiza según el número de sesiones, en el grupo que se le impartió 1 sesión, mejoraron 2 de cada 10 alumnos, aunque no observó significación estadística y el grupo que recibió 4 sesiones mejoraron a favor de la desmitificación 6 de cada 10, observando significación estadística a favor de la intervención ($p=0,000$)

4.15.4 Comparación test/retest de la información basada en los valores por datos aparejados en las variables secundarias.

En relación a esta variable se consideró que habían mejorado si contestaban al menos tres de las cinco preguntas contestadas según lo propuesto.

En la tabla 103, en referencia a los valores , se observó una mejora significativa del grupo hacia su mejora después de la intervención ($p=0,000$).

Tabla 103: Comparación test/retest con datos aparejados de valores

Valores. Test	Valores Retest			Total n (%)	p
	Si n (%)	No n (%)			
Si	78 (35,9%)	4 (1,8%)		82 (37,8%)	
No	87 (41,1%)	48 (22,1%)		135 (62,2%)	
Total	165 (76,0%)	52 (24,0%)		217 (100,0%)	0,000

Tabla 104: Comparación test/retest con datos aparejados de valores en sexualidad en cuestionarios aparejados a nivel global, sexo, nivel educativo, curso de procedencia y número de sesiones.

		No varían n (%)	Mejoran n (%)	Empeoran n (%)	p
Grupo total		126 (58,1%)	87 (40,1%)	4 (1,8%)	0,000
Sexo					
	Hombres	75 (56,0%)	58 (43,3%)	1 (0,7%)	0,000
	Mujeres	51 (61,5%)	29 (34,9%)	3 (3,6%)	0,000
Nivel educativo					
	Escolarización normal	85 (62,0%)	49 (35,8%)	3 (2,2%)	0,000
	Fracaso escolar	36 (52,1%)	32 (46,5%)	1 (1,4%)	0,000
	Discapacitados	5 (45,5%)	6 (54,5%)	0 (0,0%)	
Curso de procedencia					
	3° de ESO ^a	44 (77,2%)	10 (17,5%)	3 (5,3%)	NS
	4° de ESO ^a	10 (37,0%)	17 (63,0%)	0 (0,0%)	0,000
	Bachiller	31 (58,5%)	22 (41,5%)	0 (0,0%)	0,000
	Jardinería	5 (45,5%)	6 (54,5%)	0 (0,0%)	
	Adaptación escolar	6 (60,0%)	4 (40,0%)	0 (0,0%)	NS
	Oficios	30 (50,8%)	28 (47,5%)	1 (1,7%)	0,000
Número de sesiones impartidas					
	1 sesión	30 (81,1%)	4 (10,8%)	3 (8,1%)	NS
	4 sesiones	96 (53,3%)	43 (46,1%)	1 (0,6%)	0,000

^a Educación Secundaria Obligatoria

Como observamos en la tabla 104, en referencia al análisis de los valores comparando test/retest en el grupo, se observó que 4 de cada 10 alumnos/as los mejoraron, observando una significación estadística a favor de la intervención educativa ($p=0,000$). Con respecto al sexo, 4 de cada 10 hombres y 3 de cada 10 mujeres mejoraron, constatando significación estadística a favor de la intervención ($p=0,000$ y $p=0,000$ respectivamente).

Referente al nivel educativo, en el grupo de escolarización normal, 3 de cada 10 alumnos/as mejoraron la desmitificación, en el grupo de fracaso escolar, lo hicieron 5 de cada 10 observando una significación estadística a favor de la intervención educativa ($p=0,000$, $p=0,000$ respectivamente). En el grupo de los discapacitados, se observó que mejoraron 5 de cada 10 alumnos, aunque no se pudo calcular la significación estadística por haber ceros en varias casillas. Respecto al curso de procedencia el grupo de 3º de ESO, mejoró la desmitificación en 2 de cada 10 alumnos/as, sin observar significación estadística. Los alumnos/as de 4º de ESO, mejoraron 6 de cada 10, en bachiller 4 de cada 10 y en oficios 5 de cada 10, constatando significación estadística a favor de la intervención ($p=0,000$ en los tres cursos). En jardinería mejoraron 5 de cada 10 aunque no se pudo calcular la significación estadística por haber ceros en varias casillas y finalmente en adaptación escolar mejoraron 4 de cada 10, sin observar significación estadística. Si se analiza según el número de sesiones, en el grupo que se le impartió 1 sesión, mejoraron 1 de cada 10 alumnos, aunque no observó significación estadística y el grupo que recibió 4 sesiones mejoraron a favor de los valores 5 de cada 10, observando significación estadística a favor de la intervención ($p=0,000$)

4.15.5 Comparación test/retest con datos aparejados de la muestra de la información basada en las actitudes saludables en las variables secundarias en cuestionarios aparejados.

La información respecto a la actitud saludable se recogió en aquellos jóvenes que no habían iniciado las relaciones sexuales con penetración y se aceptó como válido para considerar que hubiera una actitud saludable nada más que el que creía que mantendría relaciones sexuales con preservativo desde el inicio.

En la tabla 105, en referencia a las actitudes saludables, se observó una mejora significativa en el grupo después de la intervención ($p=0,000$).

Tabla 105: Comparación test/retest con datos aparejados de las actitudes saludables

	Test	Actitudes saludables		Total n (%)	p
		Retest			
		Si n (%)	No n (%)		
Actitudes saludables	Si	49 (38,3%)	0 (0,0%)	49(38,3%)	
	No	50 (39,1%)	29 (22,7%)	79 (61,7%)	
Total		99 (77,3%)	29 (22,7%)	128 (100,0%)	0,000

Tabla 106 : Comparación test/retest con datos aparejados en actitudes saludables en cuestionarios aparejados a nivel global, sexo, nivel educativo, curso de procedencia y número de sesiones comparando test y retest.

		No varían	Mejoran	Empeoran	p
		n (%)	n (%)	n (%)	
Grupo total		78 (61,9%)	50 (39,1%)	0 (0,0%)	0,000
Sexo	Hombres	32 (50,0%)	32 (50,0%)	0 (0,0%)	0,000
	Mujeres	46 (71,9%)	18 (28,1%)	0 (0,0%)	0,000
Nivel educativo	Escolarización normal	68 (62,3%)	40 (37,7%)	0 (0,0%)	0,000
	Fracaso escolar	11 (64,7%)	6 (35,3%)	0 (0,0%)	0,031
	Discapacitados	1 (20,0%)	4 (80,0%)	0 (0,0%)	
Curso de procedencia n(%)	3º de ESO ^a	33 (70,2%)	14 (29,8%)	0 (0,0%)	0,000
	4º de ESO ^a	8 (38,1%)	13 (61,9%)	0 (0,0%)	
	Bachiller	25 (65,8%)	13 (34,2%)	0 (0,0%)	
	Jardinería	1 (20,0%)	4 (80,0%)	0 (0,0%)	
	Adaptación escolar				
	Oficios	11 (64,7%)	6 (35,3%)	0 (0,0%)	0,031
Número de sesiones impartidas n (%)	1 sesión	22 (73,4%)	8 (26,6%)	0 (0,0%)	0,008
	4 sesiones	56 (57,1%)	42 (42,9%)	0 (0,0%)	0,000

^a Educación Secundaria Obligatoria

Como observamos en la tabla 106, en referencia al análisis de actitudes saludables comparando test/retest en el grupo, se observó que 4 de cada 10 alumnos/as las mejoraron, observando una significación estadística a favor de la intervención educativa ($p=0,000$). Con respecto al sexo, 5 de cada 10 hombres y 3 de cada 10 mujeres mejoraron, constatando significación estadística a favor de la intervención ($p=0,000$ y $p=0,000$ respectivamente). Referente al nivel

educativo, en el grupo de escolarización normal, 4 de cada 10 alumnos/as mejoraron las actitudes, en el grupo de fracaso escolar, lo hicieron 3 de cada 10 observando una significación estadística a favor de la intervención educativa ($p=0,000$, $p=0,031$ respectivamente). En el grupo de los discapacitados, se observó que mejoraron 8 de cada 10 alumnos, aunque no se pudo calcular la significación estadística por haber ceros en varias casillas. Respecto al curso de procedencia el grupo de 3º de ESO, mejoraron las actitudes en 3 de cada 10 alumnos/as, observando significación estadística ($p=0,000$). Los alumnos/as de 4º de ESO, mejoraron 6 de cada 10, en bachiller 3 de cada 10 y en jardinería 8 de cada 10, aunque no se pudo calcular la significación estadística por haber ceros en varias casillas. En oficios 3 de cada 10 mejoraron, constatando significación estadística a favor de la intervención ($p=0,031$) En adaptación escolar no hay datos, ya que todo el grupo respondió haber tenido relaciones sexuales. Si se analiza según el número de sesiones, en el grupo que se le impartió 1 sesión, mejoraron 3 de cada 6 alumnos y el grupo que recibió 4 sesiones mejoraron 4 de cada 10, observando ambos significación estadística ($p=0,008$ y $p=0,000$ respectivamente)

4.15.6 Comparación test/retest con datos aparejados de la información basada en los comportamientos saludables en las variables secundarias en cuestionarios aparejados.

La información respecto al comportamiento saludable se recogió en aquellos jóvenes que habían iniciado relaciones sexuales con penetración y se aceptó como válido para considerar que hubiera un comportamiento saludable nada más que el que hubiera mantenido relaciones sexuales con preservativo desde el inicio.

En la tabla 107, en referencia al comportamiento saludable, se observó una mejora significativa en el grupo después de la intervención ($p=0,000$).

Tabla 107: Comparación test/retest con datos aparejados del comportamiento saludable.

	Comportamiento saludable			p
	Retest			
	Si n (%)	No n (%)	Total n (%)	
Comportamiento saludable. Test				
Si	9 (11,8%)	1 (1,3%)	10(13,2%)	
No	52 (68,4%)	14 (18,4%)	66 (86,8%)	
Total	61 (80,3%)	15 (19,7%)	76 (100,0%)	0,000

Tabla 108 : Comparación test/retest con datos aparejados de comportamiento saludable en cuestionarios aparejados a nivel global, sexo, nivel educativo, curso de procedencia y número de sesiones comparando test y retest

	No varían n (%)	Mejoran n (%)	Empeoran n (%)	p
Grupo total	23 (30,2%)	52 (68,4%)	1 (1,3%)	0,000
Sexo				
Hombres	17 (27,9%)	43 (70,5%)	1 (1,6%)	0,000
Mujeres	6 (40,0%)	9 (60,0%)	0 (0,0%)	0,004
Nivel educativo				
Escolarización normal	9 (33,3%)	18 (66,7%)	0 (0,0%)	0,000
Fracaso escolar	14 (31,1%)	30 (66,7%)	1 (2,2%)	0,000
Discapacitados	0 (0,0%)	4 (100,0%)	0 (0,0%)	
Curso de procedencia				
3º de ESO ^a	7(77,8%)	2 (22,2%)	0 (0,0%)	NS
4º de ESO ^a	1 (20,0%)	4 (80,0%)	0 (0,0%)	
Bachiller	1 (7,7%)	12 (92,3%)	0 (0,0%)	
Jardinería	0 (0,0%)	4 (100%)	0 (0,0%)	
Adaptación escolar	2 (20,0%)	8 (80,0%)	0 (0,0%)	
Oficios	12 (34,3%)	22 (62,9%)	1 (2,8%)	0,000
Número de sesiones impartidas				
1 sesión	6 (85,7%)	1(14,3%)	0 (0,0%)	
4 sesiones	10 (24,7%)	51 (73,9%)	1 (1,4%)	0,000

^a Educación Secundaria Obligatoria

Como observamos en la tabla 108, en referencia al análisis de comportamiento saludable comparando test/retest en el grupo, se observó que 7 de cada 10 alumnos/as lo mejoraron, observando una significación estadística a favor de la intervención educativa ($p=0,0000$). Con respecto al sexo, 7 de cada 10 hombres y 6 de cada 10 mujeres mejoraron, constatando significación estadística a favor

de la intervención ($p=0,0000$ y $p=0,0004$ respectivamente). Referente al nivel educativo, en el grupo de escolarización normal y fracaso escolar, 7 de cada 10 alumnos/as mejoraron el comportamiento, observando una significación estadística a favor de la intervención educativa ($p=0,000$ y $p=0,000$ respectivamente). En el grupo de los discapacitados, se observó que mejoraron la totalidad de alumnos, aunque no se pudo calcular la significación estadística por haber ceros en varias casillas. Respecto al curso de procedencia el grupo de 3º de ESO, mejoraron el comportamiento en 2 de cada 10 alumnos/as, sin observar significación estadística. Los alumnos/as de 4º de ESO, mejoraron 8 de cada 10, en bachiller 9 de cada 10, en jardinería el 100% y en adaptación escolar lo hicieron 6 de cada 10, aunque no se pudo calcular la significación estadística por haber ceros en varias casillas. En oficios 6 de cada 10 mejoraron, constatando significación estadística a favor de la intervención ($p=0,000$). Si se analiza según el número de sesiones, en el grupo que se le impartió 1 sesión, mejoraron 1 de cada 4 alumnos, no se pudo calcular la significación estadística por haber ceros en varias casillas y el grupo que recibió 4 sesiones mejoraron 7 de cada 10, observando estadística ($p=0,000$)

4.16 Descripción de los resultados cualitativos recogidos por observación directa en las diferentes sesiones educativas y grupos.

4.16.1 Jardinería. CET Salvador Seguí

El mapa de relación del grupo que se estableció fue la tolerancia y el respeto mutuo. Respecto a la comunicación tanto la verbal como la no verbal es de atención, interés y la sensibilización es máxima. Preguntaban e intercambiaban continuamente, ayudando a establecer un clima de cooperación continuo.

Observaciones

Están muy atentos a la sesión, a la información que da el docente y presentan un lenguaje del cuerpo abierto y positivo.

Abordaron las dinámicas con timidez, diversión e interés. No pensaban que hubiera publicidad engañosa y les sorprendió.

Llamó la atención el respeto y la ayuda que se prestaron y fueron muy tolerantes con las opiniones de unos y otros. Hicieron muchas preguntas al docente. Respetaron las diferentes conductas y reflexionaron sobre los comportamientos de riesgo. No estaban a favor del aborto, pero lo justificaban. “Si quisiera abortar, necesitaría el permiso de mis padres”. Valoraron el binomio sexualidad y cariño.

Les avergonzaba la dinámica de los gigantes encantados pero la hicieron con diversión y la vivieron como algo positivo en su aprendizaje. No conocían el preservativo femenino.

Tuvieron mucho interés en conocer los diferentes métodos anticonceptivos y a pesar de que era mayor el grupo de los chicos no dificultó el discurso de las chicas, al contrario, las reforzaron. El grupo fue muy respetuoso y se observó la afectividad de unos con otros. Hubo respeto y tolerancia hacia las diferentes conductas sexuales. Se observó un talante en el grupo de igualdad. Respecto a la homosexualidad: "Todos somos iguales, somos personas"

En general comentaron que hablaban poco con sus padres y profesores en referencia a su sexualidad.

4.16.2 Aula Taller de Lleida. (Adaptación escolar)

En el mapa de relación del grupo hubo líderes, distorsionadores, agresividad e influencia de género. Les costó mucho centrar la atención y fue difícil la interconexión. Presentaron un lenguaje del cuerpo negativo, generando un ambiente de distorsión y agresividad con muy poca disposición a trabajar las dinámicas en un entorno colaborativo.

Observaciones

Dos miembros del grupo distorsionaron y dificultaron al iniciar la puesta en común, se reían unos de otros, entorpeciendo la asertividad.

Hicieron pocas preguntas pero estaban interesados en la próxima sesión.

A partir de la segunda sesión, fueron mejoraron el lenguaje del cuerpo y estuvieron más receptivos.

Antes de iniciar la dinámica se seleccionaron los subgrupos para realizar las dinámicas y aceptaron. Mejoraron el trabajo cooperativo, aunque les costaba reflexionar. Poca tolerancia y respeto por otras opciones u opiniones.

Hicieron más preguntas y generaron debate entre ellos durante las dinámicas.

Clara influencia de género. Los chicos dificultaron el discurso de las chicas.

Valoran el sexo por sexo, "todos vamos a lo mismo" "Hay que aprovechar en la juventud"

Se negaron inicialmente a realizar la dinámica de los gigantes encantados y pasaron con dificultad a hacer otras de refuerzo. El docente realizó la técnica, le observaron con atención pero no quisieron hacerla. Dos de ellos decían que sabían cómo ponerse un preservativo, que están hartos de hacerlo, el resto de la clase obedece y afirma. Respecto a otros métodos anticonceptivos decían que

les interesaban poco, sin embargo escucharon con atención. No conocían el preservativo femenino. No hacen preguntas.

Poco tolerantes, les daba igual la opinión de las chicas. “Si se quedan embarazadas que no hayan sido tan guarras” . No están de acuerdo con el aborto, “solo en situaciones especiales”, “ Si se hace sin medios, a lo hecho pecho”, a otros les da igual.

Al finalizar la clase las dos chicas se quedaron a preguntar dudas que no se habían atrevido en grupo. Las dos con riesgo alto de ITS y embarazo no planificado y con relaciones problemáticas.

Poca comunicación con padres y profesores para hablar de sexualidad y/o de otro tema personal.

Están interesados en la discriminación del riesgo y la desmitificación. Les cuesta trabajar de forma cooperativa, pero han mejorado. Sobre la homosexualidad en general opinan que es anormal, “tendrían que estar encerrados”, “me dan asco”
...

La interacción con el docente y el clima en clase mejora

4.16.3 Oficios: construcción/carpintería

El mapa de relación del grupo que se estableció es la tolerancia y el respeto mutuo. Respecto a la comunicación tanto la verbal como la no verbal fue de atención e interés. Preguntaron e intercambiaron continuamente, ayudando a establecer un clima de cooperación.

Observaciones

Estuvieron atentos a la información que dio el docente. Se ayudaron unos a otros, algún inmigrante con dificultad de comprensión, provocó la risa de parte del grupo, pero se solucionó sin problemas y se generó un clima de colaboración en la discusión y análisis en las dinámicas.

Las dinámicas les sorprendieron. Les parecieron muy interesantes.

Realizaron muchas preguntas y se sorprendieron de la manipulación de la publicidad.

A pesar de que los jóvenes venían de entornos diferentes y con una formación muy variada, hubo respeto de unos a otros. Participaron muchísimo con las dinámicas. Respecto al riesgo de ITS no lo asocian con el sida. A pesar de que son mayoritariamente chicos, no hubo diferencia de género.

Formalmente eran respetuosos con la identidad sexual. Muy participativos.

Valoraron el sexo por sexo “ Mientras eres joven tienes que aprovechar el ir de flor en flor”. Sobre el aborto opinan que “es injusto”, “puede en ocasiones sacarte de un apuro”

Realizaron con diversión la dinámica de los gigantes encantados y opinaron que “es muy útil”. Respecto al preservativo, alguno lo definió como “un método seguro y eficaz” . No conocían el preservativo femenino.

Les costó mucho la desmitificación. Poca tolerancia con la diferencia. Sobre la homosexualidad, no la entienden. “Si no encuentran una pareja del otro sexo, buscan una del suyo”, también otros la tienen de indiferencia. “Paso de ellos” No veían riesgo de ITS si las relaciones son con gente conocida. Asociaron el riesgo a la prostitución y homosexualidad.

Sobre las sesiones aseguraron que repetirían la experiencia. “Ha sido de gran ayuda”. “He reflexionado sobre cosas que nunca había pensado”. “Se tendrían que hacer más sesiones”

No hablan con sus padres ni con el profesorado sobre su sexualidad, lo consideran algo privado.

4.16.4 Oficios: metal/pintura

El mapa de relación del grupo que había en el grupo era de distorsionadores. Dos de los chicos intentaron distraer al resto a través de bromas con el móvil y dos más intentaron liderar el grupo, sin dejar que intervinieran los demás. Se burlaban en general todo el resto del grupo de uno de los alumnos.

Respecto a la comunicación tanto la verbal como la no verbal fue de atención e interés. Preguntaron e intercambiaron continuamente, ayudando a establecer un clima de cooperación.

Observaciones

Les sorprendieron y divirtieron las dinámicas. Se propició un clima de cooperación y aunque algunos no hacen preguntas, participan.

En las sucesivas sesiones se separaron a los líderes y mejoró el clima de cooperación. Participaron en la discusión y reflexionaron sobre las diferentes situaciones que surgen.

Les costó la desmitificación y valoraron en ellos positivamente conductas que no aceptan en las personas de más edad.

Valoran la sexualidad “Se pueden tener relaciones sexuales sin cariño”, “Es mucho más bonito asociar las relaciones sexuales al cariño”

Respecto al aborto hay opiniones diferentes: “Está mal”, “puede sacar de un apuro” “ hoy por hoy me da lo mismo”

Uno de los chicos inmigrantes, abandona las clases. Cree que no debe haber educación sexual, que forma parte de lo privado

Realizaron con diversión la dinámica de los gigantes encantados y les gustó conocer los diferentes métodos anticonceptivos. Consideraron que los preservativos ayudan y son eficaces para prevenir ITS y evitar embarazos no planificados.

Pensaron que era muy útil la dinámica de los gigantes encantados. No conocían el preservativo femenino.

Se trabajó en especial la tolerancia y el respeto por lo diferente. Respecto a la homosexualidad, muchos creen que no es natural. “Me molesta que haya enfermos de ese tipo” “no deberían tener hijos”. Otros sin embargo apuestan por el respeto. “Todos tienen derecho a que se les quiera” Les costaba reflexionar.

Respecto a la intervención aseguraban que repetirían la experiencia o que la trasladarían al entorno escolar durante más tiempo.” Esperan que las sesiones continúen”

No hablan con sus padres ni con el profesorado sobre su sexualidad, lo consideran algo privado

4.16.5 Oficios: Hostelería y comercio

En el mapa de relación del grupo hubo influencia de género. Las chicas no hablaban demasiado.

Observaciones

Estaban atentos a la sesión y a la información que daba el docente. Al establecer subgrupos para las dinámicas, hubo rechazo hacia alguno de los compañeros, por lo que se hicieron al azar y se iniciaron las dinámicas, que les gustó y sorprendió a la vez. Se estableció un buen clima de cooperación.

Se trabajó la tolerancia, el respeto y la igualdad de género.

Participaron en la discusión y reflexionaron sobre las diferentes situaciones que surgieron.

Respecto a la sexualidad como consecuencia del cariño en general opinaron que no es necesario, “puedes simplemente tener ganas de hacer el amor”, aunque hay opiniones como “pienso que el sexo sin amor no es nada, si no se ama a otra persona de verdad, el sexo es inútil”

Sobre el aborto, “antes que el error se prolongue hay que prevenir y si la mujer aborta es decisión suya” “no sé que decidiría”, hay opiniones de todo tipo.

Una de las chicas se pone a llorar durante las dinámicas. Se abordó fuera de clase y nos comentó que hizo una IVE. Con su consentimiento se solicitó una visita con la psicóloga.

Realizaron con diversión la dinámica de los gigantes encantados, considerándola muy práctica.

En general, fueron más tolerantes con la diferencia. “La homosexualidad es una forma de sexualidad”, aunque dudaron sobre si los homosexuales deberían o no tener hijos. Afirmaron no conocer ningún homosexual en su entorno. Les preocupó el SIDA, aunque no así las ITS y les gustó el ejercicio para la desmitificación.

Respecto a la intervención aseguraron que repetirían la experiencia y creían que las clases deberían ser imprescindibles para los jóvenes. “Me han ayudado a participar”

No hablan con sus padres ni con el profesorado sobre su sexualidad, lo consideran algo privado

4.16.6 IES Bachiller

El mapa de relación del grupo fue de tolerancia y respeto en los dos grupos (se hicieron dos grupos para realizar las diferentes sesiones).

Observaciones

Ambos grupos están atentos a la sesión y a la información que dió el docente. Se estableció un buen clima de cooperación y les pareció interesante el tema de la publicidad. No habían reflexionado sobre la manipulación de la publicidad y sintieron que les había influido en muchas ocasiones.

Reflexionaron con las actitudes y comportamientos de riesgo y estuvieron atentos a las desmitificación.

Sobre el aborto “Cada cual debe elegir”, “siendo jóvenes puede pasar” “no creo que este bien”

Respecto a la opinión sobre la sexualidad mayoritariamente no creen que deba ser como consecuencia del cariño. “Es divertido pasar una noche loca”, en contra de otros que opinan que “el sexo viene a través del cariño y la amistad en la pareja”.

Realizaron con diversión la dinámica de los gigantes encantados y tuvieron interés en conocer y ver los diferentes métodos anticonceptivos. En general participaron y generaron debate.

No hay en general conocimiento del preservativo femenino. Fueron tolerantes y respetuosos con la diferencia en su grupo de edad, no con las opiniones de personas mayores que ellos.

Respecto a la homosexualidad, aunque algunos afirmaban “están locos”, mayoritariamente mostraron expresiones de respeto y tolerancia “Es como los heterosexuales”, aunque generaron mucho debate en si sería bueno o no el que tuvieran hijos.

En referencia a las sesiones opinaron que “Las clases me han sido de gran ayuda. Gracias”, “Han sido muy interesantes, aunque creo interesante en ocasiones separar chicos y chicas”. “Las docentes han sido de gran ayuda” “Me lo he pasado genial” “¿Se continúan haciendo estas sesiones? Me han gustado mucho y me gustaría que mi hermana cuando tenga la misma edad que yo también pueda informarse con clases como las vuestras” “Este tipo de sesiones son importantes para tener un espacio donde poder hablar abiertamente sobre sexualidad”

No hablan con sus padres ni con el profesorado sobre su sexualidad, lo consideran algo privado.

4.16.7 IES Alcarrás 4ºESO

En el mapa de relación del grupo había poca asertividad.

Observaciones

Habían recibido previamente, a través de contenido curricular, educación en materia de sexualidad durante el primer trimestre del curso escolar. El grupo estuvo atento a la sesión y a la información del docente.

Grupo muy mezclado interculturalmente, alumnos de los países del este y Marruecos.

Costó hacer los grupos, tenían tendencia a agruparse entre ellos. Poco asertivos.

En las dinámicas se divirtieron y tuvieron interés pero con poca tendencia a trabajar cooperativamente.

Costó generar un clima de confianza en clase. Poca tolerancia por la diferencia. Las chicas participaron menos que los chicos. No hubo aceptación en general de las relaciones sexuales fundamentadas en el cariño hacia el otro. Lo vieron como una diversión más. Tendencia a burlarse unos de las opiniones de otros.

Sobre el aborto manifestaron que “si se es responsable para tener relaciones sexuales sin protección también se es para cuidar un hijo” “hoy por hoy me da lo mismo”, “puede ser necesario”

Realizaron con diversión la dinámica de los gigantes encantados. En este grupo también hubo un desconocimiento del preservativo femenino.

Les impresionó el caso de Oscar, leído al inicio de las dinámicas.

Actitudes de rechazo hacia la homosexualidad. “Me dan asco, “están locos”, es la opinión de la mayoría, no justificando en ningún caso el tener hijos.

Respecto a las sesiones opinaron que “Las sesiones sirven para pensar las cosas dos veces”. “Hemos reflexionado sobre las ITS y el respeto hacia otras formas de sexualidad” “En alguna sesión me hubiera gustado que chicas y chicos no estuviéramos juntos”

No hablan con sus padres ni con el profesorado sobre su sexualidad.

4.16.8 IES Alcarrás 3ºESO. Sesión única

En el mapa de relación del grupo hubo distorsionadores y un clima en general de agresividad.

Observaciones

Habían recibido previamente, a través de contenido curricular, educación en materia de sexualidad durante el primer trimestre del curso escolar. Les costó estar atentos a la sesión y a la información. Se reían en general todo el grupo de una de las chicas. Muy poco tolerantes con un clima de mucha agresividad

4.16.9 IES Alcarrás 3ºESO. 4 Sesiones

En el mapa de relación del grupo hubo distorsionadores y también un clima en general de agresividad.

Observaciones

Habían recibido previamente, a través de contenido curricular, educación en materia de sexualidad durante el primer trimestre del curso escolar.

Grupo muy mezclado interculturalmente, les costó mantener la atención y distorsionaron e intimidaron a otros compañeros del grupo. Poco asertivos, no tenían hábito de trabajo en cooperación.

Se formaron los grupos y les gustaron las dinámicas. Participaron y Reflexionaron, aunque con dificultad, les costó hacer preguntas.

Costó generar un clima de confianza en clase que fue mejorando a medida que se iban realizando más sesiones al igual que el interés y la participación. Falta de integración y poca tolerancia por la diferencia.

Sobre el aborto lo disculpaban a su edad, sin embargo hay opiniones como “es un asesinato” “aunque no está bien no estropea mi vida”...

Consideraban que las relaciones sexuales no tienen que estar basadas en el amor.

Respecto a la dinámica de los gigantes encantados, se niegan a realizarla, dicen que ya saben ponerse un preservativo. De todas formas mientras unos ejercitan las dinámicas de refuerzo, acceden a realizarla.

Grupo al que costó mucho lograr captar la atención. Hubo alumnos que manifestaron que preferirían que fuese un hombre el que les diera las clases.

Consideraron útil la dinámica de los gigantes encantados una vez hecha y hubo opiniones a favor y en contra del preservativo, aunque concluyeron que como es un método de doble protección, es apropiado usarlo.

“Si pasan más de 72 horas de la pastilla del día después y estás embarazada y quieres abortar, ¿Qué hay que hacer?” En general, tampoco conocían el preservativo femenino.

Valoraron de forma positiva la desmitificación. No creían que ellos pudieran tener riesgos.

Rechazaban la homosexualidad en general como un comportamiento vicioso y antinatural.

“Las clases están muy bien, porque hay mucha gente joven que no se atreve a preguntar y aquí es muy fácil” “Al principio me he sentido incómodo pero después he pasado de los chicos y ha sido de gran ayuda”

Sobre las drogas, “Si controlas no pasa nada”, “Anulan la personalidad”, “Es de lógica que si las tomas no controlas”. No consideran en general el tabaco y alcohol como drogas.

Poca comunicación con los padres.

4.17 Satisfacción del programa

4.17.1 Descripción de del interés y la satisfacción

Tabla 109: Descripción del interés y satisfacción por datos independientes a nivel global, sexo, nivel educativo, curso de procedencia y número de sesiones.

Grupo y preguntas o afirmaciones	Interés y satisfacción			
	Mucho n (%)	Bastante n (%)	Algo n (%)	Nada n (%)
Grupo total				
El interés que me han producido las sesiones ha sido	135(57,2%)	42 (17,8%)	59 (25,0%)	0 (0,0%)
Las sesiones educativas me han gustado	101 (42,8%)	123 (52,1%)	12 (5,1%)	0 (0,0%)
Sexo				
Hombres				
El interés que me han producido las sesiones ha sido	83 (58,5%)	18 (12,7%)	41 (6,3%)	0 (0,0%)
Las sesiones educativas me han gustado	58 (40,8%)	77 (54,2%)	7 (4,9%)	0 (0,0%)
Mujeres				
El interés que me han producido las sesiones ha sido	52 (55,3%)	24 (25,6%)	18 (28,9%)	0 (0,0%)
Las sesiones educativas me han gustado	43 (45,8%)	46 (48,9%)	5 (5,3%)	0 (0,0%)
Nivel educativo				
Escolarización normal				
El interés que me han producido las sesiones ha sido	78 (53,4%)	31 (21,2%)	37 (25,3%)	0 (0,0%)
Las sesiones educativas me han gustado	59 (40,4%)	80 (54,8%)	7 (4,8%)	0 (0,0%)
Fracaso escolar				
El interés que me han producido las sesiones ha sido	45 (57,7%)	11 (14,1%)	22 (28,2%)	0 (0,0%)
Las sesiones educativas me han gustado	32 (41,0%)	41 (52,6%)	5 (6,4%)	0 (0,0%)
Discapacitados				
El interés que me han producido las sesiones ha sido	12 (100,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Las sesiones educativas me han gustado	10 (83,3%)	2 (16,7%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)

^aEducación Secundaria Obligatoria

Respecto al interés que les habían despertado las sesiones, se observó que de un total de 236 alumnos, 7 de cada 10 respondieron que mucho y bastante y también que las sesiones les habían gustado mucho o bastante a 9 de cada 10. Ninguno respondió que no les despertaran interés o que no les hubieran gustado. El porcentaje de interés producido fue similar entre hombres y mujeres que confirmaron 7 de cada 10 hombres y 8 de cada 10 mujeres que las sesiones les habían gustado mucho y/o bastante. Las sesiones les habían gustado mucho y/o bastante en ambos sexos en un 95%. En referencia al interés producido según el nivel educativo, fue mucho y/o bastante en 7 de cada 10 alumnos/as de escolarización normal y en 9 de cada 10 de fracaso escolar. Finalmente en el grupo de los discapacitados el 100% de los alumnos/as, confirmó que las sesiones les ha producido mucho interés. Lo mismo ocurrió con el agrado por las sesiones educativas que fue también de 9 de cada 10 en escolarización normal y

en fracaso escolar y el 100% en discapacitados. No hay ningún alumno al que no le hubiesen aportado nada.

Tabla 109a: Descripción del interés y satisfacción por datos independientes a nivel global, sexo, nivel educativo, curso de procedencia y número de sesiones.

Grupo y preguntas o afirmaciones	Interés y satisfacción			
	Mucho n (%)	Bastante n (%)	Algo n (%)	Nada n (%)
Curso de procedencia				
3º ESO^a				
El interés que me han producido las sesiones ha sido	28 (49,1%)	15 (26,3%)	14 (24,6%)	0 (0,0%)
Las sesiones educativas me han gustado	24 (42,1%)	32 (56,1%)	1 (1,8%)	0 (0,0%)
4º ESO^a				
El interés que me han producido las sesiones ha sido	21 (77,8%)	6 (22,2%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Las sesiones educativas me han gustado	23 (85,2%)	4 (14,8%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Bachiller				
El interés que me han producido las sesiones ha sido	29 (46,8%)	10 (16,1%)	23 (37,1%)	0 (0,0%)
Las sesiones educativas me han gustado	12 (19,4%)	44 (71,0%)	6 (9,6%)	0 (0,0%)
Jardinería				
El interés que me han producido las sesiones ha sido	12 (100,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Las sesiones educativas me han gustado	10 (83,3%)	2 (16,7%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Adaptación escolar				
El interés que me han producido las sesiones ha sido	9 (90,0%)	1 (10,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Las sesiones educativas me han gustado	8 (80,0%)	2 (20,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Oficios				
El interés que me han producido las sesiones ha sido	36 (52,9%)	11 (16,2%)	21 (30,9%)	0 (0,0%)
Las sesiones educativas me han gustado	24 (35,3%)	39 (57,4%)	5 (7,3%)	0 (0,0%)
1 Sesión				
El interés que me han producido las sesiones ha sido	19 (51,4%)	13 (35,1%)	5 (13,5%)	0 (0,0%)
Las sesiones educativas me han gustado	17 (45,9%)	20 (54,1%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
4 Sesiones				
El interés que me han producido las sesiones ha sido	116 (58,3%)	29 (14,6%)	54 (27,1%)	0 (0,0%)
Las sesiones educativas me han gustado	84 (42,2%)	103 (51,8%)	12 (6,0%)	0 (0,0%)

Valorando el curso de procedencia, a los alumnos que despertó mayor interés las sesiones educativas fueron los de cuarto de ESO, jardinería y adaptación escolar que respondieron mucho y bastante al 100%, seguido de los de 3º de ESO y oficios que fue 7 de cada 10 y por último, 6 de cada 10 de bachiller. Respecto al agrado, fueron los de cuarto de ESO, jardinería y adaptación escolar que respondieron mucho y bastante al 100%, seguido de los de 3º de ESO, oficios, y los de bachiller que lo hicieron 9 de cada 10. Teniendo en cuenta el número de sesiones, a los que se les impartió 1 sesión, 5 de cada 10 confirmaron que les produjeron mucho interés y el 100% de los alumnos confesaron que les habían gustado mucho y/o bastante. A aquellos a los que se les impartieron 4

sesiones, 6 alumnos de cada 10 confirmaron que las sesiones les produjeron mucho interés y 4 de cada 10 confesaron que habían sido de su agrado. Nadie tuvo la sensación de que no les habían aportado nada.

4.17.2 Descripción de la percepción de aprendizaje de los alumnos/as

Tabla 110: Descripción de la variable de percepción de aprendizaje de los alumnos/as por datos independientes a nivel global, sexo, nivel educativo, curso de procedencia y número de sesiones.

Pregunta y/o afirmación	Percepción de aprendizaje			
	Mucho	Algo	Casi nada	He perdido el tiempo
Durante las sesiones he aprendido	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Grupo total	133 (56,4%)	101 (42,8%)	2 (0,8%)	0 (0,0%)
Sexo				
Hombres	82 (57,8%)	58 (40,8%)	2 (1,4%)	0 (0,0%)
Mujeres	51 (54,3%)	43 (45,7%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Nivel educativo				
Escolarización normal	76 (52,1%)	69 (47,2%)	1 (0,7%)	0 (0,0%)
Fracaso escolar	45 (57,7%)	32 (41,0%)	1 (1,3%)	0 (0,0%)
Discapacitados	12 (100,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Curso de procedencia				
3º ESO ^a	27 (47,4%)	29 (50,8%)	1 (1,8%)	0 (0,0%)
4º ESO ^a	25 (92,6%)	2 (7,4%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Bachiller	24 (38,7%)	38 (61,3%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Jardinería	12 (100,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Adaptación escolar	7 (70,0%)	3 (30,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Oficios	24 (35,2%)	39 (57,4%)	5 (7,4%)	0 (0,0%)
Número de sesiones				
1 Sesión	15 (40,5%)	21 (56,8%)	1 (2,7%)	0 (0,0%)
4 Sesiones	118 (59,3%)	80 (40,2%)	1 (0,5%)	0 (0,0%)

^a Educación Secundaria Obligatoria

Del total del grupo 6 de cada 10 tuvo la percepción de haber aprendido mucho, 4 de cada 10 aumentó en algo su aprendizaje y 1 de cada 10 consideró no haber aprendido casi nada. Nadie tuvo la sensación de haber estado perdiendo el tiempo.

Respecto al sexo, 6 de cada 10 hombres y 5 de cada 10 mujeres, tuvo la percepción de haber aprendido mucho, 4 de cada 10 hombres y 5 de cada 10 mujeres, aumentó en algo su aprendizaje y 1 de cada 10 hombres consideró no

haber aprendido casi nada y nadie tuvo la sensación de haber estado perdiendo el tiempo.

En referencia a la percepción de aprendizaje, según el nivel educativo, la mitad en escolarización normal y la mitad en fracaso escolar, y la totalidad del grupo de discapacitados, confirmó haber aprendido mucho, 4 de cada 10 alumnos de escolarización normal y 4 de cada 10 de fracaso escolar tuvieron la percepción de haber mejorado en algo su aprendizaje y 1 de cada 10, tanto del grupo de escolarización normal como en fracaso escolar consideró no haber aprendido casi nada y nadie tuvo la sensación de haber estado perdiendo el tiempo. Valorando el curso de procedencia, a los alumnos que tuvieron mayor percepción de aprendizaje fueron jardinería donde el 100% consideró haber aprendido mucho y en segundo lugar los alumnos/as de 4º de ESO, donde 9 de cada 10 contestaron haber aprendido mucho. En adaptación escolar fueron, 7 de cada 10 los que confirmaron haber aprendido mucho, 4 de cada 10 en bachiller y en 3º de ESO y 3 de cada 10 en oficios. Respecto a los que tuvieron la sensación de haber mejorado algo su aprendizaje, fueron 6 de cada 10 alumnos de bachiller y de oficios. La mitad de los de 3º de ESO, 3 de cada 10 de adaptación escolar y 1 de cada 10 de 4º de ESO. 1 de cada 10 alumnos de 3º de ESO y de oficios, consideró no haber aprendido casi nada y nadie tuvo la sensación de haber estado perdiendo el tiempo.

A aquellos a los que se les impartieron 4 sesiones, 6 alumnos de cada 10 confirmó haber aprendido mucho, frente a los 4 alumnos de cada 10 de los que se les impartió una sesión. La mitad de los alumnos que recibieron una sesión tuvieron la percepción de haber mejorado en algo su aprendizaje y 4 de cada 10 de los que recibieron 4 sesiones. Nadie tuvo la sensación de haber perdido el tiempo.

4.17.3 Descripción de la percepción de la utilidad de los juegos por los alumnos/as

Tabla 111: Descripción de la percepción de la utilidad de los juegos por los alumnos/as por datos independientes a nivel global, sexo y nivel educativo.

Grupo y variables	Si n (%)	No n (%)
Grupo total		
Los juegos me han servido para reforzar conocimientos	193 (81,8%)	43 (18,2%)
Los juegos me han servido para hacerme reflexionar	126 (53,4%)	110 (46,6%)
Los juegos me han servido para sentirme incómodo	22 (9,3%)	214 (90,7%)
Los juegos me han servido para unirme al grupo	84 (35,6%)	152 (64,4%)
Sexo		
Hombres		
Los juegos me han servido para reforzar conocimientos	115 (81,0%)	27 (19,0%)
Los juegos me han servido para hacerme reflexionar	77 (54,2%)	65 (45,8%)
Los juegos me han servido para sentirme incómodo	12 (8,5%)	130 (91,5%)
Los juegos me han servido para unirme al grupo	53 (37,3%)	89 (62,7%)
Mujeres		
Los juegos me han servido para reforzar conocimientos	78 (83,0%)	16 (17,0%)
Los juegos me han servido para hacerme reflexionar	49 (52,1%)	45 (47,9%)
Los juegos me han servido para sentirme incómodo	10 (10,6%)	84 (89,4%)
Los juegos me han servido para unirme al grupo	31 (33,0%)	63 (67,0%)
Nivel educativo		
Escolarización normal		
Los juegos me han servido para reforzar conocimientos	116 (79,5%)	30 (20,5%)
Los juegos me han servido para hacerme reflexionar	76 (52,1%)	70 (47,9%)
Los juegos me han servido para sentirme incómodo	16 (11,0%)	130 (89,0%)
Los juegos me han servido para unirme al grupo	49 (33,6%)	97 (66,4%)
Fracaso escolar		
Los juegos me han servido para reforzar conocimientos	65 (83,3%)	13 (16,7%)
Los juegos me han servido para hacerme reflexionar	38 (48,7%)	40 (51,3%)
Los juegos me han servido para sentirme incómodo	6 (7,7%)	72 (92,3%)
Los juegos me han servido para unirme al grupo	23 (29,5%)	55 (70,5%)
Discapacitados		
Los juegos me han servido para reforzar conocimientos	12 (100,0%)	0 (0,0%)
Los juegos me han servido para hacerme reflexionar	12 (100,0%)	0 (0,0%)
Los juegos me han servido para sentirme incómodo	0 (0,0%)	12 (100,0%)
Los juegos me han servido para unirme al grupo	12 (100,0%)	0 (0,0%)

Respecto a la utilidad que han tenido para los alumnos las dinámicas, observamos en la tabla 111 que 8 de cada 10 confirmó que les ayudaron a reforzar conocimientos, a la mitad a reflexionar y a 4 de cada 10 les sirvió

además para unirse al grupo, aunque a 1 de cada 10 los juegos les hicieron estar incómodos.

Considerando el sexo, respecto a la utilidad que han tenido los juegos, 8 de cada 10 hombres y 8 de cada 10 mujeres confirmó que les ayudaron a reforzar conocimientos, a la mitad tanto de hombres como de mujeres, les ayudó a reflexionar y también a 1 de cada 10 los juegos les hicieron estar incómodos. Los juegos han servido para unirse al grupo más a los hombres (4 de cada 10) que a las mujeres (3 de cada 10). En referencia a la percepción de utilidad de los juegos, según el nivel educativo, no hay diferencia entre escolarización normal y fracaso escolar: 8 de cada 10 alumnos, en ambos grupos, confirmaron que les ayudaron a reforzar conocimientos, a la mitad de los alumnos, les favoreció la reflexión y a 3 de cada 10 les sirvieron para unirse al grupo, aunque 1 de cada 10 los juegos les hicieron estar incómodos. El total del grupo de discapacitados, confirmaron que los juegos les ayudaron a reforzar conocimientos, reflexionar y unirse al grupo y a nadie les hicieron sentirse incómodos.

En la tabla 111a, valorando el curso de procedencia, observamos que los alumnos que más creían en la utilidad de los juegos fueron en primer lugar jardinería y adaptación escolar que en ambos casos el 100% de alumnos confirmaron que les habían servido para reforzar conocimientos, seguidos de los de 4º de ESO, 9 de cada 10, oficios, bachiller y 3º de ESO que lo confirmaron 8 de cada 10 alumnos. Todo el grupo de jardinería, manifestó que les sirvieron de ayuda para reflexionar, a 9 de cada 10 alumnos de 4º de ESO, seguidos de 5 de cada 10 de adaptación escolar, bachiller y oficios y a 4 de cada 10 alumnos de 3º de ESO. Por otra parte a todo el grupo de jardinería, a 7 de cada 10 alumnos de 4º de ESO, 3 de cada 10 de 3º de la ESO, oficios y 2 de cada 10 de bachiller y 1 de cada 10 de adaptación escolar confirmaron que los juegos les sirvieron para unirse al grupo. En referencia a si los juegos les hicieron estar incómodos, todo el grupo de adaptación escolar respondió que sí, también 3 de cada 10 de alumnos de 3º de ESO y 1 de cada 10 de bachiller, oficios y ninguno de jardinería ni 4º de ESO.

Tabla 111a: Descripción de la percepción de la utilidad de los juegos por los alumnos/as por datos independientes, según el curso de procedencia y número de sesiones.

Grupo y pregunta y/o afirmación	Si n (%)	No n (%)
Curso de procedencia		
3º ESO^a		
Los juegos me han servido para reforzar conocimientos	44 (77,2%)	13 (22,8%)
Los juegos me han servido para hacerme reflexionar	23 (40,4%)	34 (59,6%)
Los juegos me han servido para sentirme incómodo	15 (26,3%)	42 (73,7%)
Los juegos me han servido para unirme al grupo	18 (31,6%)	39 (68,4%)
4º ESO^a		
Los juegos me han servido para reforzar conocimientos	24 (88,9)	3 (11,1)
Los juegos me han servido para hacerme reflexionar	24 (88,9%)	3 (11,1%)
Los juegos me han servido para sentirme incómodo	0 (0,0%)	27 (100,0%)
Los juegos me han servido para unirme al grupo	20 (74,1%)	7 (25,9%)
Bachiller		
Los juegos me han servido para reforzar conocimientos	48 (77,4%)	14 (22,6%)
Los juegos me han servido para hacerme reflexionar	29 (46,8%)	33 (53,2%)
Los juegos me han servido para sentirme incómodo	1 (1,6%)	61 (98,4%)
Los juegos me han servido para unirme al grupo	11 (17,7%)	51 (82,3%)
Jardinería		
Los juegos me han servido para reforzar conocimientos	12 (100,0%)	0 (0,0%)
Los juegos me han servido para hacerme reflexionar	12 (100,0%)	0 (0,0%)
Los juegos me han servido para sentirme incómodo	0 (0,0%)	12 (100,0%)
Los juegos me han servido para unirme al grupo	12 (100,0%)	0 (0,0%)
Adaptación escolar		
Los juegos me han servido para reforzar conocimientos	10 (100,0%)	0 (0,0%)
Los juegos me han servido para hacerme reflexionar	5 (50,0%)	5 (50,0%)
Los juegos me han servido para sentirme incómodo	10 (100,0%)	0 (0,0%)
Los juegos me han servido para unirme al grupo	1 (10,0%)	9 (90,0%)
Oficios		
Los juegos me han servido para reforzar conocimientos	55 (80,9%)	13 (19,1%)
Los juegos me han servido para hacerme reflexionar	33 (48,5%)	35 (51,5%)
Los juegos me han servido para sentirme incómodo	6 (8,8%)	62 (91,2%)
Los juegos me han servido para unirme al grupo	22 (32,4%)	46 (67,6%)
Número de sesiones		
1 Sesión		
Los juegos me han servido para reforzar conocimientos	24 (64,9%)	13 (35,1%)
Los juegos me han servido para hacerme reflexionar	5 (13,5%)	32 (86,5%)
Los juegos me han servido para sentirme incómodo	13 (35,1%)	24 (64,9%)
Los juegos me han servido para unirme al grupo	4 (10,8%)	33 (89,2%)
4 Sesiones		
Los juegos me han servido para reforzar conocimientos	169 (84,9%)	30 (15,1%)
Los juegos me han servido para hacerme reflexionar	121 (60,8%)	78 (39,2%)
Los juegos me han servido para sentirme incómodo	9 (4,5%)	190 (95,5%)
Los juegos me han servido para unirme al grupo	80 (40,2%)	119 (59,8%)

^aEducación Secundaria Obligatoria

En referencia al número de sesiones, los juegos sirvieron en el entorno de las 4 sesiones para reforzar más los conocimientos (8 de cada 10 alumnos lo confirmaron frente a 6 de cada 10 alumnos de los que recibieron una sesión) y motivarles para la reflexión (6 de cada 10 alumnos lo confirmaron frente a 1 de cada 10 alumnos de los que recibieron una sesión). También les ayudaron a facilitarles la unión al grupo (4 de cada 10 alumnos lo confirmaron frente a 1 de cada 10 alumnos de los que recibieron una sesión).

Al entorno de una sesión les hizo sentir incómodos a 4 de cada 10 alumnos, situación que no se ha manifestado en los alumnos a los que se les impartió 4 sesiones.

4.17.4 Descripción de la percepción de la duración de las sesiones por los alumnos/as.

Tabla 112: Descripción de la percepción de la duración de las sesiones por los alumnos/as por datos independientes a nivel global, sexo, número de sesiones, nivel educativo y curso de procedencia.

Grupo y pregunta y/o afirmación		Largas	Cortas	Suficientes
Duración de las sesiones		n (%)	n (%)	n (%)
Grupo total		23 (9,7%)	150 (63,6%)	63 (26,7%)
sexo				
	Hombres	10 (7,0%)	93 (65,5%)	39 (27,5%)
	Mujeres	13 (13,9%)	57 (60,6%)	24 (25,5%)
Nivel educativo				
	Escolarización normal	19 (13,1%)	83 (56,8%)	44 (30,1%)
	Fracaso escolar	4 (5,1%)	55 (70,5%)	19 (24,4%)
	Discapacitados	0 (0,0%)	12(100,0%)	0 (0,0%)
Curso de procedencia				
	3º ESO ^a	15 (26,3%)	18 (31,6%)	24 (42,1%)
	4º ESO ^a	4 (14,8%)	22 (81,5%)	1 (3,7%)
	Bachiller	0 (0,0%)	43 (69,4%)	19 (30,6%)
	Jardinería	0 (0,0%)	12 (100,0%)	0 (0,0%)
	Adaptación escolar	0 (0,0%)	8(80,0%)	2 (20,0%)
	Oficios	4 (5,9%)	47 (69,1%)	17 (25,0%)
Número de sesiones				
	1 Sesión	15 (40,5%)	10 (27,1%)	12 (32,4%)
	4 Sesiones	8 (4,0%)	140 (70,4%)	51 (25,6%)

^a Educación Secundaria Obligatoria

Del total del grupo de alumnos, 6 de cada 10 confirmó que las sesiones les parecieron cortas, 3 de cada 10 suficientes y 1 de cada 10 largas. Respecto al género, a 6 de cada 10 hombres les parecieron cortas y a 3 de cada 10 suficientes, a las mujeres, 6 de cada 10, les parecieron cortas, y a suficientes, solamente 1 de cada 10 opinó que les parecieron largas. En referencia a la percepción de duración de las sesiones, según el nivel educativo, 6 de cada 10 alumnos en escolarización normal, 7 de cada 10 en fracaso escolar y la totalidad del grupo de discapacitados, les parecieron cortas, 3 de cada 10 alumnos de escolarización normal y 2 de cada 10 de fracaso escolar dijeron que habían sido suficientes y solamente 1 de cada 10 en escolarización normal las encontraron largas.

Valorando el curso de procedencia, la percepción de duración de las sesiones observamos que todos los alumnos de jardinería contestaron que las encontraron cortas, seguidos de 8 de cada 10 los alumnos de adaptación escolar y 4º de ESO, 7 de cada 10 en el grupo de bachiller y oficios y por último los de 3º de ESO que respondieron haber encontrado cortas las sesiones 3 de cada 10. Únicamente encontraron las sesiones largas 3 de cada 10 alumnos de 3º de ESO y 1 de cada 10 de 4º de ESO, al resto les pareció suficientes.

A aquellos a los que se les impartieron 4 sesiones, 7 alumnos de cada 10 confirmaron que las sesiones les parecieron cortas, frente a los 4 alumnos de cada 10 de los que se les impartió una sesión que les parecieron largas. Se observó que los alumnos que recibieron 4 sesiones no tienen la percepción de que las sesiones hayan sido largas.

4.17.4 Descripción de la percepción de la oportunidad de participación de los alumnos/as

Tabla 113: Descripción de la variable de la percepción de la oportunidad de participación de los alumnos/as por datos independientes a nivel global, sexo, número de sesiones, nivel educativo y curso de procedencia.

Grupo y pregunta y/o afirmación		Si	No
He podido participar y preguntar		n (%)	n (%)
Grupo total		210 (89,0%)	26 (11,0%)
Sexo			
	Hombres	125 (88,0%)	17 (12,0%)
	Mujeres	85 (90,4%)	9 (9,6%)
Nivel educativo			
	Escolarización normal	133 (91,1%)	13 (8,9%)
	Fracaso escolar	65 (83,3%)	13 (16,7%)
	Discapacitados	12 (100,0%)	0 (0,0%)
Curso de procedencia			
	3º ESO ^a	49 (86,0%)	8 (14,0%)
	4º ESO ^a	23 (85,2%)	4 (14,8%)
	Bachiller	61 (98,4%)	1 (1,6%)
	Jardinería	12 (100,0%)	0 (0,0%)
	Adaptación escolar	10 (100,0%)	0 (0,0%)
	Oficios	55 (80,9%)	13 (19,1%)
Número de sesiones			
	1 Sesión	30 (81,1%)	7 (18,9%)
	4 Sesiones	180 (90,5%)	19 (9,5%)

^a Educación Secundaria Obligatoria

Respecto a la participación 9 de cada 10 alumnos confirmó que pudo preguntar y participar en las sesiones educativas. Respecto al género, 9 de cada 10 hombres y mujeres confirman que han tenido oportunidad de participación. En referencia a la percepción de oportunidad de participación, según el nivel educativo, 9 de cada 10 en escolarización normal y 8 de cada 10 en fracaso escolar, y la totalidad del grupo de discapacitados, confirmaron poder preguntar y participar en las sesiones. Valorando el curso de procedencia, los alumnos que tuvieron mayor percepción de participar y preguntar fueron en primer lugar la totalidad de alumnos de jardinería, adaptación escolar y bachiller, seguidos de 9 de cada 10 alumnos de 3º ESO, 4º ESO y 8 de cada 10 alumnos de oficios respectivamente. Finalmente se observó que aquellos alumnos/as a los que se les impartieron 4 sesiones, 9 de cada 10 confirmaron su participación y el poder realizar preguntas, frente a los 8 alumnos de cada 10 de los que se les impartió una sesión.

4.18 Variables de hábitos tóxicos en los alumnos/as

4.18.1 Descripción de la opinión y el consumo de drogas test por datos independientes a nivel global, sexo y por número de sesiones.

Tabla 114: Variable de la opinión y el consumo de drogas por datos independientes a nivel global, sexo y por número de sesiones.

Grupo y preguntas y/o afirmaciones.	Test	
	Si n (%)	No n (%)
Grupo total		
Las drogas son imprescindibles para pasarlo bien	8 (3,2%)	240 (96,8%)
Con control no son peligrosas	100 (40,3%)	148 (59,7%)
No deberían tomarse	140 (56,5%)	108 (43,5%)
He consumido alcohol	198 (79,8%)	50 (18,7%)
He consumido tabaco	167 (67,3%)	81 (32,7%)
He consumido pastillas estimulantes	43 (17,3%)	205 (82,7%)
He consumido otras drogas	86 (34,7%)	162 (65,3%)
He consumido alguna droga	34 (13,7%)	214 (86,3%)
Sexo		
Hombres		
Las drogas son imprescindibles para pasarlo bien	8 (5,1%)	150 (95,0%)
Con control no son peligrosas	63 (39,9%)	95 (60,1%)
No deberían tomarse	87 (55,1%)	71 (44,9%)
He consumido alcohol	121 (76,6%)	37 (23,4%)
He consumido tabaco	106 (67,1%)	52 (32,9%)
He consumido pastillas estimulantes	30 (19,0%)	128 (81,0%)
He consumido otras drogas	63 (39,9%)	95 (60,1%)
He consumido alguna droga	27 (17,1%)	131 (82,9%)
Mujeres		
Las drogas son imprescindibles para pasarlo bien	0 (0,0%)	90 (100,0%)
Con control no son peligrosas	37 (41,1%)	53 (58,9%)
No deberían tomarse	53 (58,9%)	37 (41,1%)
He consumido alcohol	77 (85,6%)	13 (14,4%)
He consumido tabaco	61 (67,8%)	29 (32,2%)
He consumido pastillas estimulantes	13 (14,4%)	77 (85,6%)
He consumido otras drogas	23 (25,6%)	67 (74,4%)
He consumido alguna droga	7 (7,8%)	83 (92,2%)

Respecto a la opinión en el grupo de alumnos sobre el consumo de drogas, se observó en la tabla 114 que 1 de cada 10 en el test y en el retest creían que eran imprescindibles para pasarlo bien 4 de cada 10 en el test y el retest que con control no son peligrosas y 5 de cada 10 en el test y en el retest que no deberían tomarse. Por lo que respecta al consumo de alcohol 8 de cada 10 alumnos confesó consumirlo en el test y retest, el tabaco 7 de cada 10 test y retest, 2 de cada 10 había consumido pastillas estimulantes, 3 de cada 10 manifestó que

había consumido otras drogas, sin embargo solamente 2 de cada 10 afirmaron haber consumido alguna droga. El porcentaje de opinión sobre el consumo de drogas entre hombres fue 1 de cada 10 que eran imprescindibles para pasarlo bien, sin embargo no hubo ninguna mujer que lo confirmara. En la opinión de que con control no son peligrosas 4 de cada 10 hombres y mujeres lo confirmaron, frente a 5 de cada 10 hombres y 6 de cada 10 mujeres que creían que no deberían tomarse. Respecto al consumo confesaron consumir alcohol 8 de cada 10 hombres y mujeres, tabaco 7 de cada 10 hombres y mujeres, pastillas estimulantes 2 de cada 10 hombres y 1 de cada 10 mujeres afirmaron consumirlas.

Finalmente 4 de cada 10 hombres y 3 de cada 10 mujeres confesó que había consumido otras drogas, sin embargo solamente 2 de cada 10 hombres y 1 de cada 10 mujeres afirmaron haber consumido alguna droga.

Tabla 114a: Variable de la opinión y el consumo de drogas por datos independientes a nivel global, sexo y por número de sesiones

Grupo y preguntas y/o afirmaciones.	Test	
	Si n (%)	No n (%)
Número de sesiones		
1 Sesión		
Las drogas son imprescindibles para pasarlo bien	1 (2,7%)	36 (97,3%)
Con control no son peligrosas	16 (43,2%)	21 (56,8%)
No deberían tomarse	20 (54,1%)	17 (45,9%)
He consumido alcohol	30 (81,1)	7 (18,9%)
He consumido tabaco	26 (70,3%)	11 (29,7%)
He consumido pastillas estimulantes	4 (10,8%)	33 (89,2%)
He consumido otras drogas	7 (18,9%)	30 (81,1%)
He consumido alguna droga	0 (0,0%)	37 (100,0%)
4 Sesiones		
Las drogas son imprescindibles para pasarlo bien	7 (3,3%)	204 (96,7%)
Con control no son peligrosas	84 (39,8%)	127 (60,2%)
No deberían tomarse	120 (56,9%)	91 (43,1%)
He consumido alcohol	168 (79,6%)	43 (20,4%)
He consumido tabaco	141 (66,8%)	70 (33,2%)
He consumido pastillas estimulantes	39 (18,5%)	172 (81,5%)
He consumido otras drogas	79 (37,4%)	132 (62,6%)
He consumido alguna droga	34 (16,1%)	177 (83,9%)

A aquellos a los que se les impartieron 4 sesiones, 4 alumnos de cada 10 confirmaron que las drogas con control no son peligrosas, 6 de cada 10 que no deberían tomarse. Se observan los mismos porcentajes en los alumnos a los que

se les impartió 1 sesión. Tanto en los alumnos a los que se les impartieron 1 y 4 sesiones se observó que 8 de cada 10 alumnos confesó haber consumido alcohol, 7 de cada 10 tabaco y 2 de cada 10 pastillas estimulantes. En 4 de cada 10 alumnos confesaron haber consumido alguna droga.

4.18.2 Descripción de la opinión y el consumo de drogas test/retest por datos independientes, según el nivel educativo y curso de procedencia.

Tabla 115: Variable de la opinión y el consumo de drogas por datos independientes, según el nivel educativo y curso de procedencia

Grupo y variables	Test	
	Si n (%)	No n (%)
Nivel educativo		
Escolarización normal		
Las drogas son imprescindibles para pasarlo bien	5 (3,4%)	143 (96,6%)
Con control no son peligrosas	73 (49,3%)	75 (50,7%)
No deberían tomarse	70 (47,3%)	78 (52,7%)
He consumido alcohol	127 (85,8%)	21 (14,2%)
He consumido tabaco	94 (63,5%)	54 (36,5%)
He consumido pastillas estimulantes	28 (18,9%)	120 (81,1%)
He consumido otras drogas	55 (37,2%)	93 (62,8%)
He consumido alguna droga	13 (8,8%)	135 (91,2%)
Fracaso escolar		
Las drogas son imprescindibles para pasarlo bien	3 (3,9%)	73 (96,1%)
Con control no son peligrosas	24 (31,6%)	52 (68,4%)
No deberían tomarse	49 (64,5%)	27 (35,5%)
He consumido alcohol	59 (77,6%)	17 (22,4%)
He consumido tabaco	59 (77,6%)	17 (22,4%)
He consumido pastillas estimulantes	15 (19,7%)	61 (80,3%)
He consumido otras drogas	28 (36,8%)	48 (63,2%)
He consumido alguna droga	14 (18,4%)	62 (81,6%)
Discapitados		
Las drogas son imprescindibles para pasarlo bien	0 (0,0%)	24 (100,0%)
Con control no son peligrosas	3 (12,5%)	21 (87,5%)
No deberían tomarse	21 (87,5%)	3 (12,5%)
He consumido alcohol	12 (50,0%)	12 (50,0%)
He consumido tabaco	14 (58,3%)	10 (41,7%)
He consumido pastillas estimulantes	0 (0,0%)	24 (100,0%)
He consumido otras drogas	3 (12,5%)	21 (87,5%)
He consumido alguna droga	7 (29,2%)	17 (70,8%)

Observamos en la tabla 115 respecto a la opinión sobre el consumo de drogas según el nivel educativo, que en la escolarización normal 5 de cada 10 alumnos/as, opinan que con control no son peligrosas y que no deberían tomarse, 9 de cada 10 afirmó haber consumido alcohol, 6 de cada 10 tabaco, 2

de cada 10 pastillas estimulantes, 4 de cada 10 que había consumido otras drogas y sin embargo 1 de cada 10 solo dice haber consumido alguna droga. En el fracaso escolar, opinaron 3 de cada 10 que con control no son peligrosas y 6 de cada 10 que no deberían tomarse. En el grupo de los discapacitados, el 100% opinó que las drogas no son imprescindibles para pasarlo bien, aunque creen que con control no son peligrosas en 9 de cada 10 alumnos/as. 9 de cada 10 confirman que no deberían tomarse. Confiesan que 5 de cada 10 ha consumido alcohol, 6 de cada 10 tabaco, nadie responde que hubiera consumido pastillas estimulantes, 1 de cada 10 responde haber consumido otras drogas y 3 de cada 10 manifiesta haber consumido alguna.

Tabla 115a: Variable de la opinión y el consumo de drogas por datos independientes, según el nivel educativo y curso de procedencia

Grupo y variables	Test	
	Si n (%)	No n (%)
Curso de procedencia		
3º ESO^a		
Las drogas son imprescindibles para pasarlo bien	5 (8,2%)	56 (91,8%)
Con control no son peligrosas	31 (50,8%)	30 (49,2%)
No deberían tomarse	25 (41,0%)	36 (59,0%)
He consumido alcohol	51 (83,6%)	10 (16,4%)
He consumido tabaco	38 (62,3%)	23 (37,7%)
He consumido pastillas estimulantes	12 (19,7%)	49 (80,3%)
He consumido otras drogas	16 (26,2%)	45 (73,8%)
He consumido alguna droga	1 (1,6%)	60 (98,4%)
4º ESO^a		
Las drogas son imprescindibles para pasarlo bien	0 (0,0%)	28 (100,0%)
Con control no son peligrosas	11 (39,3%)	17 (60,7%)
No deberían tomarse	17 (60,7%)	11 (39,3%)
He consumido alcohol	24 (85,7%)	4 (14,3%)
He consumido tabaco	21 (75,0%)	7 (25,0%)
He consumido pastillas estimulantes	6 (21,4%)	22 (78,6%)
He consumido otras drogas	12 (42,9%)	16 (57,1%)
He consumido alguna droga	5 (17,9%)	23 (82,1%)
Bachiller		
Las drogas son imprescindibles para pasarlo bien	0 (0,0%)	59 (100,0%)
Con control no son peligrosas	31 (52,5%)	28 (47,5%)
No deberían tomarse	28 (47,5%)	31 (52,5%)
He consumido alcohol	52 (88,1%)	7 (11,9%)
He consumido tabaco	35 (59,3%)	24 (40,7%)
He consumido pastillas estimulantes	10 (16,9%)	49 (83,1%)
He consumido otras drogas	27 (45,8%)	32 (54,2%)
He consumido alguna droga	7 (11,9%)	52 (88,1%)

^a Educación Secundaria Obligatoria

Valorando el curso de procedencia, los de 3º de ESO opinaron en 9 de cada 10 que las drogas no son imprescindibles para pasarlo bien, aunque creían que con control no eran peligrosas en 5 de cada 10 alumnos/as. 8 de cada 10 confirmó que no deberían tomarse. Confesaron 8 de cada 10 haber consumido alcohol, 6 de cada 10 tabaco, pastillas estimulantes 2 de cada 10, 3 de cada 10 otras drogas y sin embargo solo 2 de cada 10 manifestó haber consumido alguna droga. Los alumnos de 4º de ESO, opinaron el 100% que las drogas no eran imprescindibles para pasarlo bien, aunque creían que con control no eran peligrosas en 4 de cada 10 alumnos/as. Finalmente 6 de cada 10 confirmaron que no deberían tomarse.

Tabla 115b: Variable de la opinión y el consumo de drogas por datos independientes, según el nivel educativo y curso de procedencia.

Grupo y variables	Test	
	Si n (%)	No n (%)
Curso de procedencia		
Jardinería		
Las drogas son imprescindibles para pasarlo bien	0 (0,0%)	24 (100,0%)
Con control no son peligrosas	3 (12,5%)	21 (87,5%)
No deberían tomarse	21 (87,5%)	3 (12,5%)
He consumido alcohol	12 (50,0%)	12 (50,0%)
He consumido tabaco	14 (58,3%)	10 (41,7%)
He consumido pastillas estimulantes	0 (0,0%)	24 (100,0%)
He consumido otras drogas	3 (12,5%)	21 (87,5%)
He consumido alguna droga	7 (29,2%)	17 (70,8%)
Adaptación escolar		
Las drogas son imprescindibles para pasarlo bien	0 (0,0%)	12 (100,0%)
Con control no son peligrosas	5 (41,7%)	7 (58,3%)
No deberían tomarse	7 (58,3%)	5 (41,7%)
He consumido alcohol	8 (66,7%)	4 (33,3%)
He consumido tabaco	9 (75,0%)	3 (25,0%)
He consumido pastillas estimulantes	1 (8,3%)	11 (91,7%)
He consumido otras drogas	7 (58,3%)	5 (41,7%)
He consumido alguna droga	3 (25,0%)	9 (75,0%)
Oficios		
Las drogas son imprescindibles para pasarlo bien	3 (4,7%)	61 (95,3%)
Con control no son peligrosas	19 (29,7%)	45 (70,3%)
No deberían tomarse	42 (65,6%)	22 (34,4%)
He consumido alcohol	51 (79,7%)	13 (20,3%)
He consumido tabaco	50 (78,1%)	14 (21,9%)
He consumido pastillas estimulantes	14 (21,9%)	50 (78,1%)
He consumido otras drogas	21 (32,8%)	43 (67,2%)
He consumido alguna droga	11 (17,2%)	53 (82,8%)

También los alumnos/as de 4º de Eso, confesaron, 8 de cada 10 que había consumido alcohol, 7 de cada 10 tabaco, pastillas estimulantes 2 de cada 10, 4 de cada 10 otras drogas y sin embargo solo 2 de cada 10 manifestó haber consumido alguna droga. Los alumnos de bachiller, opinaron el 100% que las drogas no eran imprescindibles para pasarlo bien, aunque creían que con control no eran peligrosas y que no deberían tomarse en 5 de cada 10. Confesaron, 9 de cada 10 haber consumido alcohol, 6 de cada 10 tabaco, pastillas estimulantes 2 de cada 10, 4 de cada 10 otras drogas y sin embargo solo 1 de cada 10 manifestó haber consumido alguna droga.

Los alumnos de jardinería, opinaron el 100% que las drogas no eran imprescindibles para pasarlo bien, aunque 9 de cada 10 alumnos creían que con control no eran peligrosas aunque no deberían tomarse. Confesaron que 5 de cada 10 había consumido alcohol, 6 de cada 10 tabaco, no habían consumido pastillas estimulantes y 1 de cada 10 otras drogas, sin embargo solo 1 de cada 10 manifestó haber consumido alguna droga. Los alumnos de adaptación escolar, opinaron el 100% que las drogas no eran imprescindibles para pasarlo bien, aunque 4 de cada 10 creían que con control no eran peligrosas y que no deberían tomarse en 6 de cada 10. Confesaron, 7 de cada 10 haber consumido alcohol, 7 de cada 10 tabaco, pastillas estimulantes 9 de cada 10 manifestaron que no habían consumido, 6 de cada 10 otras drogas y sin embargo solo 2 de cada 10 manifestó haber consumido alguna droga.

Finalmente los alumnos/as de oficios, 9 de cada 10 opinaron que las drogas no eran imprescindibles para pasarlo bien, aunque creían que con control no eran peligrosas en 3 de cada 10 y que no deberían tomarse en 7 de cada 10. Confesaron 8 de cada 10 haber consumido alcohol y tabaco, pastillas estimulantes 2 de cada 10, 3 de cada 10 otras drogas y sin embargo solo 2 de cada 10 manifestó haber consumido alguna droga.

4.19 Descripción de la opinión de los jóvenes respecto al uso del preservativo y al aborto

4.19.1 Comparación de la opinión del preservativo test/retest por datos independientes a nivel global, sexo y nivel educativo.

Valorando los resultados sobre la opinión del preservativo, se observó que en el grupo de intervención hay significación estadística a favor después de la intervención educativa ($p= 0,0042$). Respecto al sexo, se observó significación estadística a favor del preservativo en los hombres, después de la intervención educativa ($p= 0,0186$), en el grupo de las mujeres no se constató significación estadística.

Tabla 116: Variable de la opinión del preservativo test/retest por datos independientes a nivel global, sexo y nivel educativo.

Opinión sobre el preservativo	Test		Retest		p
	Buena n (%)	Mala n (%)	Buena n (%)	Mala n (%)	
Grupo total	194 (78,5%)	53 (21,5%)	210 (88,6%)	27 (11,4%)	0,0042
Sexo					
Hombres	121 (77,1%)	36 (22,9)	126 (88,1%)	17 (11,9%)	0,0186
Mujeres	73 (81,1%)	17 (18,9%)	84 (89,4%)	10 (10,6%)	NS
Nivel educativo					
Escolarización normal	123 (83,7%)	24 (16,3%)	131 (89,7%)	15 (10,3%)	NS
Fracaso escolar	60 (78,9%)	16 (21,1%)	69 (87,3%)	10 (12,7%)	NS
Discapacitados	11 (45,8%)	13 (54,2%)	10 (83,3%)	2 (16,7%)	NS

Según el nivel educativo, no se observó significación estadística a favor de la opinión del preservativo en ninguno de los diferentes niveles educativos, no obstante el grupo de escolarización normal, 8 de cada 10 alumnos/as reflejó en el test opinión favorable frente al preservativo; mientras que en el retest, aumento la opinión favorable hasta en 9 de cada 10 alumnos/as.

Se observó la misma tendencia en el resto de grupos, así pues, en fracaso escolar, 8 de cada 10 alumnos/as que tenían una buena opinión, aumentó a 9 de cada 10 en el retest y en el grupo de los discapacitados, que pasaron de 4 de cada 10 a tener buena opinión en el test a 8 de cada 10 en el retest.

4.19.2 Comparación de la opinión del preservativo test/retest por datos independientes, según el curso de procedencia y número de sesiones.

Tabla 117: Variable de la opinión del preservativo test/retest por datos independientes según el curso de procedencia y el número de sesiones.

Opinión sobre el preservativo	Test		Retest		p
	Buena n (%)	Mala n (%)	Buena n (%)	Mala n (%)	
Curso de procedencia					
3º ESO ^a	44 (72,1%)	17 (27,9%)	45 (78,9%)	12 (21,1%)	NS
4º ESO ^a	24 (88,9%)	3 (11,1%)	26 (96,3%)	1 (3,7%)	NS
Bachiller	55 (93,2%)	4 (6,8%)	60 (96,2%)	2 (3,2%)	NS
Jardinería	11 (45,8%)	13 (54,2%)	10 (83,3%)	2 (16,7%)	NS
Adaptación escolar	10 (83,3%)	2 (16,7%)	9 (90,0%)	1 (10,0%)	NS
Oficios	50 (78,1%)	14 (21,9%)	60 (87,0%)	9 (13,0%)	NS
Número de sesiones					
1 Sesión	26 (70,3%)	11 (29,7%)	28 (75,7%)	9 (24,3%)	NS
4 Sesiones	168 (80,0%)	42 (20,0%)	182 (91,0%)	18 (9,0%)	0,0016

^a Educación Secundaria Obligatoria

Respecto al curso de procedencia en relación a la opinión del preservativo, observamos que todos mejoran su opinión, aunque no hay significación estadística. Así en el grupo de 3º de ESO, el 72,1% de los alumnos/as reflejó en el test buena opinión frente al 78,9% en el retest. En el grupo de 4º de ESO, el 88,9% de los alumnos/as reflejó en el test su buena opinión frente al 96,3% que la tuvieron en el retest. Lo mismo sucedió en el grupo de bachiller, el 93,2 % de los alumnos/as reflejó en el test que tenían buena opinión, frente al 96,2% que respondieron tenerla en el retest. En el grupo de jardinería, el 45,8% de los alumnos reflejó en el test que tenían buena opinión del preservativo frente al 83,3% que respondió tenerla en el retest. El grupo de adaptación escolar paso de un 83,3% en tener buena opinión del preservativo a un 90,0% en el retest. Finalmente el curso de oficios que confeso en el test tener una buena opinión en un 78,1% de los alumnos/as frente al 87,0% del retest, después de la intervención educativa. Por lo que respecta al número de sesiones, a los alumnos/as que se impartió una sesión, aunque mejoran la opinión del preservativo, no se observa significación estadística. A aquellos a los que se les impartieron 4 sesiones, pasan a tener buena opinión 8 alumnos de cada 10 alumnos/as en el test a 9 de cada 10 en el retest observando significación estadística después de la intervención ($p=0,0016$).

4.19.3 Comparación de la opinión sobre el aborto test/retest por datos independientes a nivel global, sexo y por número de sesiones.

En la tabla 118, valorando los resultados sobre el aborto, se observó que en el grupo de intervención no hubo significación estadística ni a favor ni en contra.

Tabla 118: Variable de la opinión sobre el aborto test/retest por datos independientes a nivel global, género y por número de sesiones

Opinión sobre el aborto	Test		Retest		p
	A favor n (%)	En contra n (%)	A favor n (%)	En contra n (%)	
Grupo total	169 (69,0%)	76 (31,0%)	171(73,4%)	62 (26,6%)	NS
Sexo					
Hombres	105 (67,7%)	50 (32,3%)	99 (70,7%)	41 (29,3%)	NS
Mujeres	64 (71,1%)	26 (28,9%)	72 (77,4%)	21 (22,6%)	NS
Nivel educativo					
Escolarización normal	103 (70,5%)	43 (29,5%)	109(75,2%)	36 (24,8%)	NS
Fracaso escolar	55 (73,3%)	20 (26,7%)	58 (75,3%)	19 (24,7%)	NS
Discapacitados	11 (45,8%)	13 (54,2%)	4 (36,4%)	7 (63,6%)	NS

Respecto al sexo no se observó significación estadística hacia un cambio de opinión ni en los hombres ni en mujeres. Lo mismo ocurre en los diferentes niveles educativos, que no constató significación estadística ni en escolarización normal, ni en fracaso escolar, ni en el grupo de los discapacitados ni a favor ni en contra del aborto. No hubo cambio de opinión.

4.19.4 Comparación de la opinión sobre el aborto test/retest por datos independientes, según el curso de procedencia y número de sesiones.

Tabla 119: Variable de la opinión sobre el aborto test/retest por datos independientes según el curso de procedencia y número de sesiones

Opinión sobre el aborto	Test		Retest		p
	A favor n (%)	En contra n (%)	A favor n (%)	En contra n (%)	
Curso de procedencia					
3º ESO	26 (44,1%)	33 (55,9%)	28 (49,1%)	29 (50,9%)	NS
4º ESO ^a	20 (71,4%)	8 (28,6%)	22 (84,6%)	4 (15,4%)	NS
Bachiller	57 (96,6%)	2 (3,4%)	59 (95,2%)	3 (4,8%)	NS
Jardinería	11 (45,8%)	13 (54,2%)	4 (36,4%)	7 (63,6%)	NS
Adaptación escolar	10 (83,3%)	2 (16,7%)	7 (70,0%)	3 (30,0%)	NS
Oficios	45 (71,4%)	18 (28,6%)	51 (76,1%)	16 (23,9%)	NS
Número de sesiones					
1 Sesión	21 (58,3%)	15 (41,7%)	21 (56,8%)	16 (43,2%)	NS
4 Sesiones	148 (70,8%)	61 (29,2%)	150(76,5%)	46 (23,5%)	NS

^a Educación Secundaria Obligatoria

Respecto al curso de procedencia en relación a la opinión sobre el aborto, se observó que en general todos mantienen su opinión, sin constatar significación estadística. Por lo que respecta al número de sesiones, los alumnos/as mantuvieron la opinión tanto en aquellos que se les impartió una sesión como a los que se les impartieron cuatro, sin observar significación estadística.

DISCUSIÓN

5 DISCUSIÓN

5.1 Discusión de la metodología

5.1.1 Adecuación del diseño al estudio

Teniendo en cuenta los objetivos se diseñó un estudio comparativo antes-después que cumplía con las expectativas de los objetivos propuestos.

No se pensó previamente en hacer un diseño para realizar una tesis doctoral, por lo que la arquitectura quizás presenta aspectos que hubieran sido diferentes y mejorables. Posiblemente se hubiera concretado más y se hubieran definido y relacionado mejor los conceptos, especialmente la estructura y los grupos comparativos.

Por una parte el hecho de no contar con instrumentos de recogida de datos estandarizados supone una limitación a la hora de comparar los datos con los de otros estudios nacionales e internacionales, por otra parte habitual en este tipo de estudios¹⁸¹. Además, los grupos fueron muy diferentes ya que se quería valorar si la metodología facilitaba la educación individual, a través de las diferentes dinámicas, aspecto que nos daba mayor riqueza aunque suponía mayor dificultad de adaptación y de aplicación de una estructura evaluativa del curso. También hay que comentar que se trabaja con muestras muy pequeñas, que en ocasiones dificultan el análisis estadístico. Es conveniente resaltar que lo que se evalúa no es una intervención general, sino diferentes adaptadas a cada necesidad grupal.

No es realista afirmar que se pueden predecir los impactos de un programa de salud con certeza pero si coincidimos con otros autores^{182, 183, 184}, en que la evaluación es absolutamente necesaria y debe utilizarse como una herramienta de gestión para asegurar la utilización adecuada de los recursos y mejorar las estrategias de calidad. Hoy más que nunca tenemos que prestar actuaciones sanitarias en las intervenciones de salud que garanticen la responsabilidad, el coste beneficio y la ética.

Una de las limitaciones fué que para dar más consistencia al estudio, se propuso que entre la recogida de datos de las dos encuestas debían pasar un mínimo de 15 días ya que si el intervalo era demasiado corto, los jóvenes tenían mas tendencia a recordar y a repetir. Sin embargo al no controlar las encuestas no se insistió suficiente a los jóvenes de la importancia en identificar con la misma codificación test/retest y se perdió información, al no poder aparejarse todas las

encuestas. Aspecto que debería cambiarse en próximas investigaciones. Por este motivo, primero hicimos el análisis con datos independientes, en el que había más muestra, y después el más adecuado con datos aparejados aunque con menos muestra. Los resultados obtenidos revelaron que la intervención fue efectiva.

Hay que decir que el trabajo de campo se inició en el curso escolar 2003/2004 y no se diseñó como un estudio epidemiológico, sino como un Programa de Intervención Comunitaria, creyendo necesario intervenir en los jóvenes y en el tema concreto de salud sexual y reproductiva. Algunos errores metodológicos vienen derivados por haber sido un estudio que fue elaborado para otro fin diferente al evaluador de intervenciones y solaparse paralelamente con la práctica clínica.

También se debería comentar que costó mucho estratificar a los alumnos participantes en el estudio por niveles educativos ya que no nos gustaba la clasificación de escolarización normal, discapacitados y fracaso escolar. Un trabajo educativo no debería estigmatizar colocando etiquetas y podría entenderse que prejuzga. Sin embargo, después de reflexionarlo se hace así en primer lugar porque los tutores los definen de este modo y en segundo lugar, nos permite relacionar mejor los resultados del estudio.

Una dificultad ha sido la falta de consenso en la bibliografía sobre las definiciones, los criterios y los cuestionarios utilizados de lo que se considera riesgo, mito, conocimientos, valores, así como de las variables secundarias y su complejidad. Añadir también la variedad de creencias en las diferentes culturas, sobre todo en el tema de sexualidad, lo que supone afrontar un análisis estadístico y bibliográfico con mayor complicación. Además añadimos la dificultad de encontrar estudios que evalúen las diferentes variables en un mismo trabajo.

Otra limitación potencial de este estudio es que incluye en ocasiones subgrupos de alumnos/as de la muestra muy pequeños, por lo que en ocasiones no se puede calcular la significación estadística de algunas propuestas al haber ceros en varias casillas. A pesar del resultado hacia el cambio positivo en el aprendizaje después de la intervención, la generalización de los resultados debe de hacerse con cautela.

Los alumnos/as sujetos del estudio, a pesar de la variedad de edades y características sociales, no muestran limitaciones ni en el enfoque ni en los logros conseguidos. Es decir, el programa permite adaptarse a las diferentes peculiaridades de los grupos y conseguir una intervención individualizada.

También es importante destacar que el modelo PRECEDE, hace posible un diagnóstico previo a los problemas de salud en cada uno de los grupos y permite gestionar mejor la intervención adecuando las dinámicas a cada uno de ellos.

5.1.2 Entrevista con los docentes y observación

Por una parte, la información que nos dan los tutores nos permite conocer la información que tienen los jóvenes sobre sus estilos de vida, su interrelación y sus actitudes. También nos deja acercarnos a las diferentes características de los grupos, a su nivel educativo, a sus pensamientos, a sus sentimientos, a sus problemáticas específicas en grupos concretos, elementos todos ellos, que condicionan su estilo de vida.

La observación participante es vital para conocer la diferente realidad de los grupos e identificar sus diferentes valores, riesgos y opiniones. Los propios jóvenes con sus intervenciones nos dan una información muy valiosa sobre aspectos que deberían trabajarse en el escenario escolar desde edades tempranas como, la tolerancia, el respeto, la igualdad de género, la competencia, la asertividad, la interculturalidad, entre otras, facilitando intervenciones de habilidades sociales. Sin embargo, tal y como relatan otros trabajos Guang-Ren¹¹⁰, debe mejorarse el conocimiento de los estudiantes en sexualidad, hecho que sucede igual en nuestro estudio. Por este mismo motivo Cohall A y Green y otros autores,^{111,113,185} recomiendan instruir a los padres realizando intervenciones para educarlos en cómo mejorar la comunicación con sus hijos, con resultados excelentes pero también, habrá que valorar si perduran en el tiempo.

Sin embargo por la información que nos dan, el tema de salud sexual y reproductiva continua siendo un tabú por parte de los padres y los profesores. Hemos intentado sensibilizar a los tutores de los diferentes centros para que sean ellos los que continúen y mantengan la educación en salud sexual y sirvan, también, de puente en la comunicación con los padres. Sin embargo, como ocurre en otros estudios¹⁸⁶, no se sienten capaces y manifiestan tener creencias que les dificultan la comunicación, siendo un tema pendiente de trabajo, ya que

deberían ser los principales educadores en el tema de salud sexual desde edades tempranas.

5.2 Discusión de los resultados por objetivos

5.2.1 Comparar antes/después de la intervención la prevalencia de conocimientos, actitudes de riesgo, mitificación, valores, actitudes saludables y comportamiento saludable en relación a la salud sexual y reproductiva.

5.2.1.1 Características de los encuestados según los conocimientos.

La efectividad se ve avalada por la existencia de diferencias significativas en las variables de conocimientos. Implica que el programa de intervención ha sido efectivo.

En el grupo total de alumnos/as, se observa que el nivel de información es alto. Llama la atención que todavía crean en la marcha atrás y en las cremas espermicidas como métodos para evitar embarazos y ITS, aunque después de la intervención educativa mejora el conocimiento, disminuyendo el riesgo para los jóvenes.

Coinciden los resultados con el estudio de la CIMOP 2007, sobre el uso de métodos anticonceptivos en los españoles⁸⁴, que confirma que el conocimiento en salud sexual de los jóvenes, no está integrado en su vida ni en sus experiencias. Está basado en sus conversaciones con sus iguales y en lo que leen en revistas, en el cine y en la televisión. Además la sexualidad no es un tema del que hablen en el medio familiar en ninguno de los grupos estudiados ni tampoco en la escuela.

En sintonía con el análisis que hace Rendón Rojas¹⁸⁷, existe una semejanza en los conceptos de información, conocimiento y valor, distinguiéndose diferencias esenciales entre dichos conceptos. En la información se presentan los hechos, en el conocimiento se reflexiona sobre la información y el tercer concepto lleva a la sabiduría, la cual incorpora a la realidad todo lo que sabemos. Por lo tanto, se trabajan las sesiones intentando favorecer la reflexión sobre la información, se analice, se ordene y se incorpore a la realidad para que aporten conocimiento.

Por cuestionarios aparejados observamos que en el grupo de alumnos, hay significación estadística a favor de la mejora de conocimientos en general, después de la intervención educativa. Tanto en aquellos alumnos que ya habían iniciado las relaciones sexuales con penetración como en los que no lo habían hecho.

De todas formas creemos que para reducir el riesgo de sida e ITS, es preciso poseer conocimientos sobre la enfermedad y en como adoptar comportamientos saludables que minimicen riesgos. Sin embargo es verdad que a pesar de que una gran mayoría tienen conocimientos, no lo traducen automáticamente en un comportamiento saludable¹⁸⁸.

5.2.1.2 Características de los encuestados sobre actitudes de riesgo

En el test se confirma el riesgo de embarazos no planificados e infecciones de transmisión sexual en los jóvenes, incluido el sida, por la falta de protección en las relaciones sexuales. Al igual que en otros estudios^{87,189}, muchos jóvenes manifiestan que no utilizan el preservativo desde el inicio cuando tienen relaciones sexuales con penetración, e incluso que como método utilizan la marcha atrás, que la menstruación les protege del embarazo y también, que a pesar de que se rompa el preservativo no hay riesgo de ITS. Hay preocupación por el riesgo en los jóvenes, Villa y Rodríguez¹⁹⁰, sostienen que la maternidad temprana dispara la deserción escolar y reduce el tiempo en actividades de formación. La gran mayoría de los jóvenes asocian el preservativo como método anticonceptivo y no preventivo de ITS y además las creencias difieren en función del sexo¹⁹¹.

Otros estudios consultados^{192,193} proclaman la abstinencia como mejor recurso para evitar ITS y embarazos no planificados. Sin embargo los resultados de estas revisiones muestran la dificultad para demorar la iniciación de las relaciones sexuales. Los metaanálisis mostraron que no hubo una reducción de embarazos entre las mujeres jóvenes. Cuatro de los estudios evaluaron programas de abstinencia y uno de los que se evaluó, una escuela basada en programas de educación sexual, muestran que incluso después de las intervenciones pueden aumentar los embarazos en las parejas. Hay que decir que la mayoría de los participantes en esta revisión sistemática fueron afroamericanos o hispanos y de un nivel socioeconómico bajo.

Después del programa de intervención observamos que hay significación estadística en la evitación de las actitudes de riesgo. Mejoran la discriminación de riesgos y la promoción del comportamiento saludable en la práctica de las relaciones sexuales. Los jóvenes adquieren herramientas para enfrentarse a la resolución y a la toma de decisiones responsables. El grupo de alumnos mejora significativamente en todas las respuestas del cuestionario después de la intervención educativa.

5.2.1.3 Características de los encuestados sobre la información basada en mitos

En el test se confirma la mitificación de los jóvenes, en general en todas las preguntas, y la falta de protección en las relaciones sexuales. Muchos jóvenes, al igual que en otros estudios¹⁹⁴ no utilizan el preservativo desde el inicio cuando tienen relaciones sexuales con penetración. O bien, por tener un comportamiento basado en el mito ya que creen que disminuye el placer sexual, o bien, porque admiten que cómo método utilizan la marcha atrás, que la menstruación protege del embarazo e incluso, no perciben el riesgo de ITS, a pesar de que se rompa el preservativo.

Por cuestionarios aparejados observamos que después de la intervención educativa, en el grupo de alumnos hay significación estadística hacia la desmitificación.

5.2.1.4 Características de los encuestados sobre valores

Los jóvenes identifican la sexualidad como diversión; en otras palabras, no relacionan la sexualidad con el amor, con la comunicación de pareja, con el compromiso, con la tolerancia, con el respeto, valores que se han introducido en las sesiones educativas permitiendo la reflexión desde otras perspectivas y otros aspectos de la salud sexual y reproductiva. Los jóvenes estudiados creen mayoritariamente que han de tener relaciones sexuales siempre que la pareja lo proponga y que la sexualidad no debe ser consecuencia del cariño.

Previo a la intervención se observó poca tolerancia hacia la homosexualidad, sobre todo en los alumnos/as de 3º de ESO y en los de adaptación escolar.

Por cuestionarios aparejados, en el grupo de alumnos observamos que después de la intervención educativa, hay significación estadística hacia el cambio de opinión, excepto en la pregunta que hace referencia a la homosexualidad. Los resultados ponen de manifiesto que hay diferencias y prejuicios frente a la homosexualidad, en hombres y mujeres. Mayoritariamente aceptan la normalización de la pareja homosexual, a excepción del grupo de adaptación escolar que tiene un rechazo total, aunque no aceptan que puedan tener hijos, vinculando la homosexualidad con desajustes en los niños.

5.2.1.5 Características de los encuestados sobre actitud saludable

Los/las jóvenes no tienen al inicio del programa una actitud saludable, debido posiblemente a la falta de información, o a ese sentimiento de invulnerabilidad que les persigue. Se confirma, el riesgo de los/as jóvenes por la disposición a no utilizar el preservativo desde el inicio. Más de la mitad responden que no lo utilizarán cuando tengan relaciones sexuales con penetración.

Después de la intervención educativa hay un cambio de actitud a favor de su uso. Como en otros estudios recientes¹⁹⁵, hay aspectos predictores del uso del preservativo y de la actitud promotora de su uso, que coinciden con favorecer la comunicación para estimular a los jóvenes a adquirir una actitud abierta que les ayude a profundizar en la promoción y prevención¹⁹⁶. Es importante poder desarrollar habilidades de negociación y estrategias que potencien el uso del preservativo¹⁹⁷ y que protejan la salud de los jóvenes.

Los cuestionarios aparejados evidencian que mejoran a favor de la actitud saludable, observando significación estadística a favor de la intervención educativa.

5.2.1.6 Características de los encuestados sobre el comportamiento saludable

Los/las jóvenes no tienen al inicio del programa un comportamiento saludable. Del total del grupo al inicio, 90 alumnos/as habían iniciado relaciones sexuales con penetración y solo 11 tenían un comportamiento saludable, cifras que coinciden con otros estudios¹⁹⁸, y que se invierten después de la intervención. Por lo tanto, los participantes sexualmente activos/as, distan de utilizar el preservativo de una forma sistemática y efectiva para prevenir ITS y embarazos no planificados. Estos comportamientos constituyen problemas de salud

frecuentes en los jóvenes, destacando la necesidad de promocionar la salud con intervenciones que contribuyan a disminuir el embarazo, el aborto y ITS^{199, 200}. Es un hecho que los jóvenes de menor edad, cambian con relativa frecuencia de compañero/a sexual y se observa una monogamia seriada. En nuestro país, los jóvenes entre 15 y 17 años sexualmente activos han tenido entre uno y dos compañeros sexuales como promedio²⁰¹. Por lo que debemos considerar que un comportamiento de riesgo aunque sea aislado y el éxito en ese comportamiento, puede ser predictor en la repetición de ese comportamiento²⁰², comprometiendo su salud.

Por cuestionarios aparejados constatamos la apuesta de los jóvenes a favor del comportamiento saludable, observando significación estadística a favor de la intervención educativa. Obtienen peores resultados los alumnos de 3º de ESO, que fueron por otra parte a los que se les realizó una sesión educativa.

5.2.1.7 Características de los encuestados en función del sexo

Respecto a los conocimientos, hombres y mujeres conocen la píldora postcoital mayoritariamente, coincidiendo los porcentajes con otros estudios²⁰³. La mitad de los hombres que no han iniciado las relaciones sexuales con penetración, están a favor de utilizar algún método anticonceptivo pero tienen un conocimiento bajo en ellos.

Respecto al conocimiento sobre métodos para evitar ITS y embarazos no planificados, hombres y mujeres, dicen que el mejor método es el preservativo, aunque no lo reconocen como método anticonceptivo de barrera.

Las mujeres que no han iniciado las relaciones sexuales con penetración, tienen una actitud más favorable a utilizar algún método anticonceptivo, que podría justificar su preocupación por los embarazos no planificados.

De los 90 alumnos/as que han iniciado relaciones sexuales con penetración, 72 son hombres y 18 mujeres. Ambos, tanto hombres como mujeres, tienen un riesgo alto de ITS y en el caso de las mujeres, también, de embarazos no planificados por falta de protección.

Sorprende que mujeres y hombres confíen en la marcha atrás como método anticonceptivo. Tampoco se observa relación entre el conocimiento de la píldora postcoital y el uso de anticonceptivos^{204, 1}.

Se confunden los mecanismos de transmisión del sida, aunque sí reconocen mayoritariamente la utilidad del preservativo como mecanismo de protección. Sin embargo, tanto en hombres como en mujeres, al igual que en otros estudios, se observan vacíos en el conocimiento^{205, 206} que implican un aumento de los riesgos.

La tesis de vulnerabilidad del comportamiento sexual de los jóvenes, se ve corroborada por no tener actitudes de promoción, que coinciden con otros estudios²⁰⁷, hecho que conlleva a sustituir la utilización del preservativo por otros tipos de métodos^{208, 209}.

Como en otras fuentes consultadas, se detecta un déficit informativo²¹⁰, sobre los métodos anticonceptivos en los jóvenes, sobre todo en lo referente a anticoncepción oral, al DIU, al diafragma y al preservativo femenino^{77, 211, 212}.

Hombres y mujeres tienen una percepción baja del riesgo, así como una información poco elaborada, en general con tendencia al riesgo. Las mujeres reconocen y discriminan mejor. Respecto a los mitos, son los hombres los que tienen una información mayor basada en ellos por encima de las mujeres.

En referencia a los valores, observamos en el test que hombres y mujeres tienen opiniones parecidas. Sin embargo las mujeres tienen más tolerancia hacia la homosexualidad y quieren una sexualidad más afectiva. También hombres como mujeres, aceptan que las relaciones sexuales se han de tener siempre que lo proponga la pareja. ¿Prevalece un enfoque machista respecto al sexo, en los jóvenes estudiados? , hay autores que así lo confirman²¹³.

En ocasiones, en clases concretas sobre métodos anticonceptivos, los hombres dificultaron la participación de las mujeres, por lo que proponemos un refuerzo específico facilitando más información al grupo de mujeres y/o hombres en aquellas situaciones que lo requieran, realizando talleres específicos.

En los datos de los cuestionarios aparejados se confirma una mejora significativa a favor de la intervención educativa en la mejora de conocimientos, en la discriminación positiva y en la desmitificación, tanto en hombres como en mujeres. También hay significación estadística del cambio de opinión en los hombres. A las mujeres les cuesta cambiar de opinión.

5.2.1.8 Características de los encuestados en función del nivel educativo

Respecto a las diferentes características de los encuestados observamos que el programa de intervención tiene el mejor momento de receptividad, de desarrollo educativo y de reflexión en los adolescentes con nivel de escolarización normal, a pesar de haber obtenido significación estadística en todos los grupos a los que se les ha impartido el programa completo.

Los jóvenes discapacitados son los que están más desinformados sobre la píldora postcoital y son también los que manifiestan una actitud más proactiva hacia el uso de algún método anticonceptivo, seguidos de los de fracaso escolar y posteriormente los jóvenes de escolarización normal. Sus preferencias son en todos los niveles educativos en primer lugar el preservativo desde el inicio y las pastillas anticonceptivas en segundo lugar.

Previo a la intervención, como en otros estudios²¹⁴ y en todos los niveles educativos, se confirmó alto riesgo por la falta de discriminación. Muchos jóvenes confundían los métodos anticonceptivos o bien creían que algunas prácticas sexuales podían ser preventivas de embarazo (como la marcha atrás y las relaciones sexuales durante la menstruación). Sí que discriminan riesgo de embarazo e ITS si se rompe el preservativo, sin embargo tienen en todos los niveles educativos confusión sobre los mecanismos de transmisión del sida.

Coincidiendo con otros trabajos^{205, 196, 155} llama la atención que a pesar de tener información, es muy bajo el su nivel de conocimientos en cuanto a las formas de transmisión del sida y otras ITS, siendo un problema el riesgo de infección que presentan.

Respecto a la mitificación, los alumnos/as que tienen más información basada en el mito son los del nivel educativo de los discapacitados, seguidos de los de fracaso escolar y los de escolarización normal. Aunque en cualquier caso, todos los niveles tienen mucha información basada en el mito.

En el caso de los valores, la mitad de los alumnos/as y en todos los niveles, creen que las relaciones sexuales se han de tener siempre que tu pareja lo proponga. También hacen una apuesta por la sexualidad como diversión, a excepción del nivel de los discapacitados que la hacen por la sexualidad afectiva. Respecto a la homosexualidad, el nivel de los discapacitados es el que muestra más respeto y tolerancia, seguidos del nivel de escolarización normal y fracaso escolar.

En los datos de los cuestionarios aparejados, se confirma una mejora significativa a favor de la intervención educativa en todos los niveles sobre conocimientos, en la discriminación positiva y en la desmitificación. También hay significación estadística hacia el cambio de opinión en algunos valores, no hacia el respeto y tolerancia hacia la homosexualidad, aunque en el nivel de los discapacitados no pudo calcularse la significación estadística.

Es importante destacar que la elección de grupos de intervención de diferentes características ha permitido dar validez al programa de intervención, ya que permite, dados los resultados, adaptarse a características de estudiantes de diferentes características. A pesar de que fue estadísticamente significativo en todos los niveles educativos en los que se aplicó, no conocemos los beneficios a largo plazo y si las mejoras obtenidas se perderán a lo largo del tiempo, sobre todo si no hay un refuerzo mantenido¹⁰¹.

La clasificación de los grupos por niveles de escolarización nos ha permitido intuir desigualdades sociales en salud. Aquellos jóvenes que cuentan con más seguridad, apoyo y oportunidades para desarrollar su potencial, es más probable que posean mejor autoestima y competencias para estar sanos.

5.2.1.9 Características de los encuestados en función de los cursos de procedencia

Comparando por cursos, los alumnos/as de bachiller, 4º de ESO y oficios son por este orden, los que tienen y mantienen mejor los conceptos. Los/las jóvenes que cursan bachillerato, además de disponer de más información, intuimos, a través de la observación participante en las dinámicas, que son los adolescentes que

con más facilidad reflexionan, cambian actitudes, son críticos, interiorizan conceptos y les cuesta menos aprender.

El curso de jardinería, lo consideramos un grupo vulnerable ya que sus profesores intuían por la información recibida, pocos conocimientos sobre salud sexual y reproductiva. Nos llamó la atención su educación basada en el mito y su información poco elaborada en la percepción de riesgos. Por otra parte, destacaron por el arraigo y el bagaje de valores. Fueron los más respetuosos hacia la homosexualidad y los que manifestaron mayor tolerancia. Aportaron respeto y colaboración, además de la disposición extraordinaria que tuvieron para el aprendizaje y la discriminación.

A pesar de nuestro miedo inicial por la inexperiencia en estos grupos, el resultado fue extraordinario, destacamos el interés de los alumnos/as y su participación en todos y cada uno de los debates generados, además de la ayuda mutua que se prestaron. Al igual que concluyeron otros autores^{165,166, 167}, destaca el aprendizaje tan positivo que ha hecho este grupo de jóvenes en conductas generadoras de salud a través de las dinámicas grupales con metodología cooperativa.

El curso de adaptación escolar define a un grupo con baja capacidad de concentración, más difícil de motivar y de participar en las dinámicas. A través de la observación participante, intuimos que hay miedos a perder el liderazgo y son poco tolerantes entre ellos. Ven los juegos como una forma de poner en peligro su autoestima y de las competencias de las que presumen, sin embargo, al igual que en otros estudios se consiguió mejorar la aceptación y el respeto a través del trabajo cooperativo¹⁶⁸⁻¹⁷⁰. Este grupo tiene un alto riesgo de infecciones de transmisión sexual, embarazos no planificados y con tendencia al abuso de sustancias tóxicas. En general su opinión sobre la homosexualidad es de intolerancia. Por sus características es un grupo de difícil acceso, mayoritariamente hombres, en donde no se observa igualdad de género, condicionando el discurso de las chicas y dificultando la aclaración de sus dudas. El riesgo de las chicas respecto a las ITS y embarazos no planificados es alto, resaltando que sería bueno al detectar otro curso de estas características hacer un grupo con diferenciación de género para hablar de métodos anticonceptivos e ITS, principalmente. En estos grupos son muy importantes las dinámicas y el

trabajo cooperativo para que valoren por si mismos su susceptibilidad y el riesgo en mantener su salud por sus estilos de vida. Al igual que estudios realizados por Cohall A y col¹¹¹ creemos que es imprescindible el acceso a la información en salud en los jóvenes como componente esencial de su promoción. La evaluación del programa educativo hace evidente su aprendizaje, aunque hay que destacar que fue extraordinariamente difícil conseguir interactuar.

Por cuestionarios aparejados observamos que en todos los cursos, a excepción de 3º de ESO, hay una mejora significativa después de la intervención educativa, a excepción de los valores que en general mantienen su opinión.

5.2.1.10 Características de los encuestados en función del número de sesiones

La cuestión sobre si el programa de intervención en materia de salud sexual y reproductiva es efectiva con una intervención con charla magistral o con cuatro sesiones educativas con metodología activa y participativa, se confirma en los resultados. La investigación nos suministra información del efecto significativo de la intervención en los jóvenes a los que se les impartió el programa completo, incluso se confirma mayor confusión y menos satisfacción en los que se aplicó la intervención de 1 sesión que en aquellos alumnos/as que reciben 4 sesiones educativas. Los jóvenes adquieren competencias para enfrentarse a la resolución y a la toma de decisiones responsables. No sucede así con el grupo de alumnos que recibió una sesión educativa.

Aquellos alumnos que recibieron 4 sesiones educativas, han tenido facilidad para trabajar en pequeños grupos a través de los juegos, preguntar, reflexionar, vivir de forma experiencial su aprendizaje y trabajar de manera cooperativa con sus compañeros/as. También les da capacidad para interiorizar los diferentes conceptos, ser críticos y tener opinión. La creación de un entorno apropiado que facilite la comunicación se percibe y manifiesta entre los alumnos como un factor positivo. Además se confirma que ofrecerles seguridad, apoyo y oportunidades para desarrollar su potencial hace que mejoren sus competencias para adoptar comportamientos saludables.

El programa de intervención está centrado en el trabajo cooperativo. Tal como confirma Mateo¹⁶⁴, los alumnos se apoyan entre ellos para adquirir los conocimientos de la temática en estudio. Comparten todos los recursos que

tienen con el objetivo de alcanzar la resolución de las diferentes dinámicas que se proponen en el aula que incluyen la clarificación de conceptos, valores y mitos que facilitan el conocimiento y la reflexión, favoreciendo actitudes saludables entre los jóvenes dando pie a pensar que conseguirán cambios de comportamiento.

Al igual que en otros estudios^{87, 89, 215, 156}, en el test se confirma, el riesgo de embarazos no planificados e infecciones de transmisión sexual en los jóvenes, incluido el sida, por la falta de protección en las relaciones sexuales.

Después del programa de intervención observamos, en aquellos alumnos que recibieron 4 sesiones educativas que había significación estadística respecto a la mejora de conocimientos, a la discriminación del riesgo, a la desmitificación, estaban más receptivos a cambios de opinión y había una mejora de la actitud y comportamiento saludable en la práctica de la salud sexual y reproductiva, al igual que resultados obtenidos en otros trabajos^{216, 217}. Como los estudios realizados por Hayes RJ y col¹³⁹, sugerimos que además del conocimiento en sexualidad los docentes debemos conocer los valores, la ética, las creencias y la situación de los alumnos, ya que influyen de una forma decisiva en lograr la adquisición de estilos de vida saludables. Los jóvenes adquieren herramientas para enfrentarse a la resolución y a la toma de decisiones responsables. No sucede así con el grupo de alumnos que recibió 1 sesión educativa.

5.3 Conocer la efectividad de la dinámica de los gigantes encantados para mejorar las habilidades manipulativas en los jóvenes

Los jóvenes reconocen el preservativo como el método más fiable para prevenir no sólo el embarazo sino las infecciones de transmisión sexual, sin embargo llama la atención que, a través de la observación previa a la realización de la dinámica, existe un alto porcentaje en todos los jóvenes que participaron en el estudio, que desconocen su correcta utilización. Por otra parte, coinciden otros autores²¹⁸ en la importancia de desarrollar habilidades sobre cómo se usa el preservativo y promocionar la compra para potenciar su uso.

Los resultados obtenidos confirman la significación estadística a favor de la utilización de la dinámica en las diferentes variables a valorar, fecha de caducidad, apertura correcta del envoltorio, valorar defectos visibles,

consistencia, eliminar aire, formación de depósito, colocación correcta, retirar y comprobar, rotura, colocación al revés, pudiendo confirmar la eficacia de la dinámica para mejorar conocimientos y las habilidades de los jóvenes. En general, es una dinámica que les divierte y que funciona en todos los alumnos participantes en el estudio, excepto en el grupo de adaptación escolar que se negaron a hacerla. Fue un grupo difícil de trabajar con poca tolerancia. Posiblemente tenían vergüenza de tener algún fallo y perder su liderazgo.

En general en todos los grupos y en ambos sexos, hay un desconocimiento hacia el preservativo femenino.

5.4 Características de la satisfacción de los encuestados

5.4.1 Interés y satisfacción

Se confirma, a través de la encuesta de satisfacción, que el interés y la satisfacción respecto al programa fue alto. Todos los participantes responden que el programa les ha interesado y les han gustado las sesiones. Sin diferencias entre hombres y mujeres. Respecto a los diferentes niveles educativos, curiosamente a quien más les han interesado las sesiones y a quienes más les han gustado es al grupo de los discapacitados, seguidos de fracaso escolar, a pesar de la dificultad en algunas sesiones y escolarización normal, sin grandes diferencias y con una alta satisfacción e interés. Valorando los cursos de procedencia, jardinería, adaptación escolar y 4º de ESO, son los que dicen que más interés y satisfacción les ha producido el programa, seguidos de oficios y bachiller que lo valoran bien (responde al perfil de alumnos con más edad) y por último los de 3º de ESO. Respecto al número de sesiones, no hay diferencia entre el interés y satisfacción en los alumnos/as que han recibido 1 sesión y aquellos que han recibido 4 sesiones educativas.

Al igual que en otros estudios⁸⁸, los alumnos/as valoran positivamente la experiencia y están satisfechos con la metodología utilizada y con la actuación de los docentes.

5.4.2 Percepción de aprendizaje

Se confirma, a través de la encuesta de satisfacción, que la percepción de aprendizaje que tuvieron respecto al programa fue alta. Ningún participante responde que haya perdido el tiempo en las sesiones y creen que han aprendido

mucho. No hay percepciones diferentes sobre el aprendizaje entre hombres y mujeres, que confirman haber aprendido. Respecto a los diferentes niveles educativos, quien más cree que ha aprendido en las sesiones es el grupo de los discapacitados, seguidos de los de fracaso escolar y los de escolarización normal, sin grandes diferencias y con una percepción de aprendizaje alta. Valorando los cursos de procedencia, jardinería, adaptación escolar y 4º de ESO, son los que dicen que más creen haber aprendido en el programa, seguidos de 3º de ESO, oficios y bachiller, aunque su percepción continua siendo alta hacia el aprendizaje. Nadie contesta que casi no ha aprendido nada ni cree haber perdido el tiempo. Curiosamente los alumnos de 3º de ESO que son los que valoran peor el interés y la satisfacción, tienen alta su percepción de aprendizaje, y son los que sólo han recibido 1 sesión. Respecto a las sesiones educativas, tienen mejor percepción de aprendizaje, aquellos que han recibido 4 sesiones educativas.

5.4.3 Percepción de utilidad

La percepción de utilidad de los juegos como método es muy alta ya que los jóvenes manifiestan mayoritariamente que han logrado reforzar conocimientos a través de las diferentes dinámicas y, más de la mitad cree que les han ayudado a reflexionar; no hay diferencias entre ambos sexos, hombres y mujeres reconocen su utilidad. No les han hecho sentirse incómodos y 4 de cada 10 alumnos/as tenían la percepción de que les había servido para unirse al grupo, dato que refuerza el trabajo con dinámicas, puesto que el grupo era el grupo clase y estaba formado según el criterio escolar. Respecto a los diferentes niveles educativos, quien más creía que los juegos les habían hecho reforzar conocimientos y reflexionar, fue en primer lugar, el de los discapacitados que lo valoraron el 100% del grupo y, además a nadie les hizo sentirse incómodos; seguidos de fracaso escolar, y escolarización normal, sin grandes diferencias y con una percepción de utilidad en la mejora de conocimientos alta. En muy pocos casos perciben estar incómodos.

Al igual que en trabajos realizados por Decoster J¹⁹, se logra la reflexión en los jóvenes en cualquier nivel educativo, mediante la información, la comunicación y el logro de habilidades a través del trabajo cooperativo, ayudándoles a responder más satisfactoriamente ante determinadas presiones y proporcionándoles estrategias para solucionar problemas, adoptar actitudes reflexivas y buscar ayuda. No siendo así en el grupo con el que no se trabajó con dinámicas.

Valorando los cursos de procedencia, jardinería, adaptación escolar y 4º de ESO, son los que valoraron que les habían ayudado a reforzar conocimientos, seguidos de oficios y 3º de ESO. Sorprende que el grupo de adaptación escolar valoran en su totalidad la utilidad de las dinámicas para reforzar conocimientos y, la mitad del grupo confiesa que les han servido para reflexionar, a pesar que dicen que en alguna ocasión les habían hecho sentir incómodos. Uno de los alumnos reconoció que le habían hecho unirse más al grupo. Curiosamente en los alumnos de 3º de ESO, que son los que en segundo lugar dicen haberse sentido incómodos con los juegos, son a los que se realizó la charla magistral, y únicamente realizaron la dinámica de los gigantes encantados.

Respecto a las sesiones educativas, tienen más percepción de reforzar conocimientos, de reflexión y de unión al grupo aquellos que han recibido 4 sesiones educativas, mayoritariamente, también confiesan que no les han hecho sentirse incómodos. Sin embargo, en aquellos alumnos/as que se les impartió 1 sesión educativa, los juegos los percibieron como ayuda para reforzar conocimientos, pero su utilidad para reflexionar la consideraban baja, no creían que les hubieran ayudado para unirse al grupo y tenían más percepción de incomodidad. Curiosamente eran con los que menos dinámicas se habían utilizado.

Las diferentes dinámicas, permitieron a los jóvenes participar activamente en su proceso de aprendizaje y unirse al grupo. Estudios realizados por Eitan¹⁷⁶, sugieren también que la metodología cooperativa mejora la interrelación de los alumnos de diferentes etnias y su aceptación. Algo que valoramos muy positivamente es el sentimiento de unión al grupo a través del trabajo con las dinámicas, ya que el grupo se conoce, lo cual sorprende, sobre todo cuando los alumnos muestran su satisfacción por el refuerzo a nivel personal de unión. También valoraron muy positivamente al equipo profesional docente como figuras clave para la creación de un entorno de calidez y confianza.

5.4.4 Percepción de duración de las sesiones

En el grupo, la percepción de la duración de las sesiones fue de que eran cortas y no hubo diferencias entre hombres y mujeres. Los discapacitados fueron el grupo de alumnos/as a los que se les hicieron más cortas, seguidos de los de fracaso escolar y los de escolarización normal. Por cursos, mayoritariamente se

les hicieron cortas a todos los grupos, prácticamente nadie manifestó que se les parecieran largas, a excepción del curso de 3º de ESO que curiosamente fue al que únicamente se le impartió una sesión con clase magistral.

Es decir, en aquellos grupos a los que se les realizaron 4 sesiones con metodología activa y participativa, las sesiones les parecieron más cortas en contra de aquellos alumnos/as que se les realizó una sesión con charla magistral, la cual les pareció larga.

5.4.5 Percepción de oportunidad de participación

En el grupo, la percepción de oportunidad de participación en las sesiones fue alta y no hubo diferencias entre hombres y mujeres. En todos los niveles educativos y cursos sintieron mayoritariamente que habían podido participar y preguntar y aunque esa percepción fue mayor en el grupo de alumnos en los que se hicieron 4 sesiones educativas, también fue alta en aquellos a los que se realizó 1 sesión.

5.5 Hábitos tóxicos de los encuestados

Como puede observarse, tanto alcohol como tabaco son las drogas más consumidas en los jóvenes estudiados, posiblemente debido, en parte, al hecho de que son sustancias muy integradas social y culturalmente y, aunque su uso abusivo pueda tener algunos rasgos específicos, lo cierto es que su consumo se da en sectores muy amplios y diversos²¹⁹. Pese a la incorporación progresiva de la mujer a este tipo de consumos, las que confiesan haber consumido alcohol superan a los hombres. El tabaco, aparece en proporciones parecidas en ambos sexos.

Quizás como dice Elzo²²⁰, el alcohol ha dejado de ser un medio a través del que socializarse y afianzar la pertenencia al grupo de iguales. Este hecho lo convierte en un problema social, que se agrava al carecer los jóvenes de la información necesaria o a minimizar las consecuencias que el alcohol puede tener sobre ellos²²¹. Parece que los jóvenes no perciben el consumo de alcohol como algo problemático sino que está ligado a la diversión y a experimentación de nuevas sensaciones.

En la carta constitucional europea del alcohol promulgada por la OMS en 1995 se explicita que todos los niños y adolescentes tienen derecho a crecer en un ambiente protegido de las consecuencias negativas del consumo del alcohol y de la promoción de las bebidas alcohólicas.

Algunos programas^{222,223} para prevenir comportamientos de riesgo en adolescentes, observaron que los basados en la prevención del abuso de drogas en la escuela, obtenían unos resultados importantes en la reducción del consumo de tabaco, alcohol y marihuana, si se acompañaban de una combinación de habilidades sociales de resistencia y otras habilidades de la vida en general y se llevaran a cabo por lo menos durante un par de años.

En menor cantidad consumen pastillas estimulantes y otras drogas. Llama la atención el bajo porcentaje que dice haber consumido alguna droga, posiblemente por no considerar ni al tabaco ni al alcohol como drogas; siendo curioso que las mujeres, que eran las que consumían más alcohol, decían que prácticamente no habían consumido drogas. También destacar que a pesar de que opinan que no son imprescindibles para pasarlo bien, creen que con control no son peligrosas. Aunque más de la mitad opina que no deberían tomarse, sin embargo las toman. No hay diferencias de opinión entre hombres y mujeres.

El nivel educativo de los discapacitados, el curso de jardinería, fue el que menor consumo de alcohol y tabaco tenían, seguidos de fracaso escolar y escolarización normal, a pesar de que todos los cursos tenían un consumo alto.

Hay trabajos que evaluando predictores de conductas sexuales de riesgo por no usar preservativo, encontraron que los jóvenes varones que tuvieron mayor número de parejas sexuales en el último año, presentaban mayor frecuencia del consumo de alcohol¹⁹⁵, también es evidente la relación entre sexualidad y consumo de drogas ya que hay vínculos que emparejan sexualidad y diversión²²⁴,
²²⁵.

Teniendo en cuenta el alto porcentaje de jóvenes que consumía sustancias tóxicas sobre todo de alcohol y teniendo en cuenta el riesgo añadido, se incluyó en el programa de intervención en salud sexual y reproductiva, una sesión exclusiva sobre el alcohol. Se añade en los anexos la dinámica que se realizó, aunque no está en la metodología ya que no se pensó inicialmente en incluirla.

Es curioso por una parte, la sorpresa que tienen los jóvenes cuando a través de las dinámicas son capaces de valorar el abuso de consumo de alcohol y por otra, la potencialidad que nosotros detectamos en la dinámica, en su aplicabilidad y eficiencia. En la bibliografía consultada destaca el estudio de Parkes¹⁴⁶ que investigaron la relación entre el uso de alcohol y otras drogas y la menor utilización del preservativo en jóvenes de 14 a 16 años, concluyendo que aumentaba el riesgo de ITS y embarazos no planificados en aquellos jóvenes que consumían. Por lo tanto y, teniendo en cuenta el alto consumo de los jóvenes estudiados, consideramos que es imprescindible realizar programas de intervención en la escuela que ayuden a disminuir el riesgo.

A destacar la importancia que los alumnos/as dan al grupo profesional docente como vía acreditada para responder a sus dudas. Agradecen tener un espacio para poder hablar con libertad de temas que les preocupan, tanto a nivel personal como familiar, detectando después de las dinámicas, situaciones comprometidas del entorno.

5.6 La opinión de los jóvenes sobre el preservativo

La opinión que tienen los jóvenes sobre el preservativo en el test es buena en la mayoría de los participantes aunque hay mejora de opinión, tanto en hombres como en mujeres con significación estadística después de la intervención, en aquellos alumnos/as a los que se les realizaron 4 sesiones educativas, no sucediendo así en los que se les realizó 1 sesión, a pesar de que se trabajó con la dinámica de los gigantes encantados. Aunque tenían una buena opinión, hay una baja relación entre lo que dicen y lo que hacen; quizás podría explicarse por el hecho de que en las actitudes y comportamientos saludables influyen muchos otros factores además de la información y la opinión.

5.7 La opinión de los jóvenes sobre el aborto

La opinión que tienen los jóvenes en el test es a favor del aborto en la mayoría de los participantes, aunque no hay mejora de opinión, ni en hombres ni en mujeres, ni hay significación estadística después de la intervención ni a favor ni en contra. Los que opinaron en contra fueron los alumnos del curso de jardinería que corresponden al nivel educativo de los disminuidos psíquicos. Muchos opinaron que si la mujer quiere abortar, que lo haga, sin embargo sobre todo en el curso de adaptación escolar sólo lo veían bien, en determinados contextos al igual que

sucede en otros estudios²²⁶. Llama la atención que justificaban y estaban de acuerdo a favor del aborto sólo en la población joven, no en una etapa adulta.

Por otra parte otros resultados de algunas investigaciones^{199, 227} muestran que la mayoría de las jóvenes que abortan son estudiantes o tienen aspiraciones de continuar sus estudios, señalando esta causa como motivo del aborto.

Consideramos que las acciones de promoción de la salud, deben favorecer una conducta sexual responsable que minimice el riesgo a un embarazo no planificado y/o al aborto. Sin embargo, el aborto cubre en ocasiones una necesidad humana importante ya que afecta la salud de la mujer y su futuro. Restringir su acceso puede resultar incluso peligroso, ya que los abortos poco seguros hechos en la clandestinidad aumentan la mortalidad y las complicaciones en las mujeres²²⁸.

Los programas de promoción de la salud que favorezcan los comportamientos saludables y que pretendan disminuir el embarazo y el aborto en la adolescencia requieren responsabilidades y esfuerzos compartidos entre los individuos, las familias, las organizaciones sociales, el sistema de salud y el sistema educacional¹⁹⁹.

Finalmente, de acuerdo con López Villaverde , “la sexualidad sigue siendo la gran desconocida, sigue siendo ignorada en las aulas y no se habla de ella abiertamente en las casas...al final, la fuente de información de las prácticas sexuales y de la sexualidad en su sentido más amplio suelen ser los propios iguales, que suelen estar tan desinformados como los que preguntan. ¡Y todo esto contando con que pregunten, porque a quien tiene la osadía de hacerlo, se le tacha de ignorante en el sentido más peyorativo de la palabra, al no estar al tanto de todas estas cuestiones!”²²⁹.

CONCLUSIONES

6 CONCLUSIONES

1. El conocimiento que tienen los participantes en el estudio es alto, aunque no lo tienen integrado en su vida diaria. No traducen el conocimiento en salud sexual ni en actitudes ni en comportamientos saludables. Además en muchas ocasiones parten de un conocimiento basado en la mitificación.
2. En el programa de intervención se produce un aumento significativo de conocimientos, de discriminación de riesgos, de desmitificación, de cambios de opinión, de actitudes y comportamiento saludable en salud sexual y reproductiva en aquellos alumnos/as a los que se les impartieron 4 sesiones educativas.
3. La significación en la mejora es igual para los alumnos/as con experiencias sexuales previas que para los que no las han tenido. La actitud saludable y el comportamiento saludable mejora después de la intervención confirmando que utilizaran y/o utilizan métodos anticonceptivos eficientes, lo que incidirá en la prevención de embarazos no planificados e ITS.
4. A pesar de las diferentes características de los grupos, la utilidad del programa de intervención se confirma en todos los centros estudiados a los que se les realizaron 4 sesiones educativas con dinámicas grupales y con metodología cooperativa, constatando significación estadística hacia el aprendizaje en todas las propuestas, no siendo así en el grupo al que se le realizó una intervención y en la que sólo se llevó a cabo 1 dinámica sin trabajo cooperativo.
5. Comparando los diferentes centros, se confirma en el estudio que los jóvenes procedentes del fracaso escolar son los que más relaciones sexuales con penetración manifiestan, seguidos del grupo de los discapacitados y finalmente los jóvenes procedentes de escolarización normal, bachiller, 3º de ESO, y 4º de ESO. El orden de inicio de las relaciones sexuales podría asociarse con la edad.

6. El comportamiento saludable en las relaciones sexuales con penetración es bajo. Todos los cursos presentaban al inicio riesgo de ITS y/o embarazos no planificados. Sí es verdad, que al finalizar el programa educativo hay un cambio significativo hacia el comportamiento saludable en todos los cursos.
7. Por parte de los jóvenes hay una respuesta a favor de la actitud saludable que parece que no se traduce después en la adopción de un comportamiento saludable. Podría ser por esa idea de invulnerabilidad que persigue a los jóvenes.
8. Los resultados de la investigación permiten llegar a la conclusión de que en el comportamiento saludable no sólo intervienen variables individuales, sino también factores interpersonales. Dentro de las variables interpersonales que se relacionan con el preservativo masculino, destaca el control que ejerce cada uno dentro de las relaciones interpersonales.
9. El resultado de este estudio confirma la utilidad de las dinámicas grupales y el trabajo cooperativo para mejorar la discriminación del riesgo, la información, la tolerancia, el respeto hacia las diferentes opiniones y la desmitificación, ayudando a aprender y a desaprender.
10. Constatamos que la satisfacción producida por el programa fue alta en todos los grupos y que el interés resultó más alto en los jóvenes a los que se les realizaron 4 sesiones educativas con los que se trabajó con dinámicas y trabajo cooperativo y fueron a los que se les hicieron las sesiones más cortas. Por otra parte sorprende que confirmen en la mitad de los casos, que les había servido para reflexionar y para unirse al grupo, teniendo en cuenta que eran grupos ya formados.
11. Por lo que hace referencia a los hábitos tóxicos de la población estudiada, alerta el alto consumo que hacen los jóvenes, a pesar de que responden que las drogas no deberían tomarse. También llama la atención que crean que con control no son peligrosas. A pesar del alto consumo que hacen del alcohol y tabaco, solo dicen haber consumido alguna droga el 13,7%,

por lo que parece que tabaco y alcohol no lo relacionan como drogas, ni tienen percepción del riesgo para su salud que ocasiona su consumo.

12. En vista de los resultados de este estudio, sugerimos dado el riesgo que representa para la salud de los jóvenes, la necesidad de implantar programas educativos sobre drogas en la escuela desde edades tempranas.
13. Respecto a la opinión que tienen sobre el preservativo podemos confirmar que es buena al inicio de las sesiones y que mejora después de la intervención. Están a favor del aborto en mayor porcentaje las mujeres, pero en muchas ocasiones lo justifican únicamente en la juventud. A los/las jóvenes en general les preocupan los embarazos no planificados, no sucediendo así en las ITS.
14. A pesar de los resultados obtenidos después de la intervención, no se puede asegurar que éstos se mantengan en el tiempo. Por lo que se recomendaría que fuera el propio profesorado el que educara en salud sexual y reproductiva desde asignaturas integradas a lo largo de su vida escolar, adaptadas a la edad de los jóvenes y asesorados por profesionales de la salud.
15. La educación sexual debería ser más positiva y debería centrarse en habilidades de negociación en las relaciones sexuales, comunicación y respeto. La información en promoción de salud sexual debería ser objeto de publicidad en aquellas áreas que los adolescentes frecuenten. Además, las intervenciones de salud sexual deberían estar diseñadas con las aportaciones de los jóvenes.
16. Es necesario tener cautela antes de invertir los escasos recursos actuales en programas que generen incertidumbre acerca de los resultados. Por lo que es imprescindible una rigurosa evaluación para hoy más que nunca, prevenir y evitar los potenciales gastos de recursos ineficaces.

BIBLIOGRAFÍA

7 BIBLIOGRAFÍA

1. Artigues Barbera E, Plana Blanco A, Martínez Orduna M, Vilaplana Mora D, Pelegrí Martínez L. Interrupción postcoital hormonal: El fracaso del saber. *Atención Primaria*. 2001;28:308.
2. Martínez Orduna M, Artigues Barberà EM, Plana Blanco A, Marqués Molias F, Sáez Cárdenas S, Pérez Calvo R. Nuevos retos ante nuevas demandas generadas por los adolescentes. *Atención Primaria*. 2003:156.
3. Castellanos PL. Sobre el concepto de salud-enfermedad. *Descripción y explicación de la situación de salud. Bol. Epidemiol. OPS*. 1990;10(4):1-7.
4. Sarlet-Gerken AM, Martínez AG, Montoro MRB. *Educación para la salud: Una perspectiva antropológica*. Nau Llibres; 1996.
5. Organización Mundial de la Salud. Carta Magna Constitucional, Ginebra.1948.
6. Organización Mundial de la Salud. Nuevos métodos de educación sanitaria en la atención primaria de la salud. Informes técnicos 690.1983.
7. Terris M, Almada Bay I, Lopez Acuña D. *Revolución epidemiológica y la medicina social*. Siglo Veintiuno; 1980.
8. Polaino-Lorente A. *Educación para la salud*. Barcelona: Herder; 1987:208.
9. Salleras Sanmarti L. Educación sanitaria. *Principios métodos y aplicaciones*. Madrid: Editorial Díaz de Santos, 1990:14-26
10. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Document Marc per a la Elaboració del Pla de Salut de Catalunya.1991.
11. Sáez S, Font P, Pérez R, Marques F. *Promoción y educación para la salud: Conceptos, metodología, programas*. 2001: 19-40; 43-63.
12. Lalonde M. Informe Lalonde sobre el estado de salud. *Determinantes del estado de salud. Canadá*. 1974:33-58.

13. Dever GEA. An epidemiological model for health policy analysis. *Soc Indicators Res.* 1976;2(4):453-466.
14. Organización Mundial de la Salud. Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud , Alma Ata (URSS), 1978.
15. Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa. Primera conferencia internacional de promoción de la salud. *Ottawa (Canadá): OMS.* 1986.
16. Mahler H. El sentido de la salud para todos en el año 2000. *Revista Cubana de Salud Pública.* 2009;35(4):2-28.
17. Organización Mundial de la Salud. Declaración de la segunda conferencia internacional sobre promoción de la salud: Recomendaciones de Adelaide. políticas públicas para la salud.1988.
18. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Sundsvall (Suecia) tercera conferencia internacional sobre promoción de la salud: Ambientes favorables para la salud.1991.
19. Declaración de Yakarta sobre Promoción de la Salud en el siglo XXI. Cuarta Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud: Nueva era, nuevos actores: Adaptar la Promoción de la Salud al siglo XXI. Organización Mundial de la Salud, Yakarta República de Indonesia, 21-25 de julio de 1997; 4(3):66.
20. McQueen D. V conferencia mundial de promoción de la salud. *Informe Técnico.* 2000;1.
21. Franco A. Globalizar la salud. *Gaceta Sanitaria.* 2003;17(2):157-163.
22. Chen L, Berlinguer G. Equidad en la salud en un mundo que marcha hacia la globalización. *Scientific and Technical Publication Panamerican Health Organization.* 2002:36-48.
23. Organización Mundial de la Salud. Subsanan las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes

sociales de la salud. Informe final de la comisión sobre determinantes sociales de la salud. *Global Health Promotion*. 2009.

24. Chan M. Informe sobre la salud en el mundo. la atención primaria de salud, más necesaria que nunca. *OMS*. 2008.

25. Levi L. Psycho-socio-economic determinants for stress and depression: A call for action. *Coping with stress and depression related problems in Europe.Final Report European Union Presidency, Brussels*. 2001:25-27.

26. Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud: Aspectos conceptuales. *Ciencia y enfermería*. 2003;9(2):09-21.

27. González Pérez U. El concepto de calidad de vida y la evolución de los paradigmas de las ciencias de la salud. *Revista cubana de salud pública*. 2002;28(2):157-175.

28. Anguita JC. Medidas de calidad de vida relacionada con la salud. conceptos básicos, construcción y adaptación cultural. *Medicina clínica*. 2001;116(20):798-796.

29. Merino B, Arroyo H, Silva J. La evidencia de la eficacia de la promoción de la salud. *Configurando la salud pública en una Nueva Europa.Informe de la Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud para la Comisión Europea.España: Comunidad Europea*. 2000.

30. McKeown T. *The role of medicine. dream, mirage or nemesis?* Basil Blackwell Publisher Ltd., Alfred Street, Oxford.; 1979.

31. Terris M. Toward a new independent-cooperative model of international health. *J Public Health Policy*. 1993;14(3):265-275.

32. BOE. Real decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud. .

33. BOE. Ley general de sanidad, 14/1986 de 25 de abril.

34. Diari oficial de la Generalitat. Llei de salut pública. 2009;5495.
35. Rappaport J. In praise of paradox: A social policy of empowerment over prevention. *Am J Community Psychol*. 1981;9(1):1-25.
36. Zimmerman MA. Psychological empowerment: Issues and illustrations. *Am J Community Psychol*. 1995;23(5):581-599.
37. Silva C, Martínez ML. Empoderamiento: Proceso, nivel y contexto. *Psykhé*. 2004;13(2):29-39.
38. Rowlands J. *Questioning empowerment: Working with women in Honduras*. Oxfam Pubns; 1997.
39. Ley General de Sanidad. Ley 14/1986, de 25 de abril. *Boletín Oficial del Estado*. 1986.
40. Terris M. Concepts of health promotion: Dualities in public health theory. *Health promotion: An anthology*. 1996;557(3):34-40.
41. Restrepo H. *Incremento de la capacidad comunitaria y del empoderamiento de las comunidades para promover la salud*. Organización Panamericana de la Salud; 2000.
42. Freire P. *Pedagogía del oprimido*. Siglo XXI Editores, México. 1970.
43. Ministerio de Salud de Perú. Dirección General de Promoción de la Salud. Estrategias de Promoción de la Salud. *Promoción de la Salud*. 2006:20.
44. Organización Mundial de la Salud. Entornos laborales saludables: Fundamentos y modelo de la OMS: Contextualización, prácticas y literatura de apoyo. 2010.
45. Constitución Española. De 27 de diciembre de 1978. *Disponible en: <http://www.boe.es/aeboe/consultas/enlaces/documentos/ConstitucionCASTELLAN O.pdf>*.

46. Grandes G, Sánchez A, Cortada J, Calderón C, Balagué L, Millán E. Estrategias útiles para la promoción de estilos de vida saludables en atención primaria de salud. *Bilbao: Unidad de Investigación de Atención Primaria, Osakidetza-Servicio Vasco de Salud*. 2008.
47. Organización Mundial de la Salud. Nuevos métodos de educación sanitaria en atención primaria de la salud. 1983 Organización Mundial de la Salud. Serie de Informes técnicos 690.
48. Wood T. Fourth yearbook of the department of superintendent of the national educational association. 1926.
49. Organización Mundial de la Salud. Salud para todos en el siglo XXI. 1998.
50. Generalitat de Catalunya. Educació per a la salut a l'escola. Orientacions i programes. 1985.
51. Diari oficial de la Generalitat. Decret 84/1985, de 21 de març. 1985.
52. Green LW. *Prevención y educación sanitaria en salud pública*. Madrid: Interamericana; 1992.
53. Rochon A, Llavería JR. *Educación para la salud: Una guía práctica para realizar un proyecto*. Barcelona: Masson; 1991.
54. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promot Internation*. 2000;15(3):259.
55. Valadez I, Villaseñor M, Alfaro N. Educación para la salud: La importancia del concepto. *Revista de Educación y Desarrollo*. 2004;1:43-48.
56. Serrano González I. Educación para la salud del siglo XXI. Comunicación y salud. *Revista Española de Salud Pública*. 1998;72(2):151-153.

57. Villalbí J, Guix J, Plasència A, Armengou J, Llebaría X, Torralba L. La cartera de servicios en una organización de salud pública. *Gaceta Sanitaria*. 2003;17(3):231-237.
58. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Pla de salut de Catalunya. 2003:171-188.
59. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Llibre blanc: Bases per a la integració de la prevenció a la pràctica assistencial.1993.
60. Briceño-León R. Siete tesis sobre la educación sanitaria para la participación comunitaria. *Cadernos de Saúde pública*. 1996;12(1):7-30.
61. Sen A. El desarrollo como libertad. *Gaceta Ecológica*. 2000(55):14.
62. Muñoz-Repiso M. Educar desde la compasión apasionada. *Monográfico: Mercedes Muñoz-Repiso, una vida dedicada a la Investigación Educativa*. 2010:217.
63. Salleras L, Bertrán J, Prat A. Los métodos de la medicina clínica preventiva (II). consejo médico (counseling). *Med Clin*. 1994;102(Supl 1):19-25.
64. Elzo J. *L'educació del futur i els valors*. Fundació Jaume Bofill; 2005.
65. Sarlet-Gerkem A, García Martínez A, Belando Montoro MR. *Educación para la salud :Una perspectiva antropológica*. Valencia: NAU llibres; 1996:173.
66. Larrauri RC. Comunicación y educación para la promoción de la salud. fundacioncth.org . 2005.
67. Bach E, Darder P, Darder M. *Sedúctete para seducir: Vivir y educar las emociones*. Paidós; 2002: 106-159.
68. Young I, Williams T. La escuela saludable. *Grupo Escocés de Educación para la Salud*. 1999.
69. Gavidia Catalán V. La educación para la salud en los manuales escolares españoles. *Revista española de salud pública*. 2003;77(2):275-285.

70. Delors J, In'am Al Mufti, Comisión Internacional sobre la Educación para el Siglo XXI. *La educación encierra un tesoro*. Santillana; 1996.
71. Assmann H. Placer y ternura de la educación. hacia una sociedad aprendiente. . 2002; 24-69.
72. Assmann H. A metamorfose do aprender na sociedade da informação. *Ci.Inf.* 2000;29(2):7-15.
73. Orgánica L. 1/1990, de ordenación general del sistema Educativo–LOGSE–. *Ministerio de Educación y Ciencia*.
74. De Irala J, Urdiain IG, López del Burgo C. Analysis of content about sexuality and human reproduction in school textbooks in Spain. *Public Health.* 2008;122(10):1093-1103.
75. Edwards WM, Coleman E. Defining sexual health: A descriptive overview. *Arch Sex Behav.* 2004;33(3):189-195.
76. Organización Mundial de la Salud. Estrategia europea para la salud y el desarrollo de la infancia y la adolescencia. *Copenhagen, WHO Regional Office for Europa 2005- 2007*.
77. Pérez G. La salud reproductiva y sexual en España. *Gaceta Sanitaria.* 2009;23(03):171.
78. Boland R, Katzive L. Developments in laws on induced abortion: 1998-2007. *Int Fam Plan Perspect.* 2008;34(3):110-120.
79. Observatorio de Salud de la Mujer. Interrupción voluntaria del embarazo. Ministerio de Sanidad y Consumo. Dirección General de la Agencia de calidad, 2009.
80. Oringanje C, Meremikwu MM, Eko H, Esu E, Meremikwu A, Ehiri JE. Intervenciones para la prevención de embarazos no deseados en adolescentes. 2009.

81. Bailey J, Murray E, Rait G, et al. Intervenciones interactivas electrónicas para la promoción de la salud sexual. (*Revision Cochrane traducida*). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2010.
82. Moreno MC. *Los adolescentes españoles y su salud: Resumen del estudio "health behaviour in school aged children (HBSC-2002)"*. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005.
83. Blasco A. Informe de juventud en España. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.
84. Ministerio de Sanidad y Consumo. La interrupción voluntaria del embarazo y los métodos anticonceptivos en jóvenes. 2007.
85. Witherspoon D. Positive neighborhood processes, structural disadvantage, and adolescent development. 2008.
86. Slonim-Nevo V, Sharaga Y. Attitudes and behavior: A comparison of immigrant and non-immigrant adolescents in israel. *Child Adolescent Soc Work J*. 1997;14(4):251-262.
87. Real P, Oliva A., Serrano M. Sexualidad y contracepción entre las jóvenes sevillanas: Un estudio cuantitativo. Ayuntamiento de Sevilla, servicio de juventud. 2003.
88. Lameiras M, Rodríguez Y, Carrera M. Evaluación cuantitativa de un programa de educación afectivo-sexual. *C Med Psicosom*. 2005;73:48-58.
89. González Hernández T. Uso del condón en estudiantes de enseñanza técnica y profesional. *Revista Cubana de Enfermería*. 2002;16(1):40-45.
90. Cassamo Chagane H, Gras Pérez ME, Planes Pedra M. Expectativas, actitudes y normas percibidas respecto al uso del preservativo por los jóvenes de Mozambique *Sexología Integral*. 2005;2(4):173-179.

91. Campo-Arias A, Ceballo GA, Herazo E. Prevalence of pattern of risky behaviors for reproductive and sexual health among middle- and high-school students. *Rev Lat Am.* 2010;18(2):170-174.
92. Callejas Pérez S, Fernández Martínez B, Méndez Muñoz P, et al. Intervención educativa para la prevención de embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual en adolescentes de la ciudad de toledo. *Revista española de salud pública.* 2005;79(5):581-589.
93. Clínica Dator. Estudio preliminar de interrupciones voluntarias de embarazo en el período 2000-2005 en la clínica Dator.
94. Grimes A, Gallo F, Grigorieva V, Nanda K, Schulz F. Métodos basados en el conocimiento sobre fertilidad para la anticoncepción. Revisión Cochrane traducida. *Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 1. Oxford: Update Software Ltd.* 2004.
95. Polis B, Schaffer K, Blanchrd K. Provisión por adelantado de anticoncepción de urgencia para la prevención de embarazos (Revisión completa) (Revisión Cochrane traducida). *Biblioteca Cochrane Plus.* 2008.
96. Ministerio de Sanidad y Consumo, Instituto de la Juventud. Ganar salud con la juventud. Nuevas recomendaciones sobre salud sexual y reproductiva, consumo de alcohol, y salud mental. Grupo de trabajo de promoción de la salud y comisión de salud pública del consejo interterritorial del sistema nacional de salud. 2008.
97. Barzelatto J, Bilac ED, Rocha MIB. Desde el control de la natalidad hacia la salud sexual y reproductiva: La evolución de un concepto a nivel internacional. & Rocha, MIB (Orgs.) *Saúde reprodutiva na América Latina e no Caribe: temas e problemas.* 1998:39-49.
98. Wilkinson D, Ramjee G, Tholandi M, Rutherford G. Nonoxinol-9 para prevenir el contagio vaginal de infecciones de transmisión sexual de hombres a mujeres. (Revisión Cochrane traducida). *Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 1. Oxford: Update.* 2001.

99. Siegfried N, Muller M, Volmink J, et al. Circuncisión en el hombre para la prevención de la infección heterosexual por VIH en los hombres (Revisión Cochrane traducida). *La Biblioteca Cochrane*. 2007.
100. Mathews C, Coetzee N, Zwarenstein M, et al. Estrategias para la notificación a la pareja acerca de las enfermedades de transmisión sexual (Revisión Cochrane traducida). *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008. 2001.
101. Shepherd J, Weston R, Peersman G, Napuli I. Intervenciones para la prevención del cáncer cervical mediante modificaciones de la conducta y estilos de vida sexuales (Revisión Cochrane traducida). *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 1. 2008.
102. Johnson WD, Hedges LV, Díaz RM. Intervenciones para modificar los comportamientos sexuales de riesgo para prevenir la infección por VIH en hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres (Revisión Cochrane traducida). *Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. 2002.
103. Marston C, King E. Factors that shape young people's sexual behaviour: A systematic review. *Lancet*. 2006;368(9547):1581-1586.
104. De la Garza-Mercer F. The evolution of sexual pleasure. *J Psychol Hum Sex*. 2007;18(2):107-124.
105. Hough S. Facilitating positive sexual communication. *Sex Disab*. 2007;25(4):215-216.
106. Marquet J. *Normes et conduites sexuelles: Approches sociologiques et ouvertures pluridisciplinaires*. Bruyant-Academia; 2004.
107. Casado M. *Documento sobre salud sexual y reproductiva en la adolescencia*. Observatori de Bioètica i Dret, Parc Científic de Barcelona. 2002.
108. Casado M, Corcoy Bidasolo M, Ros R, Royes AA. *Document sobre la interrupció voluntària de l'embaràs*. Observatori de Bioètica i Dret, Parc Científic de Barcelona. 2008.

109. Casado M, Lamm E. Documento" Reedición y análisis del impacto normativo de los documentos del observatorio de bioética y derecho sobre salud sexual y reproductiva en la adolescencia y sobre la interrupción voluntaria del embarazo" del grupo de opinión del observatori. *Revista de bioética y derecho*. 2011(21).
110. Guang-Ren L. An investigation of adolescent health from china. *The Journal of adolescent health: official publication of the Society for Adolescent Medicine*. 1997;20(4):306.
111. Cohall AT, Cohall R, Dye B, Dini S, Vaughan RD. Parents of urban adolescents in harlem, new york, and the internet: A cross-sectional survey on preferred resources for health information. *Journal of medical Internet research*. 2004;6(4).
112. Mclaughlin M, Thompson K, Parahoo K, Armstrong J, Hume A. Inequalities in the provision of sexual health information for young people. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*. 2007;33(2):99.
113. Green HH, Documét PI. Parent peer education: Lessons learned from a community-based initiative for teen pregnancy prevention. *Journal of adolescent health*. 2005;37(3):100-107.
114. Leigh BC, Morrison DM, Trocki K, Temple MT. Sexual behavior of american adolescents: Results from a US national survey* 1. *Journal of Adolescent Health*. 1994;15(2):117-125.
115. Burack R. Teenage sexual behaviour: Attitudes towards and declared sexual activity. *Br J Fam Plann*. 1999;24(4):145-148.
116. Sabia JJ. Does sex education affect adolescent sexual behaviors and health? *Journal of Policy Analysis and Management*. 2006;25(4):783-802.
117. Underhill K, Operario D, Montgomery P. Programas de abstinencia exclusiva para la prevención de la infección por VIH en países de ingresos altos (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 1. Oxford: Update*. 2007.

118. Abraham C, Henderson M, Der G. Cognitive impact of a research-based school sex education programme. *Psychol Health*. 2004;19(6):689-703.
119. Decoster J. La responsabilité, un référentiel moral adapté au contexte de vie des jeunes d'aujourd'hui. *Revue de psychoéducation et d'orientation*. 2003;32(1):149-163.
120. Webb JA, Bray JH, Getz JG, Adams G. Gender, perceived parental monitoring, and behavioral adjustment: Influences on adolescent alcohol use. *Am J Orthopsychiatry*. 2002;72(3):392-400.
121. Trusty J, Watts RE. Relationship of high school seniors' religious perceptions and behavior to educational, career, and leisure variables. *Counseling and Values*. 1999;44:30-39.
122. Lee JW, Rice GT, Gillespie VB. Family worship patterns and their correlation with adolescent behavior and beliefs. *Journal for the scientific study of religion*. 1997;36(3):372-381.
123. Roberts D. Adolescents and the mass media: From "leave it to beaver" to "beverly hills 90210." *The Teachers College Record*. 1993;94(3):629-644.
124. Hoberman HM. Study group report on the impact of television violence on adolescents. *Journal of Adolescent Health Care*. 1990.
125. Scott WD. Psicología de la publicidad de productos alimenticios. *Pensar la publicidad*. 2008;2(2):145.
126. Albaladejo ÁF, Poyatos DF. La mujer en la publicidad. hacia nuevos discursos. Actes de Congènere: la representació de gènere a la publicitat del segle XXI: Girona, 25 i 26 de maig de 2009. Universitat de Girona, 2009. ISBN 978-84-8458-307-3
127. Mora F, Schupnik W. El posicionamiento: La guerra por un lugar en la mente del consumidor. <http://www.monografias.com/trabajos6/posi/posi.shtml>. 2001
128. Huici A. Mito y publicidad. *Questiones publicitarias*. 1993;1:72-86.

129. Bedoya D, Lucia M. Prevención del embarazo adolescente en Medellín: ¿Publicidad o comunicación? *Folios, revista de la Facultad de Comunicaciones*. 2010(18).
130. Bernárdez A. Cuerpos imaginarios:¿ Exhibición o encubrimiento de las mujeres en la publicidad? *CIC.Cuadernos de Información y Comunicación*. 2000(5):67-78.
131. Du Plessis E, Brown M. *The advertised mind*. Kogan Page; 2005.
132. Acarin N. El cerebro del rey. *Havana: Editorial Científico Técnica*. 2008: 221-265.
133. Serrano S. *Comprender la comunicación: El libro del sexo, la poesía y la historia*. Paidós; 2000: 74-166.
134. Pinker S. *La tabla rasa: La negación moderna de la naturaleza humana*. Paidos Iberica Ediciones SA; 2004:541-580.
135. Moon A, Mullee M, Rogers L, Thompson R, Speller V, Roderick P. Helping schools to become health-promoting environments an evaluation of the wessex healthy schools award. *Health Promot Internation*. 1999;14(2):111.
136. Nash KA. Implementation and evaluation of the empower youth program. *Journal of Holistic Nursing*. 2007;25(1):26.
137. Strange V, Forrest S, Oakley A. Peer-led sex education characteristics of peer educators and their perceptions of the impact on them of participation in a peer education programme. *Health Educ Res*. 2002;17(3):327.
138. Zivkovic M, Bjegovic V, Vukovic D, Marinkovic J. Evaluation of the effect of the health education intervention project "healthy school"]. *Srp Arh Celok Lek*. 1998;126(5-6):164-170.
139. Hayes RJ, Changalucha J, Ross DA, et al. The MEMA kwa vijana project: Design of a community randomised trial of an innovative adolescent sexual health intervention in rural Tanzania. *Contemporary Clinical Trials*. 2005;26(4):430-442.

140. Martiniuk ALC, O'Connor KS, King WD. A cluster randomized trial of a sex education programme in belize, central america. *Int J Epidemiol.* 2003;32(1):131.
141. Booth RE, Zhang Y, Kwiatkowski CF. The challenge of changing drug and sex risk behaviors of runaway and homeless adolescents. *Child Abuse Negl.* 1999;23(12):1295-1306.
142. Ompad DC, Strathdee SA, Celentano DD, et al. Predictors of early initiation of vaginal and oral sex among urban young adults in baltimore, maryland. *Arch Sex Behav.* 2006;35(1):53-65.
143. Huston RL, Martin LJ, Foulds DM. Effect of a program to facilitate parent-child communication about sex. *Clin Pediatr.* 1990;29(11):626.
144. Griffin KW, Botvin GJ, Nichols TR. Effects of a school-based drug abuse prevention program for adolescents on HIV risk behavior in young adulthood. *Prevention Science.* 2006;7(1):103-112.
145. Burlison JA, Kaminer Y. Aftercare for adolescent alcohol use disorder: Feasibility and acceptability of a phone intervention. *American Journal on Addictions.* 2007;16(3):202-205.
146. Parkes A, Wight D, Henderson M, Hart G. Explaining associations between adolescent substance use and condom use. *Journal of Adolescent Health.* 2007;40(2):180.
147. Torres P, Walker DM, Gutiérrez JP, Bertozzi SM. Estrategias novedosas de prevención de embarazo e ITS/VIH/SIDA entre adolescentes escolarizados mexicanos. *salud pública de méxico.* 2006;48(4):308-316.
148. Widdice LE, Cornell JL, Liang W, Halpern-Felsher BL. Having sex and condom use: Potential risks and benefits reported by young, sexually inexperienced adolescents. *Journal of adolescent health.* 2006;39(4):588-595.
149. Shrier LA, Shih MC, Beardslee WR. Affect and sexual behavior in adolescents: A review of the literature and comparison of momentary sampling

with diary and retrospective self-report methods of measurement. *Pediatrics*. 2005;115(5):e573.

150. Janssen M, de Wit J, Hospers H, Stroebe W, Kok G. Tailoring safer sex messages to lower-educated young gay men: The impact on cognitions and intention. *Psychol , Health Med*. 2004;9(1):115-131.

151. Wanlass RL, Kilmann PR, Bella BS, Tarnowski KJ. Effects of sex education on sexual guilt, anxiety, and attitudes: A comparison of instruction formats. *Arch Sex Behav*. 1983;12(6):487-502.

152. Di Noia J, Schinke SP, Pena JB, Schwinn TM. Evaluation of a brief computer-mediated intervention to reduce HIV risk among early adolescent females. *Journal of adolescent health*. 2004;35(1):62-64.

153. Shive SE, Marks R. The influence of ethical theories in the practice of health education. *Health Promot Pract*. 2006;7(3):287-288.

154. Carbonell F. *Educación en tiempos de incertidumbre: Equidad e interculturalidad en la escuela*. Madrid:Ed. La Catarata, Colección Cuadernos de Educación Intercultural nº9. 2005.

155. Zimmerman R, Langer L, Starr R, Enzler N. Evaluation of theory-based high school AIDS education: Impact of teacher vs. peer-led and active vs. passive education, and an HIV awareness campaign.1991;7:444 (abstract no. WD 4225).

156. Shin Y, Chun Y, Cho S, Cho Y. The effects of a sex education program on knowledge related to sexually transmitted diseases and sexual autonomy among university students]. *Taehan Kanho Hakhoe Chi*. 2005;35(7):1304-1313.

157. Baranowski T, Henske J, Simons-Morton B, et al. Dietary change for cardiovascular disease prevention among black-american families. *Health Educ Res*. 1990;5(4):433.

158. Kirby D, Barth RP, Leland N, Fetro JV. Reducing the risk: Impact of a new curriculum on sexual risk-taking. *Fam Plann Perspect*. 1991;23(6):253-263.

159. Boyer CB, Shafer MA, Shaffer RA, et al. Evaluation of a cognitive-behavioral, group, randomized controlled intervention trial to prevent sexually transmitted infections and unintended pregnancies in young women. *Prev Med.* 2005;40(4):420-431.
160. Snyder LB, Hamilton MA, Mitchell EW, Kiwanuka-Tondo J, Fleming-Milici F, Proctor D. A meta-analysis of the effect of mediated health communication campaigns on behavior change in the united states. *J Health Commun.* 2004;9:71-96.
161. Berg-Kelly K, Alvéen B, Erdes L, Erneholm T, Johannisson I, Mattsson-Elofson E. Health habits and risk behavior among youth in three communities with different public health approach. *Scand J Public Health.* 1997;25(3):149.
162. Glanz K, Rimer BK, Sutton S. Teorías de un vistazo: Guía para la práctica de la promoción de la salud. 1996.
163. Lopez LM, Tolley EE, Grimes DA, Chen-Mok M. Intervenciones teóricas para la anticoncepción (Revision Cochrane traducida). Cochrane Database of Systematic Reviews 2011 Issue 3. Art. No.: CD007249. DOI: 10.1002/14651858.CD007249.
164. Mateo J. La evaluación educativa, su práctica y otras metáforas. *México: Alfaomega Grupo Editor.* 2000.
165. Bahar-Özvaris S, Çetin FÇ, Turan S, Peters AS. Cooperative learning: A new application of problem-based learning in mental health training. *Med Teach.* 2006;28(6):553-557.
166. Baumberger-Henry M. Cooperative learning and case study: Does the combination improve students' perception of problem-solving and decision making skills? *Nurse Educ Today.* 2005;25(3):238-246.
167. Bose M, Jarreau P, Lawrence L, Snyder P. Using cooperative learning in clinical laboratory science education. *Clinical laboratory science: journal of the American Society for Medical Technology.* 2004;17(1):12.

168. Piercy M, Wilton K, Townsend M. Promoting the social acceptance of young children with moderate–severe intellectual disabilities using cooperative-learning techniques. *Journal Information*. 2002;107(5).
169. Jacques N, Wilton K, Townsend M. Cooperative learning and social acceptance of children with mild intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*. 1998;42(1):29-36.
170. Stevahn L, Johnson DW, Johnson RT, Oberle K, Wahl L. Effects of conflict resolution training integrated into a kindergarten curriculum. *Child Dev*. 2000;71(3):772-784.
171. Cobb KL. Interactive videodisc instruction with undergraduate nursing students using cooperative learning strategies. *Comput Nurs*. 1999;17(2):89-96.
172. Ginsburg-Block MD, Fantuzzo JW. An evaluation of the relative effectiveness of NCTM standards-based interventions for low-achieving urban elementary students. *J Educ Psychol*. 1998;90(3):560.
173. Horwitz BL. Cooperative learning as an approach for educating diabetic patients and their spouses. *J N Y State Nurses Assoc*. 1993;24(3):15-17.
174. Johnson DW, Johnson RT. Mainstreaming hearing-impaired students: The effect of effort in communicating on cooperation and interpersonal attraction. *J Psychol*. 1985;119(1):31-44.
175. Slavin RE. An introduction to cooperative learning research. *Learning to cooperate, cooperating to learn*. 1985:5-15.
176. Eitan T, Amir Y, Rich Y. Social and academic treatments in mixed-ethnic classes and change in student self-concept. *Br J Educ Psychol*. 1992.
177. Roseth CJ, Johnson DW, Johnson RT. Promoting early adolescents' achievement and peer relationships: The effects of cooperative, competitive, and individualistic goal structures. *Psychol Bull*. 2008;134(2):223.

178. Prichard JS, Bizo LA, Stratford RJ. The educational impact of team-skills training: Preparing students to work in groups. *Br J Educ Psychol*. 2006;76(1):119-140.
179. Margrett JA, Willis SL. In-home cognitive training with older married couples: Individual versus collaborative learning. *Aging, Neuropsychology, and Cognition*. 2006;13(2):173-195.
180. Johnson DW, Johnson RT, Roy P, Zaidman B. Oral interaction in cooperative learning groups: Speaking, listening, and the nature of statements made by high-, medium-, and low-achieving students. *J Psychol*. 1985;119(4):303-321.
181. Wellings K, Collumbien M, Slaymaker E, et al. Sexual behaviour in context: A global perspective. *The Lancet*. 2006;368(9548):1706-1728.
182. Ray M, Oxman AD, Lavis JN, Paulsen E. Evidence-informed health policy: Using research to make health systems. 2008.
183. Campbell S, Braspenning J, Hutchinson A, Marshall M. Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care. *Quality and Safety in Health Care*. 2002;11(4):358-364.
184. Speizer IS, Magnani RJ, Colvin CE. The effectiveness of adolescent reproductive health interventions in developing countries: A review of the evidence. *J Adolesc Health*. 2003;33(5):324-348.
185. Calero JL, Santana F. Percepciones de un grupo de adolescentes sobre iniciación sexual, embarazo y aborto. *Revista Cubana de salud publica*. 2001;27(1):50-57.
186. Woo GW. Factors affecting sex education in the school system. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2011.
187. Rendón Rojas MÁ. Relación entre los conceptos: Información, conocimiento y valor. semejanzas y diferencias. *Ciência da Informação*. 2005;34:52.

188. Cortés Alfaro A, García Roche R, Monterrey Gutiérrez P, Fuentes Abreu J, Pérez Sosa D. Sida, adolescencia y riesgos. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 2000;16(3):253-260.
189. Barrón M. Adolescentes incluidos. adolescentes excluidos. *Serie Adolescencia. Educación y Salud 3*. Córdoba: Edit. Brujas. 2008.
190. Villa M, Rodríguez J. Juventud, reproducción y equidad. *Adolescencia y Juventud*. 2001:363-391.
191. Castro MLFYR, Calado M, Lorenzo OMG. Creencias vinculadas al uso del preservativo masculino en adolescentes españoles sexualmente activos. *Univ.Psychol.Bogotá (Colombia)*. 2004;3(1):27-34.
192. DiCenso A, Guyatt G, Willan A, Griffith L. Interventions to reduce unintended pregnancies among adolescents: Systematic review of randomised controlled trials. *BMJ*. 2002;324(7351):1426.
193. Aarons SJ, Jenkins RR, Raine TR, et al. Postponing sexual intercourse among urban junior high school students—a randomized controlled evaluation. *Journal of Adolescent Health*. 2000;27(4):236-247.
194. East L, Jackson D, O'Brien L, Peters K. Use of the male condom by heterosexual adolescents and young people: Literature review. *J Adv Nurs*. 2007;59(2):103-110.
195. Cámara SG, Sarriera JC, Carlotto MS. Predictores de conductas sexuales de riesgo entre adolescentes. *Interamerican Journal of Psychology*. 2007;41(2):161-166.
196. Villaseñor-Sierra A, Caballero-Hoyos R, Hidalgo-San Martín A, Santos-Preciado JI. Conocimiento objetivo y subjetivo sobre el VIH/SIDA como predictor del uso de condón en adolescentes. *Salud Publica Mex*. 2003;45(1):73-80.
197. Pulerwitz J, Amaro H, De Jong W, Gortmaker SL, Rudd R. Relationship power, condom use and HIV risk among women in the USA. *AIDS Care*. 2002;14(6):789-800.

198. Gallardo MIM, Balboab JLB, Manzorroa MC. Comportamientos sexuales y uso de preservativos en adolescentes de nuestro entorno. *Atención Primaria*. 2004;33(7):374-380.
199. Martín Alfonso L, Reyes Díaz Z. Conducta sexual, embarazo y aborto en la adolescencia: Un enfoque integral de promoción de salud. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2003;29(2):183-187.
200. Vinaccia S, Quiceno JM, Gaviria AM, Soto AM, Gil Llarío MD, Ballester Arnal R. Conductas sexuales de riesgo para la infección por VIH/sida en adolescentes colombianos. *Terapia psicológica*. 2007;25(1):39-50.
201. Martín Serrano M (2001). Introducción del informe de juventud en España 2000. Madrid: Instituto de la Juventud, pp. 13-45.
202. Caffray CM, Schneider SL. Why do they do it? affective motivators in adolescents' decisions to participate in risk behaviours. *Cognition & Emotion*. 2000;14(4):543-576.
203. Torres Penella C, Vilaplana Mora D, Sáez Cárdenas S, Pérez Calvo R, Martínez Orduna M. Intercepción poscoital hormonal en un servicio de planificación familiar. *Enfermería Clínica*. 2005;15(5):257-261.
204. Torres Penella C, Vilaplana Mora D, Sáez Cárdenas S, Pérez Calvo R, Martínez Orduna M. Intercepción postcoital y uso de anticonceptivos en la población joven. *Metas de Enfermería*. 2005;8(6):27-32.
205. Mosquera J, Mateus JC. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre métodos de planificación familiar, VIH-sida y el uso de los medios de comunicación en jóvenes. *Colombia Médica*. 2009;34(4):206-212.
206. Gayet C, Rosas CA, Magis C, Uribe P. Con quién hablan los adolescentes mexicanos sobre el SIDA. *Salud pública de México*. 2002;44(2):122-128.
207. INJUVE. Jóvenes: Salud y sexualidad. sondeo periódico de opinión y situación de la gente joven. 2008.

208. Civic D. The association between characteristics of dating relationships and condom use among heterosexual young adults. *AIDS Education and Prevention*; 1999.
209. Bayés R. Psicología y sida: Análisis funcional de los comportamientos de riesgo y prevención. *Pap Psicol*. 1990;46(47):30-36.
210. Hoyos RC, Sierra AV, Martin A. Fuentes de información y su relación con el grado de conocimientos sobre el SIDA en adolescentes en México. *Rev Saude Publica*. 1997;31:351-359.
211. Gayet C, Juárez F, Pedrosa LA, Magis C. Uso del condón entre adolescentes mexicanos para la prevención de las infecciones de transmisión sexual. *Salud pública de México*. 2003;45(5):S632-S640.
212. Pedrosa L, Vallejo M, Stern C, Echarri C. Entorno social, comportamiento sexual y reproductivo en la primera relación sexual de adolescentes estudiantes de escuelas públicas y privadas. *Stern C, Echarri C, comps. Salud Reproductiva y Sociedad. Resultados de investigación. México DF: El Colegio de México*. 2000.
213. Cabrera AR, Vázquez LÁ. Percepciones y comportamientos de riesgos en la vida sexual y reproductiva de los adolescentes. *Rev Cubana Salud Pública*. 2006;32(1).
214. Faílde Garrido JM, Lameiras Fernández M, Bimbela Pedrola JL. Prácticas sexuales de chicos y chicas españoles de 14-24 años de edad. *Gaceta Sanitaria*. 2008;22(6):511-519.
215. Callejas Perez S, Fernandez Martinez B, Mendez Munoz P, et al. Educational intervention for preventing unwanted pregnancies and sexually-transmitted diseases among teenagers in the city of Toledo, Spain. *Rev Esp Salud Publica*. 2005;79(5):581-589.
216. Rodrigues MG, Cosentino SF, Rossetto M, Maia KM, Pautz M, Silva VC. Talleres educativos en sexualidad del adolescente: La escuela como escenario. *Enfermería Global*. 2010:0-0.

217. Lou C, Wang B, Shen Y, Gao E. Effects of a community-based sex education and reproductive health service program on contraceptive use of unmarried youths in Shanghai. *Journal of Adolescent Health*. 2004;34(5):433-440.
218. Seoane Pascual L. Evaluación cualitativa de una campaña de promoción del uso del preservativo en la población adolescente y juvenil de la Comunidad de Madrid. *Revista Española de Salud Pública*. 2002;76(5):509-516.
219. Sáiz P, González MP, Jiménez L, et al. Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas y rasgos de personalidad en jóvenes de enseñanza secundaria. *Adicciones*. 1999;11(3):209-220.
220. Elzo Imaz J. *Jóvenes españoles 99*. Fundación Santa María; 1999, págs. 13-52
221. Pascual Pastor F. Percepción del alcohol entre los jóvenes. *Adicciones: Revista de sociodrogalcohol*. 2002;14(1):123-132.
222. Botvin GJ, Baker E, Dusenbury L, Botvin EM, Diaz T. Long-term follow-up results of a randomized drug abuse prevention trial in a white middle-class population. *JAMA-Journal of the American Medical Association-US Edition*. 1995;273(14):1106-1112.
223. Burkhart G. Intervenciones preventivas en la primera infancia en Europa. *Adicciones*. 2001;13(1):89-100.
224. Calafat Far A, Juan Jerez M, Becoña Iglesias E, Mantecón A. Qué drogas se prefieren para las relaciones sexuales en contextos recreativos. *Adicciones: Revista de sociodrogalcohol*. 2008;20(1):37-47.
225. Calafat Far A, Juan Jerez M. De la etiología a la prevención del uso y abuso de drogas recreativas. *Adicciones: Revista de sociodrogalcohol*. 2003;15(2):261-287.
226. López del Burgo C, Calatrava Martínez MC, Carlos Chillerón S, Ruiz-Canela M, Osorio A, De Irala J. Opiniones de los jóvenes españoles sobre el aborto. *Cuadernos de Bioética*. 2009(70):525-526.

227. Laffita Batista A, Ariosa JM, Cutié Sánchez JR. Adolescencia e interrupciones de embarazo. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. 2004;30(1):0-0.
228. Kulczycki A, Potts M, Rosenfield A. Abortion and fertility regulation. *Lancet*. 1996;347(9016):1663-1668.
229. López Villaverde P. Influencia de los mitos y falacias en las prácticas sexuales de la población adolescente madrileña: Proyecto de encuesta. *Revista profesional española de terapia cognitivo-conductual*. 2004;2(2):87-93.