

FACULTAD DE MEDICINA

UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ

TRABAJO FIN DE MÁSTER

Título: Salud sexual y reproductiva en jóvenes: efectividad de una intervención de prevención de conductas sexuales de riesgo en la Región de Murcia.

Alumno: Payá Tourné, Beatriz.

Tutor: Cheikh Moussa Chraiteh, Al Cheikha Kamela

Máster Universitario de Investigación en Atención Primaria

Curso: 2025-2026

RESUMEN.

La sexualidad es una dimensión inherente y cambiante de los humanos, con gran impacto en la salud física, social y psicológica. La media de edad en España del comienzo de las relaciones sexuales ha descendido hasta los 16,3 años, además, los adolescentes consideran que no tienen una fuente fiable donde buscar información en lo que a la salud sexual respecta. Los datos de la Región de Murcia en 2024 muestran un incremento preocupante de Enfermedades de Transmisión Sexual. A pesar de las recomendaciones de la OMS, existe una carencia de intervenciones de Educación Sexual Integral (ESI), por eso, el objetivo principal es evaluar la efectividad de las intervenciones de educación sexual y reproductiva para la prevención de conductas sexuales de riesgo en jóvenes de 16 a 24 años, realizadas desde Atención Primaria en la Región de Murcia. La población diana son los jóvenes entre 16 y 24 años, debido al aumento de conductas de riesgo en esta etapa, siendo la Atención Primaria el entorno idóneo para dar continuidad a la formación iniciada en las escuelas. El estudio planteado es cuasi-experimental con diseño pre-post. El tamaño muestral calculado mediante EpiDat, para un nivel de confianza del 95% y considerando un 15% de pérdidas, es de 222 participantes. La selección se realizará mediante muestreo no probabilístico consecutivo tanto en las consultas de medicina como de enfermería. La intervención educativa, liderada por un equipo multidisciplinar (matrona, enfermería y psicología), se desarrolla en 4 sesiones presenciales y grupales de 90 minutos, donde destacan las charlas informativas, el role-playing, la gamificación y, finalmente, la resolución de dudas anónimas. Para conocer los conocimientos de los jóvenes, se pasará un cuestionario validado al inicio de la intervención, tras ella y a los 6 meses.

Palabras clave: Salud sexual, Salud Reproductiva, Atención Primaria, Adolescentes, Prevención, ITS, Anticoncepción.

ABSTRACT

Sexuality is an inherent and evolving dimension of human beings, with a significant impact on physical, emotional, and social health. In Spain, the average age of first sexual intercourse has decreased to 16.3 years. Furthermore, adolescents believe they do not have a reliable source from which to obtain information regarding sexual health. Data from the Region of Murcia in 2024 show a concerning increase in Sexually Transmitted Infections. Despite WHO recommendations, there is a lack of Comprehensive Sexuality Education (CSE) interventions. Therefore, the main objective of this study is to evaluate the effectiveness of sexual and reproductive health education interventions carried out in Primary Care settings in the Region of Murcia for the prevention of risky sexual behaviors among young people aged 16 to 24 years. The target population consists of individuals aged 16 to 24 years, due to the increase in risk behaviors during this stage, with Primary Care being the ideal setting to provide continuity to the education initiated in schools. A quasi-experimental study with a pre-post design is proposed. The sample size, calculated using EpiDat with a 95% confidence level and considering a 15% loss rate, is 222 participants. Selection will be conducted through non-probabilistic consecutive sampling in medical and nursing consultations. The educational intervention, led by a multidisciplinary team (midwife, nursing, and psychology), consists of four 90-minute in-person group sessions. These interventions feature informative talks, active methodologies such as role-playing and gamification, and finally, the resolution of anonymous questions. To assess the participants' knowledge, a validated questionnaire will be administered at the beginning of the intervention, immediate post-intervention, and a 6-month follow-up.

Keywords: Sexual Health, Reproductive Health, Primary Care, Adolescents, Prevention, STIs, Contraception.



ÍNDICE

1. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.	1
2. PREGUNTA EN FORMATO PICO.	1
3. ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA.	1
4. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.	7
5. HIPÓTESIS.	7
6. OBJETIVOS.	7
7. MATERIALES Y MÉTODOS.	8
7.1 Diseño de estudio y población a estudio.	8
7.2 Criterios de inclusión y exclusión.	8
7.3 Cálculo del tamaño de la muestra y método de muestreo.	9
7.4 Método de recogida de datos.	9
7.5 Variables.	10
7.6 Descripción de la intervención.	10
7.7 Descripción del seguimiento.	13
7.8 Estrategia de análisis estadístico.	13
8. APLICABILIDAD Y UTILIDAD DE LOS RESULTADOS SI SE CUMPLIERA LA HIPÓTESIS.	14
9. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA.	14
10. LIMITACIONES Y POSIBLES SESGOS.	16
11. ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN.	16
12. CALENDARIO Y CRONOGRAMA PREVISTO PARA EL ESTUDIO.	17
13. PERSONAL QUE PARTICIPARÁ EN EL ESTUDIO Y CUÁL ES SU RESPONSABILIDAD.	17
14. INSTALACIONES E INSTRUMENTACIÓN.	18
15. PRESUPUESTO.	19
16. BIBLIOGRAFÍA.	21
17. ANEXOS.	25

1. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.

¿Las intervenciones de educación sexual en jóvenes disminuyen las conductas de riesgo?

2. PREGUNTA EN FORMATO PICO.

Pregunta PICO de prevención: En jóvenes de 16-24 años, ¿las intervenciones de salud sexual y reproductiva realizadas desde Atención Primaria en la Región de Murcia, previenen comportamientos de riesgo, en comparación con la ausencia de dichas intervenciones?

P: Jóvenes de 16-24 años.

I: Intervenciones de salud sexual y reproductiva realizadas desde Atención Primaria en la Región de Murcia.

C: Ausencia de dichas intervenciones.

O: Previenen comportamientos de riesgo.

3. ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA.

La sexualidad es una dimensión inherente pero cambiante de la trayectoria vital de las personas y está íntimamente ligada a la salud física, social y psicológica. En la etapa de la adolescencia, presenta especial relevancia como consecuencia de los cambios biológicos y psicosociales, que participan en el desarrollo de la identidad, las relaciones y las conductas de salud sexual, de modo que, guiar a lo largo de la infancia y la adolescencia sobre sexualidad, tiene como resultado un mejor desarrollo en ambas etapas.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) alude a la educación sexual integral (ESI) como un proceso formativo que proporciona a los jóvenes los conocimientos, habilidades y valores necesarios para favorecer su desarrollo integral, resultando esencial para forjar vínculos sociales y sexuales fundamentados en el respeto.

Además, con los programas de ESI se han encontrado beneficios en cuanto a la adaptación a los cambios durante esta etapa de la vida, ayudándoles a gestionarlos y a saber dónde acudir en caso de necesidad de ayuda. Por todo ello,

la educación sexual integral, según la OMS, es una herramienta clave para la promoción de la salud y la prevención de conductas de riesgo.¹

En España, con el trascurso de los años, las relaciones sexuales se han ido anticipando a edades más tempranas.^{2, 3} Según el Informe Juventud en España (INJUVE) del año 2000, en 1995, la media de la primera relación sexual completa en hombres es 17,7 años y en mujeres 18,8 años. Si avanzamos 4 años más, en 1999, la edad media disminuye en hombres a 17,4 años y en mujeres a 18,4 años.⁴ En la actualidad, según la SEC (Sociedad Española de Contracepción) y la Fundación Española de Contracepción (FEC) en su encuesta de Anticoncepción en España en 2024, refleja que el comienzo de las relaciones sexuales, de media, se sitúa en los 16,3 años. Además, entre los 15 y los 19 años la media de parejas sexuales en 2024 es de 2,2.³

Si se analizan las diferencias entre sexos, en 2022, el estudio HBSC (Health Behaviour in School-aged Children) identifica que, en general, el porcentaje de adolescentes que han mantenido relaciones sexuales es muy similar: hombres (34,3%) y mujeres (35,2%). Si profundizamos en el rango de edad, el porcentaje de relaciones se duplica a partir de los 17 años comparado con los jóvenes entre los 15-16 años, siendo un 20,7% frente a un 48,5% a los 17-18 años. Y el 13,2% inició su primera relación sexual con 13 años o antes, con similitud de porcentajes entre hombres (13,6%) y mujeres (12,9%).⁵

Pese a que a veces podemos encontrar reticencias respecto a los programas de ESI, la evidencia científica respalda que una adecuada educación sexual no fomenta conductas sexuales precoces, al contrario, demuestra una mejora en los resultados de salud, iniciando relaciones sexuales más seguras y tardías y tomando decisiones más informadas.^{1, 6}

A pesar de la existencia de recomendaciones basadas en evidencia científica y de sociedades internacionales, diversos estudios ponen de manifiesto la carencia y la falta de información sobre la salud sexual, puesto que no se desarrollan tantas intervenciones como serían recomendables desde las escuelas o desde Atención Primaria.^{6,7} Según el informe de la Federación de Planificación Familiar (SEDRA) sobre la anticoncepción, menos de la mitad de las comunidades autónomas cuenta con una estrategia o programa, desde el ámbito sanitario.⁸ En cambio, en las

escuelas, hay programas en la mayoría de comunidades autónomas. Algunas comunidades autónomas, como Aragón, Madrid o Cataluña cuentan con programas como: Asesorías sobre sexualidad juvenil o Centros Jóvenes de Anticoncepción y Sexualidad, los cuales, serían beneficiosos si se aplicaran a las comunidades restantes, puesto que descendería la falta de información. A raíz de la carencia o escasez intervenciones educativas sobre sexualidad, estructuradas y basadas en la evidencia, existe más facilidad en que continúen perpetuando las conductas de riesgo que podrían prevenirse fácilmente.⁶ Puesto que, si no damos respuesta a las necesidades de los jóvenes, la búsqueda de información va a seguir siendo en fuentes superficiales e incompletas. Estas fuentes según la SEC en 2019 son principalmente Internet (47,8%) y los amigos/as (45,5%). Las siguientes fuentes de información, menos frecuentes, son los profesores/as (28%), la madre (23,1%) o el padre (12,4%). Y, un 12,1% refiere una carencia de información. De manera similar, refleja el estudio de García-Vázquez J et al., coordinador de un programa basado en educación afectivo-sexual, llamado "Ni ogros ni princesas", con excelencia reconocida por la UNESCO: Si diferenciamos las fuentes de datos entre hombres y mujeres, predomina internet (50,7%) como fuente más consultada por los hombres. Además, evidencia el rol materno (21,4%) con mayor relevancia que el paterno (16,4%). En cambio, el canal de información más prevalente entre las mujeres son los amigos/as (46,9%), después internet (44,9%), y finalmente, el papel de los progenitores, la madre (24,9%) y el padre (8,3%). Los adolescentes, a pesar de tener como prioritarias estas fuentes, preferirían recibir la información de los sanitarios o los profesores. El 68,5% manifiesta que la formación que han recibido sobre salud sexual es insuficiente, elevándose entre las mujeres (74,5%). En los jóvenes de mayor edad es una opinión aún más frecuente. Entre las opiniones a resaltar, los jóvenes consideran que, además de no recibir actualizaciones de la información cuando es necesario, describen esta como ocasional y limitada.^{9, 10}

Dentro de la salud sexual, si nos centramos en el uso de métodos anticonceptivos, un 23,6% no lo utiliza en todas las ocasiones. Esta práctica de riesgo se incrementa entre los hombres (25,3%) y todavía aumenta más en los jóvenes de 16 a 18 años (26,3%).⁹

Si nos acercamos a la Región de Murcia, el estudio HBSC-2022, muestra datos respecto al comienzo de las relaciones sexuales, al método anticonceptivo (preservativo o píldora), al uso de la marcha atrás durante las relaciones, al uso de métodos anticonceptivos de emergencia y a los embarazos no deseados. Se hacen distinciones según sexo y edad.¹¹

INICIO RELACIONES SEXUALES	SEXO	GRUPO DE EDAD	SI	NO
	MUJER	15-16 años	22%	78%
		17-18 años	41.5%	58.5%
	HOMBRE	15-16 años	20,6%	79,4%
		17-18 años	52.3%	47.7%
	TOTAL	15-18 años	34.5%	65.5%

USO ANTICONCEPTIVOS: PRESERVATIVO	SEXO	GRUPO DE EDAD	SI	NO
	MUJER	15-16 años	73.2%	26.8%
		17-18 años	62.4%	37.6%.
	HOMBRE	15-16 años	77.1%	22.9%
		17-18 años	70%	30%
	TOTAL	15-18 años	67.7%	32.3%

USO ANTICONCEPTIVOS: PASTILLA ANTICONCEPTIVA	SEXO	GRUPO DE EDAD	SI	NO
	MUJER	15-16 años	23.3%	76.7%
		17-18 años	20.4%	79.9%
	HOMBRE	15-16 años	8.8%	91.2%
		17-18 años	14%	86%

En esta última tabla, la respuesta de los hombres es afirmativa o negativa dependiendo de la utilización de pastillas anticonceptivas por parte de la pareja.

En lo relativo a métodos anticonceptivos distintos a los tradicionales (el preservativo y la pastilla anticonceptiva) tan solo un 1,1% de las chicas entre 17-18 años respondió que utilizaba otros tipos de métodos. En cuanto a la marcha atrás, el 13,3% de chicas de 15-16 años respondió afirmativamente, ascendiendo este porcentaje a 19,4% entre los 17-18 años. De modo similar ocurre en los chicos, entre 15-16 años la realizaba un 6,3% y en durante los 17-18 años, aumenta a 14%.

Sobre la píldora del día después, las chicas entre 15 y 16 años, respondieron que habían utilizado: 34,2% (1 vez) y 1,1% (2 veces). Entre los 17 y 18 años, afirmaron haberla tomado: 14,5% (1 vez), 11% (2 veces) y 4,5% (3 veces o más).

En lo que respecta a embarazos no deseados, respondieron afirmativamente un 1% de las chicas de 15-16 años y un 2,2% de las chicas de 17-18 años.¹¹

Además, la información encontrada en el Centro Regional de Estadística de Murcia (CREM) muestra que en 2024, las Interrupciones Voluntarias del Embarazo (IVE) en menores de 15 años fueron 26. En el intervalo de edad de 15-19 años fue de 446, y de 20-24 años asciende a 895.¹²

El Informe de la vigilancia epidemiológica del VIH-sida y otras infecciones de transmisión sexual (ITS) de la Región de Murcia de 2025 evidencia que con el transcurso de los años, las infecciones de transmisión sexual van en aumento. Los

datos revelan un incremento de la incidencia a partir de los 15 años, obteniendo el pico máximo entre los 25-34 años (el segundo grupo de edad más elevado el de 19-24 años) y descendiendo posteriormente.

Dentro de este informe se encuentran datos relevantes sobre Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).¹³

ITS	Mujeres (15-19 años)	Hombres (15-19 años)	Mujeres (20-24 años)	Hombres (20-24 años)
VIH (2021-2024)	5.7 casos*	52 casos*	71 casos*	235.7 casos*
Neisseria gonorrhoeae (2017-2024)	32.3 casos**	57.7 casos**	54.2 casos**	222.2 casos**
Clamidia trachomatis (2024)	84 casos**	47,7 casos**	194,2 casos**	179,4 casos**
Treponema pallidum (2024)	10.3**	19.9**	13.5**	42.8**
*Por 1.000.000 de habitantes.				
**Por 100.000 habitantes ¹³				

A raíz de lo expuesto, se detecta la necesidad de dar respuesta y satisfacer las demandas planteadas de los jóvenes y de instaurar acciones formativas y de prevención sobre educación sexual. Las intervenciones educativas en el ámbito sanitario han demostrado ser eficaces, en particular, las intervenciones lideradas por profesionales de enfermería, cuando están previamente planificadas, compuestas

por equipo multidisciplinar y con un tiempo reservado para esta actividad, de modo que así también evitemos la falta de tiempo en la práctica diaria, puesto que esta es la mayor barrera que encuentran los profesionales.

De ahí la importancia de crear, en la Región de Murcia, un espacio reservado, seguro y específico para jóvenes y adolescentes, para que puedan expresar dudas, desmontar mitos y adquirir herramientas.^{9, 10}

4. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.

La elección del rango de edad se basa en la mayoría de edad en sanidad (16 años) y los 24 años, puesto que, en estas franjas de edad, es donde se observa un aumento de las actividades de riesgo y son quienes demandan las necesidades de información. La realización de intervenciones desde Atención Primaria se debe a que en la Región de Murcia, existe el programa PERSEA, realizado en los colegios con alumnos que están en el 2º curso de la ESO (13-14 años)¹⁴, sin embargo, no se encuentran entornos a nivel sanitario donde puedan ir los jóvenes en caso de necesidad de información, por lo que con el desarrollo de estas intervenciones educativas a partir de los 16 años, continuaríamos con la formación en salud sexual y reproductiva, desde la puerta de entrada al sistema sanitario, la atención primaria.

5. HIPÓTESIS.

"La implementación de intervenciones de educación sexual desde la atención primaria a jóvenes de 16 a 24 años aumenta significativamente el nivel de conocimientos sobre salud sexual y reproductiva, y reduce las conductas de riesgo en la Región de Murcia."

6. OBJETIVOS.

Objetivo general.

1. Evaluar la efectividad de las intervenciones de educación sexual y reproductiva para la prevención de conductas sexuales de riesgo en jóvenes de 16 a 24 años, realizadas desde Atención Primaria en la Región de Murcia.

Objetivo específico.

1. Conocer el nivel de conocimiento sobre salud sexual y reproductiva previa a la intervención en jóvenes de 16 a 24 años.
2. Evaluar el impacto de la intervención sobre el nivel de conocimiento sobre salud sexual y reproductiva, y su percepción sobre las principales conductas de riesgo.
3. Valorar a los seis meses de la intervención la consolidación de los conocimientos adquiridos en la conducta sexual de los participantes.

7. MATERIALES Y MÉTODOS.

7.1 Diseño de estudio y población a estudio.

Para dar respuesta a los objetivos marcados, se plantea un estudio cuasi-experimental, con diseño pre-post.

En relación con la población del estudio, la población diana son jóvenes entre 16 y 24 años de la Región de Murcia adscritos al Centro de Salud de Puente Tocinos. Este centro de salud pertenece al Área VII y a la Zona Básica número 15 (Murcia Este), y su hospital de referencia es el Hospital General Universitario Reina Sofía.

7.2 Criterios de inclusión y exclusión.

Se incluirán en el estudio aquellos participantes que:

- Sean mujeres y hombres de 16 a 24 años.
- Pertenecen al centro de Atención Primaria seleccionado.
- Acepten participar voluntariamente y firmen el consentimiento informado.

Se excluirán a los sujetos que:

- Tengan dificultades de comprensión del idioma.
- Participen en otra intervención o programa educativo de salud sexual, por posibles sesgos en resultados.

7.3 Cálculo del tamaño de la muestra y método de muestreo.

Respecto al tamaño muestral, puesto que en el Centro de Salud de Puente Tocinos según el CREM (Centro Regional de Estadística de Murcia, 2023) contamos con una total aproximado de 426 jóvenes de entre 15-24 años (210 personas de 15-19 años y 216 personas de 20-24 años).¹⁵ Como el dato del CREM incluye también a los jóvenes de 15 años en la franja de edad, pero el estudio abarca desde los 16 años, se calcula que de 16 a 19 años habrá una aproximación de 168 personas aplicando el criterio de proporcionalidad por edades simples. De este modo nos saldría una población entre 16 y 24 años de 384 jóvenes aproximadamente.

El programa utilizado para el cálculo del tamaño muestral ha sido EpiDat. Aceptando un nivel de confianza del 95% y un error máximo del 5%, se obtiene una muestra de 193 personas. Considerando que se requiere de la asistencia presencial a las 4 sesiones para dar por completada la intervención educativa y teniendo en cuenta la posible tasa de abandono de un 15%, para que el estudio mantenga un tamaño muestral adecuado para detectar y evaluar cambios significativos en los conocimientos y actitudes de los jóvenes, se añade ese porcentaje previsible de pérdidas, obteniendo finalmente una captación inicial de 222 participantes. Entre estos participantes se intentará realizar una representación equitativa entre hombres y mujeres.

La selección de esta muestra se llevará a cabo mediante muestreo no probabilístico consecutivo. Serán incorporados en este estudio desde las consultas de su médico y enfermero/a del Centro de Salud de Puente Tocinos hasta completar el tamaño muestral calculado. Será en la propia consulta donde se informará del objetivo, la duración del estudio y sobre el personal sanitario a cargo de las sesiones educativas. Una vez hayan sido informados por escrito (Anexo 4) deberán entregar firmado el consentimiento informado (Anexo 5) con el que aceptan participar de forma voluntaria.

7.4 Método de recogida de datos.

Para llevar a cabo la recopilación de información de los participantes se pasará la ficha anónima para el participante (Anexo 1) y el cuestionario estructurado, autoadministrado, anónimo y validado por Leon-Larios y Gómez-Baya (Anexo 2),

que explora con 9 ítems los conocimientos, prácticas y/o comportamientos del patrón sexual en jóvenes. Se realizará este cuestionario tanto antes de dar comienzo a la intervención educativa, como tras finalizar las sesiones.¹⁶

7.5 Variables.

Variable control	Edad	Cuantitativa continua	16-24 años.
	Sexo	Cualitativa dicotómica	Hombre/Mujer.
	Nivel de estudios	Cualitativa ordinal	Sin estudios/ ESO/Bachillerato/FP/Universitario
	Ocupación	Cualitativa nominal	Estudiante/Trabajador/Desempleado.
	Pareja	Cualitativa dicotómica	Sí/No
Variable independiente	Intervención de salud sexual y reproductiva.		
Variable dependiente	Conocimiento sobre ITS.		
	Conocimiento sobre métodos de anticoncepción.		

7.6 Descripción de la intervención.

Se realizará una valoración inicial (Pre-intervención) donde antes de dar comienzo con las sesiones, los participantes cumplimentarán el cuestionario para medir su nivel previo de conocimientos y conductas de riesgo. Posteriormente se llevará a cabo la intervención educativa. El programa se realizará en cada grupo a lo largo de un mes, consta de 4 sesiones (1 sesión por semana) y la duración de esta

será de 90 minutos. Estas sesiones estarán divididas en diferentes actividades, charlas y dinámicas que durarán entre 15 y 30 minutos aproximadamente, como se detalla más adelante. La modalidad de las sesiones es presencial y grupal. Los participantes se repartirán en grupos de 10–15 jóvenes, para favorecer un clima íntimo, de confianza y la participación activa. Las sesiones se realizarán con una metodología activa de aprendizaje como dinámicas de role-playing (metodología educativa donde los participantes asumen roles específicos dentro de escenarios simulados, aprendiendo conceptos y habilidades)¹⁷ y gamificación (método educativo que utiliza recursos lúdicos para el aprendizaje, de modo que consigue aumentar la motivación e implicación)¹⁸, además de sistemas de respuesta de audiencia como Kahoot o Wooclap. El equipo encargado de realizar las intervenciones estará compuesto por: matrona, profesional de enfermería y psicólogo/a. Para su realización se utilizará, en el Centro de Salud, la sala multiusos.

Sesión 1: Rompemos el hielo y desmontamos mitos.

Los primeros 20 minutos de la sesión serán para realizar la presentación tanto de profesionales como de participantes. Para ello se realizará un juego llamado “La red” para crear un clima de confianza y cercanía. El juego consistirá en presentarse con un ovillo de lana gruesa en la mano, tras finalizar la presentación y sin soltar la punta del ovillo, lanzará este a otra persona. Así sucesivamente hasta conseguir que todos los integrantes del grupo se presenten. Al finalizar, estarán todos unidos por una red que simboliza un espacio seguro y de confianza.

Los siguientes 15 minutos serán para la realización del cuestionario pre-intervención, que se realizará a través de Google Forms. Después, durante 15 minutos, se hará un Kahoot sobre los mitos más habituales relacionados con la sexualidad. Los siguientes 30 minutos se hablará sobre anatomía funcional, autoconocimiento, establecer límites y negociar prácticas seguras. Para dar por concluida la sesión se dejará un buzón anónimo donde podrán preguntar las dudas que se resolverán en la siguiente sesión.

Sesión 2: Conociendo los métodos de anticoncepción sin tabúes.

La sesión se iniciará con la dinámica “El Semáforo” durante 10 minutos, un juego consistente en poner cartulinas circulares de color Rojo, Amarillo y Verde. La

matrona lanza afirmaciones y los jóvenes deben ir a la cartulina que crean correcta. Posteriormente durante 20 minutos se hablará de las afirmaciones correctas con su correspondiente explicación y resolución de dudas. Después pasaremos durante 45 minutos a la siguiente fase, en una mesa estarán todos los tipos de métodos anticonceptivos, para que puedan verlos y tocarlos, y la matrona explicará el funcionamiento de cada uno de ellos, qué hacer en caso de olvido o algún incidente relacionado. Se hará énfasis en este momento en la relevancia del doble método (añadir a un método anticonceptivo eficaz, la utilización del preservativo).¹⁹ Se realizará un kahoot para valorar los conocimientos adquiridos durante la sesión, preguntando sobre situaciones reales que podrían ocurrir. Se abre el buzón anónimo para recoger más preguntas.

Sesión 3: Efecto dominó, rompiendo la cadena de las ITS.

Se inicia la sesión nuevamente con una dinámica durante 10 minutos. Este juego se llama “No todo es lo que parece”. Se reparten vasos de plástico opacos a todos los participantes. Se llenan los vasos de agua hasta la mitad, excepto a uno de los vasos que además de agua se le echa colorante y se pone una tapa opaca encima. Nadie sabe quién tiene el vaso con colorante, el vaso “infectado”. Los jóvenes se mueven por el aula, cuando se oye la señal deben pararse y mezclar el contenido de los vasos con la persona más cercana, sin mirar el contenido del vaso. Se repite el proceso 3 veces. Al finalizar, todos vuelven a su sitio y miran el contenido del vaso. Si tienen ahora agua con colorante, significa que ahora son portadores de una infección de transmisión sexual. Se realiza un debriefing otros 10 minutos para demostrar la importancia de utilizar el doble método. Ahora durante 30 minutos se explicarán las principales infecciones de transmisión sexual, qué hacer ante la sospecha de padecer una, cuáles son los síntomas, riesgos y métodos de prevención. A continuación, durante 30 minutos se harán unos escenarios de role-playing con la matrona y la enfermera, para practicar la negociación del preservativo ante la negativa de la pareja a usarlo y la psicóloga dará herramientas para manejar este tipo de situaciones. Se abre el buzón durante 10 minutos para nuevas dudas anónimas.

Sesión 4: Mi salud sexual en un clic.

Durante 15 minutos se proyecta un mapa de la Región de Murcia señalando los recursos vinculados con la salud sexual. Se enseña la App “Portal del Paciente” de la Región de Murcia, cómo acceder y cómo pedir cita. Más tarde durante 20 minutos se realiza una dinámica llamada “Detector de Fakes” que consiste en usar el móvil para buscar en 5 minutos en fuentes fiables como SEC o MurciaSalud información que desmienta el mito que les decimos. Finalmente, durante 30 minutos se resuelven aquellas dudas anónimas, aprovechando para reforzar conceptos y resumir las sesiones anteriores.

Se dan 20 minutos para realizar el cuestionario post-intervención. En los últimos 5 minutos se da un folleto físico con la información explicada anteriormente de la App, las fuentes fiables y el mapa y se dan por concluidas las sesiones.

7.7 Descripción del seguimiento.

El seguimiento se realizará a lo largo de las sesiones, incluyendo un registro de asistencia para valorar las pérdidas de seguimiento. Los dos momentos clave para evaluar la efectividad serán:

1. Evaluación a corto plazo: Se realizará al final de la última sesión para medir los cambios de conocimientos y actitudes respecto al inicio del programa.
2. Evaluación a largo plazo (6 meses): Se medirá el mantenimiento de los conocimientos adquiridos y el cambio de conducta con el mismo cuestionario que se pasó para medir los cambios a corto plazo.

7.8 Estrategia de análisis estadístico.

El análisis estadístico se ha realizado utilizando el programa informático SPSS. Respecto a las variables cuantitativas, tras comprobar si se trata de una distribución normal con el test Kolmogorov-Smirnov, se presentarán como media y desviación estándar. Tanto en valores absolutos como en porcentajes se presentarán las variables cualitativas. Respecto a las pruebas estadísticas a utilizar, estas serán: test t-Student para variables cuantitativas y test chi-cuadrado para variables cualitativas. Para la evaluación de la asociación entre variables se establecerá el riesgo relativo (RR) ajustado al intervalo de confianza 95% (IC 95%), además de un

p valor <0.05 para la significación estadística en todas las pruebas de contraste de hipótesis.

Además, para ajustar las variables de confusión se realizará un análisis multivariante mediante regresión lineal o logística.

8. APLICABILIDAD Y UTILIDAD DE LOS RESULTADOS SI SE CUMPLIERA LA HIPÓTESIS.

Si se confirma la hipótesis y con esta intervención se mejoran los niveles de conocimientos y disminuyen las conductas de riesgo de los jóvenes de Puente Tocinos, con este proyecto:

1. Se podría realizar un protocolo de educación sexual grupal y estar dentro de la Cartera de Servicios de Atención Primaria en la Región de Murcia.
2. Se podrían optimizar las consultas: al conseguir un mayor nivel de conocimiento entre los jóvenes, podrían acudir a consulta de forma más proactiva con dudas específicas y conseguir resolver las dudas más generales con estas intervenciones, reduciendo así las listas de espera.
3. Se podrían prevenir efectos adversos tales como embarazos no planificados o ITS.
4. Se reduciría la variabilidad de prevención y promoción entre los centros de salud, al tener de manera estructurada las sesiones y los profesionales de otros centros podrían replicar la intervención.
5. Se reduciría el estigma, normalizando hablar de la salud sexual en espacios comunitarios y facilitaría la visión de los jóvenes del Centro de Salud como un lugar seguro.

9. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA.

Para llevar a cabo la revisión de la literatura, tras tener planteada la pregunta PICO “En jóvenes de 16-24 años, ¿las intervenciones de salud sexual y reproductiva realizadas desde Atención Primaria en la Región de Murcia, previenen comportamientos de riesgo, en comparación con la ausencia de dichas intervenciones?” Se seleccionaron algunos términos libres como “cuestionario” y “jóvenes” y los términos DeCS y MeSH, tanto en español como en inglés.

DeCS	MeSH
Adolescente	Adolescent
Salud Sexual	Sexual Health
Salud Reproductiva	Reproductive Health
Enfermedades de Transmisión Sexual	Sexually Transmitted Diseases
Conducta sexual	Sexual Behavior
Anticonceptivos	Contraceptive Agents
Sexualidad	Sexuality
Atención Primaria de Salud	Primary Health Care
Educación sexual	Sex Education

A partir de estos términos se diseñaron diversas cadenas de búsqueda utilizando, además, los respectivos sinónimos y los operadores booleanos AND y OR. Se consultó en las siguientes bases de datos: PubMed, SciELO y Dialnet. En dichas bases de datos se seleccionaron los filtros de idiomas “inglés” y “español”. Con el fin de obtener evidencia científica relevante y reciente se estableció un marco temporal entre los años 2018 y 2026.

Asimismo, se buscó información en organismos y sociedades como la OMS, la Sociedad Española de Contracepción (SEC), en revistas como Revista Sanitaria de Investigación (RSI), Revista Pediatría Atención Primaria o Revista de Educación, en el Ministerio de Sanidad, en el Centro Regional de Estadística de Murcia (CREM), en la Consejería de Salud de la Región de Murcia, en el Informe de Juventud de España y en la Federación de Planificación Familiar (SEDRA).

10. LIMITACIONES Y POSIBLES SESGOS.

Respecto a las limitaciones y los posibles sesgos del proyecto, encontramos:

- **Sesgo de selección:** Es posible que los jóvenes que decidan participar estén más concienciados con la salud sexual y por tanto sea más difícil generalizar los resultados.
- **Efecto Hawthorne:** El hecho de que los jóvenes puedan sentirse observados u examinados puede provocar que cambien sus conductas o respuestas temporalmente en las sesiones.

Para evitar estos sesgos se asegurará la confidencialidad de los datos, garantizando el anonimato mediante códigos alfanuméricos (inicial del nombre + día de nacimiento + mes de nacimiento + letra del DNI).

- **Pérdidas de Seguimiento.** Es posible que a lo largo de las sesiones o en la sesión a los 6 meses, parte de la muestra deje de acudir por cambios de residencia, olvidos o falta de interés.

Para evitar esta limitación, se dará un diploma a todos los participantes en las 4 sesiones (Anexo 3). Y se ofrecerán las sesiones en franjas horarias que no interfieran con las clases.

11. ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN.

El actual estudio de investigación se ha realizado cumpliendo los los aspectos éticos recogidos en la Declaración de Helsinki.²⁰ Asimismo, quedará asegurada la confidencialidad y seguridad de los datos según la “Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales”.²¹ También se ha integrado una hoja informativa para el participante (Anexo 4) y la normativa vigente sobre el consentimiento informado (Anexo 5) y la toma de decisiones mediante la aplicación de la “Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica”.²² Además, el presente proyecto fue sometido a evaluación y aprobado por el COIR.

12. CALENDARIO Y CRONOGRAMA PREVISTO PARA EL ESTUDIO.

Etapas	Meses												
	2026	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1: Preparación	Revisión bibliográfica												
	Elaboración del proyecto de investigación												
	Solicitud de permisos necesarios												
2: Ejecución	Captación												
	Aplicación de las sesiones												
	2027	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
2: Ejecución	Aplicación de las sesiones												
	Transcripción y análisis de los datos												
3: Final	Informe de los resultados												

Fuente: Elaboración propia.

13. PERSONAL QUE PARTICIPARÁ EN EL ESTUDIO Y CUÁL ES SU RESPONSABILIDAD.

El presente proyecto contará con el siguiente equipo:

Una matrona: Investigadora y coordinadora del proyecto, cuyas responsabilidades son:

- Coordinación de las sesiones.
- Impartir la sesión 2 "Conociendo los métodos de anticoncepción sin tabúes" y sesión 3 "Efecto dominó, rompiendo la cadena de las ITS".

- Resolución de dudas clínicas y asesoramiento sobre salud reproductiva.

- Gestión y procesamiento de los datos recopilados en los cuestionarios.
- Preparación de los materiales físicos.

Un enfermera/o de Familia y Comunitaria, cuyas responsabilidades son:

- Impartir la sesión 4: “Mi salud sexual en un clic”.
- Explicación de los calendarios de vacunación (VPH, Hepatitis) y de los cribados.
- Gestión del seguimiento de los participantes y registro de asistencia para evitar pérdidas en la muestra.
- Mantenimiento del orden en el aula y gestión de los recursos físicos.
- Colaboración en la gestión y procesamiento de los datos.

Un psicólogo/a (Especialista en Sexología o Psicología Clínica). Cuyas responsabilidades son:

- Impartir la sesión 1 “Rompe el hielo y desmontamos mitos”.
- Liderar el escenario de role-playing en la sesión 3.
- Proporcionar herramientas de asertividad y gestión de la presión de grupo.
- Manejo de las posibles situaciones de vulnerabilidad y/o revelaciones que puedan surgir a lo largo de las sesiones.
- Apoyo en la recepción de los jóvenes y verificación del consentimiento informado firmado.

14. INSTALACIONES E INSTRUMENTACIÓN.

- Proyector.
- Altavoces.
- Red WiFi.
- Impresora.
- Móviles de los participantes.
- Muestras de anticonceptivos.
- Folleto informativo.

- Recursos para las dinámicas: ovillo de lana, cartulinas de colores, vasos de plástico opacos con tapadera, agua y colorante.
- Buzón de cartón, papel y bolígrafos.

15. PRESUPUESTO.

RECURSOS NECESARIOS	COSTE
Infraestructura	
Sala de usos múltiples	3.600,00€
Recursos humanos	
Honorario investigadora principal (Matrona)	3.000,00€
Honorario investigador colaborador enfermero/a	3.000,00€
Honorario investigador colaborador psicólogo/a	3.000,00€
Equipo informático: • 2 ordenadores • 1 impresora	1000,00€
Proyector	150,00€
Altavoces	100,00€
Material fungible	
Material de papelería (Folletos, consentimientos, pizarras, fotocopias diplomas, bolígrafos, buzón)	100,00€

Kit de demostración de anticonceptivos (simulador ginecológico y tipos de anticonceptivos)	120,00€
Material para dinámicas (Colorantes, vasos, ovillo de lana)	35,00€
TOTAL	14.180,00€



16. BIBLIOGRAFÍA.

- 1) World Health Organization. Educación sexual integral [Internet]. WHO; 2023 [citado 14 Ene 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/questions-and-answers/item/comprehensive-sexuality-education>
- 2) Royuela Ruiz P, Rodríguez Molinero L, Marugán de Miguelsanz JM, Carbajosa Rodríguez V. Factores de riesgo de la precocidad sexual en adolescentes. Rev Pediatr Aten Primaria [Internet]. 2015 [citado 14 Ene 2026]; 17 (66):127-36. Disponible en: <https://pap.es/articulo/12173/factores-de-riesgo-de-la-precocidad-sexual-en-adolescentes>
- 3) Sociedad Española de Contracepción. Encuesta SEC de Anticoncepción en España 2024 [Internet]. España: SEC; 2024 [citado 20 Ene 2026]. Disponible en: <https://sec.es/encuesta-sec-de-anticoncepcion-en-espana-2024-1/>
- 4) Martín Serrano M, Velarde Hermida O. Informe Juventud en España 2000 [Internet]. 5. Madrid: Instituto de la Juventud; 2001. [citado 15 Feb 2026]. Disponible en: <https://www.injuve.es/sites/default/files/Doc18.pdf>
- 5) Moreno C, Rivera F, Sánchez-Queija I, Ramos P, Jiménez-Iglesias A, García-Moya I, et al. La adolescencia española analizada desde el Estudio HBSC-2022: estilos de vida, contextos de desarrollo y bienestar emocional. Informe divulgativo de los resultados más significativos obtenidos [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Secretaría General Técnica, Centro de Publicaciones; 2025 [citado 20 Feb 2026]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/entornosSaludables/escuela/estudioHBSC/2022/docs/HBSC2022_DivulgativoEstudio.pdf
- 6) Avellanas Sarraseca T, Morlans Pérez P, Artal García MP, García Pardos MT, Hernando Aparicio N, López Lombo P. Intervención educativa enfermera con el propósito de mejorar el conocimiento y reducir la incidencia de ETS en adolescentes. RSI [Internet]. 2023 [citado 14 Ene 2026]; 4 (3). Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/intervencion-educativa-enfermera-con>

[-el-proposito-de-mejorar-el-conocimiento-y-reducir-la-incidencia-de-ets-en-adolescentes/](#)

7) García Vázquez J, Quintó Domech L, Nascimento M, Agulló-Tomás E. Evolución de la salud sexual de la población adolescente española y asturiana. Rev. Esp. Salud Pública [Internet]. 2019 [citado 18 Ene 2026]; 93: e201909071. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272019000100123&lng=es.

8) Federación de Planificación Familiar. Desniveles en la ruta de la atención a la anticoncepción [Internet]. Madrid: SEDRA-FPFE; 2024 [citado 18 Mar 2026]. Disponible en: <https://sedra-fpfe.org/desniveles-en-la-ruta-de-la-atencion-a-la-anticoncepcion/>

9) Sociedad Española de Contracepción. Encuesta nacional sobre sexualidad y anticoncepción entre los jóvenes españoles (16-25 años) [Internet]. Madrid: SEC; 2019 [citado 4 Feb 2026]. Disponible en: <https://sec.es/encuesta-nacional-sobre-sexualidad-y-anticoncepcion-entre-los-jovenes-espanoles-16-25-anos/>

10) García Vázquez J, Iraizoz E, Agulló Tomás E. Evolución de las fuentes de información y las ideas sobre sexualidad en adolescentes. RQR [Internet]. 2020 [citado 29 Ene 2026]; 8(4):18-29. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7892326>

11) Moreno C, Rivera F, Sánchez-Queija I, Ramos P, Jiménez-Iglesias A, García-Moya I, et al. Informe técnico de los resultados obtenidos por el Estudio Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) 2022 en Región de Murcia [Internet]. España: Ministerio de Sanidad; 2025. [citado 14 Feb 2026]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/entornosSaludables/escuela/estudioHBSC/2022/docs/HBSC2022_RegionMurcia.pdf

12) Centro Regional de Estadística de Murcia. Evolución de las interrupciones voluntarias del embarazo según edad de la mujer. [Internet]. Murcia: CREM; [actualizado 6 Oct 2025; citado 4 Feb 2026]. Disponible en: <https://econet.carm.es/web/crem/inicio/-/crem/sicrem/PU258//sec5.html>

13) Barranco MI, Vicente Martínez ME, Gutiérrez Pérez E, Sánchez-Migallón A, Chirlaque López MD. Vigilancia epidemiológica del VIH y

otras Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). Región de Murcia. Datos 2024 [Internet]. Murcia: Servicio de Epidemiología, Dirección General de Salud Pública y Adicciones, Consejería de Salud Región de Murcia; 2025 [citado 4 Feb 2026]. Disponible en:

<https://sms.carm.es/ricsmur/bitstream/handle/123456789/22724/ie.2025.10.pdf?sequence=4&isAllowed=y>

14) Consejería de Salud de la Región de Murcia. Programa de Educación en salud afectivo-sexual en la Adolescencia (PERSEA) [Internet]. Murcia: Consejería de Salud; [citado 15 Feb 2026]. Disponible en: https://www.murciaeduca.es/iesmarianobaquerogoyanes/sitio/upload/PROGRAMA_PERSEA_PARA_CENTROS_EDUCATIVOS.pdf

15) Centro de Estadística de la Región de Murcia. Población según zonas de salud y edad, por sexo [Internet]. Murcia: CREM; 2022 [actualizado 21 Feb 2023; citado 28 Mar 2026]. Disponible en: https://econet.carm.es/inicio/-/crem/sicrem/PU_padron/p22/sec25_sec26.html

16) León-Larios F, Gómez-Baya D. Diseño y validación de un cuestionario sobre conocimientos de sexualidad responsable en jóvenes. Rev. Esp. Salud Pública [Internet]. 2018 [citado 18 Mar 2026]; 92. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272018000100129&lng=es

17) Bernal Párraga AP, Toapanta Guanoquiza MJ, Martínez Oviedo MY, Correa Pardo JA, Ortiz Rosillo A, Guerra Altamirano IA, et al. Aprendizaje basado en role-playing: fomentando la creatividad y el pensamiento crítico desde temprana edad. Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar. 2024 [citado 21 Abr 2026]; 8(4):1437-1461. Disponible en: <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/12389/17957>

18) Pérez Granados L, Muñoz González L. La gamificación en el ámbito educativo: desafíos, potencialidades y perspectivas para su implementación. REDU [Internet]. 2024 [citado 21 Abr 2026]; 405:249-274. Disponible en: <https://recyt.fecyt.es/index.php/Redu/article/view/99950/78831>

19) Sociedad Española de Contracepción. Favorable acogida de las Comunidades Autónomas a la campaña en favor del doble método [Internet]. Madrid: SEC; 2017 [citado 23 Abr 2026]. Disponible en:

<https://sec.es/favorable-acogida-de-las-comunidades-autonomas-a-la-campana-e-n-favor-del-doble-metodo/>

20) Hernández Merino A. Declaración de Helsinki: principios éticos de la investigación médica con seres humanos. Revisión de 2024. Rev Pediatr Aten Primaria [Internet]. 2024 [citado 27 Abr 2026]; 26:439-43. Disponible en: <https://pap.es/articulo/14260/helsinki-declaration-ethical-principles-of-medical-research-with-human-beings-2024-review>

21) Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Boletín Oficial del Estado, nº 294 (6 de diciembre de 2018).

22) Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Boletín Oficial del Estado, nº 274 (15 de noviembre de 2002).



17. ANEXOS.

Anexo 1. Ficha anónima para el participante.

Instrucciones: Responda sinceramente marcando con una X en la casilla ([X]).
Solo se puede marcar una de las opciones, salvo que se indique explícitamente.

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS:

Edad: _____ años.

Sexo:

☐ Hombre.

☐ Mujer.

Situación sentimental actual:

☐ Con pareja estable.

☐ Relaciones esporádicas.

☐ Soltero/a y sin relaciones.

Nivel de estudios que estoy cursando o máximo alcanzado.

☐ Sin estudios/ Enseñanza Primaria.

☐ Enseñanza Secundaria Obligatoria (ESO).

☐ Educación Secundaria Postobligatoria (Bachillerato).

☐ FP media/FP superior.

☐ Enseñanza universitaria.

Mi ocupación actual es:

☐ Estudiante.

☐ Trabajador.

☐ Desempleado.

COMPETENCIAS DIGITALES:

Dispongo de un dispositivo electrónico con posibilidad de acceso a internet/red WiFi.

- ☐ Sí.
- ☐ No.

Tengo instalada la aplicación de “Portal del paciente” del Servicio Murciano de Salud (SMS).

- ☐ Sí, la tengo instalada y la uso habitualmente.
- ☐ Sí, la tengo instalada pero desconozco cómo utilizarla.
- ☐ No la tengo instalada.

FUENTES DE INFORMACIÓN:

Para consultar dudas sobre salud sexual y reproductiva suelo utilizar como fuentes habituales: (Puedes marcar varias opciones)

- ☐ Motores de búsqueda (Google, Yahoo...)
- ☐ Redes sociales (TikTok, Instagram...)
- ☐ Inteligencia artificial (ChatGPT, Gemini...)
- ☐ Amigos/as.
- ☐ Padre/madre.
- ☐ Profesor/Orientador.
- ☐ Profesional sanitario.
- ☐ Otras: _____
- ☐ No busco información.

Preferiría recibir esta información de manera habitual de: (Puedes marcar varias opciones)

- ☐ Redes sociales oficiales.
- ☐ Entorno familiar.
- ☐ Entorno educativo.
- ☐ Entorno sanitario.

Durante tu estancia en el colegio, ¿recibiste el programa de educación sexual “PERSEA”?

- ☐ Sí.
- ☐ No.
- ☐ No lo recuerdo.

Considero la información que la información que he recibido acerca de salud sexual a lo largo de mi vida ha sido:

- ☐ Suficiente o completa.
- ☐ Puntual o escasa.
- ☐ Nula.

Fuente: Elaboración propia.



Anexo 2. Cuestionario León-Larios Fátima y Gómez-Baya Diego.¹⁶

Anexo 1 Cuestionario empleado	
¿Cuál es tu sexo? Hombre ()	Mujer ()
¿Qué edad tienes? ____ años	
Estudios cursando: Ciencias de la Salud () Ciencias sociales y jurídicas() Ciencias ()	
Arte y Humanidades ()	
Ingeniería y Arquitectura ()	
Curso más alto matriculado	
Ideología/religión/creencias	
☐ Ateísmo ()	
☐ Católica practicante ()	
☐ Católica no practicante ()	
☐ Musulmana ()	
☐ Otras: Especificar	
Domicilio durante el curso escolar	
☐ Domicilio familiar ()	
☐ Piso compartido ()	
☐ En pareja ()	
☐ Residencia universitaria ()	
☐ Otros: Especificar ()	
Estructura familiar	
☐ Familia monoparental ()	
☐ Padres divorciados/separados ()	
☐ Familia nuclear ()	
☐ Otros (especificar) ()	
Nivel de estudios materno	
☐ Estudios básicos (EGB) ()	
☐ Estudios intermedios (ciclos formativos/bachiller) ()	
☐ Estudios universitarios()	
Nivel de estudios paterno	
☐ Estudios básicos (EGB) ()	
☐ Estudios intermedios (ciclos formativos/bachiller) ()	
☐ Estudios universitarios()	
¿Has recibido algún tipo de formación sobre sexualidad y/o planificación familiar?	
Si () No ()	
Dónde (Especificar)	
Si tienes alguna duda sobre sexualidad y/o planificación familiar. ¿A quién recurre?	
Especificar:	
Orientación sexual Hetero () Homo () Bi ()	
¿Tienes actualmente pareja? Si () No ()	
Duración de la relación en meses _____meses	

Anexo I

Cuestionario empleado. Cont.

En tus relaciones sexuales, ¿a qué grado de intimidad sexual has llegado?

- ☐ No he tenido ningún tipo de contacto ()
- ☐ Solamente besos ()
- ☐ Caricias íntimas sin llegar a la penetración ()
- ☐ He llegado al coito/ penetración completa ()

Edad de la primera relación sexual _____ años

¿Con quién tuviste la primera relación sexual?

- ☐ Novio/a ()
- ☐ Desconocido/a ()
- ☐ Otros (especificar)

¿Usaste algún método anticonceptivo en la primera relación? Si () No ()

Cuál (especificar)

- ☐ Marcha atrás/ coito interrupto ()
- ☐ Preservativo ()
- ☐ Otro (especificar)

¿Qué método utilizas actualmente?

- ☐ Marcha atrás/ coito interrupto ()
- ☐ Preservativo ()
- ☐ Anticonceptivos hormonales ()
- ☐ Otro (especificar)

¿Has tenido relaciones sexuales coitales/anales sin protección?

- ☐ No he tenido nunca relaciones sexuales ()
- ☐ Nunca ()
- ☐ Algunas veces ()
- ☐ Siempre ()

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

1. La marcha atrás es un método anticonceptivo bastante seguro V () F ()
2. Si se lava con cuidado podemos utilizar el preservativo varias veces V () F ()
3. Para utilizar anticonceptivos hormonales se ha de acudir a un centro sanitario V () F ()
4. Tener relaciones sexuales completas durante la regla es un método seguro para evitar el embarazo V () F ()
5. Las pastillas anticonceptivas son eficaces si se toman antes de cada relación V () F ()
6. Tomar pastillas anticonceptivas protege frente a las ITS V () F ()
7. El único método anticonceptivo que protege de las ITS es el preservativo V () F ()
8. Todas las mujeres sexualmente activas tienen que hacerse citologías anuales V () F ()
9. Las ITS son poco frecuentes en nuestra sociedad V () F ()

Anexo 3. Diploma.



Fuente: Elaboración propia.

Anexo 4. Hoja informativa.

Hoja informativa para el participante.

Estimado/a participante:

Es usted invitado a participar en el presente proyecto de investigación de su Centro de Salud de Puente Tocinos, llamado "Salud sexual y reproductiva en jóvenes: efectividad de una intervención de prevención de conductas sexuales de riesgo en la Región de Murcia".

Antes de decidir participar, lea con atención la siguiente información, y si tiene cualquier duda, pregunte al personal sanitario, que resolverá sus cuestiones detalladamente.

¿Cuál es el objetivo de este estudio?

El objetivo principal es evaluar la efectividad de las intervenciones desde Atención Primaria para prevenir las conductas sexuales de riesgo y proporcionar una mejora de los conocimientos de salud sexual.

¿Por qué me invitan a participar?

Se le invita a participar porque su rango de edad está comprendido entre los 16 y los 24 años y pertenece al Centro de Salud de Puente Tocinos. En este estudio se invitará a más participantes de este rango de edad hasta completar la muestra de 222 jóvenes.

¿Qué debo hacer si decido participar?

Si decide participar de manera voluntaria, tras entender el presente documento y firmar el consentimiento informado, asistirá a 4 intervenciones formadas por grupos de 10-15 jóvenes. Estas intervenciones serán presenciales y su planificación será la siguiente: una sesión cada semana, de 90 minutos cada una de las sesiones, en horario de tarde, a lo largo de 1 mes). Serán llevadas a cabo por una matrona, un/a enfermero/a y un/a psicólogo/a.

Además, se pasará a todos los participantes un cuestionario en 3 momentos diferentes:

- Antes de empezar el estudio.

- Al finalizar la última sesión del mes, para valorar conocimientos adquiridos de forma inmediata.
- Y a los 6 meses, para comprobar el mantenimiento de los conocimientos que se adquirieron.

¿Qué riesgos tiene participar?

El estudio no conlleva ningún riesgo. Tan solo se emplearán cuestionarios para medir el nivel de conocimientos, que además, serán anónimos y se responderán en un espacio seguro y de confianza.

¿Qué beneficios tiene participar?

Obtendrá información actualizada y basada en la evidencia sobre salud sexual y reproductiva, podrá desmontar mitos y adquirir nuevas herramientas relacionadas con el tema. La participación no conlleva ninguna compensación económica.

Si decide participar en el estudio tras haber leído esta información y haber resuelto sus dudas, por favor, proceda a firmar el siguiente documento de "Consentimiento informado". Si a lo largo del estudio decide dejar de participar en él, deberá firmar la "Revocación del consentimiento informado" y esto no tendrá ningún tipo de penalización.

Gracias por su colaboración.

Fuente: Elaboración propia.

Anexo 5. Consentimiento informado.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del proyecto: Salud sexual y reproductiva en jóvenes: efectividad de una intervención de prevención de conductas sexuales de riesgo en la Región de Murcia.

Investigadora responsable del proyecto: Beatriz Payá Tourné.

Centro de Salud: Puente Tocinos, Área VII.

Contacto de la investigadora principal: beatriz.paya@goumh.umh.es.

Objetivo del estudio: El presente estudio se realiza con la finalidad de evaluar la efectividad de las intervenciones de educación sexual y reproductiva para la prevención de conductas sexuales de riesgo en jóvenes de 16 a 24 años, realizadas desde Atención Primaria en la Región de Murcia.

Confidencialidad: La totalidad de la información recabada con este estudio se tratará de manera confidencial. Los datos de todos los participantes serán anónimos y su uso estará destinado exclusivamente a esta investigación.

Participación voluntaria: Su participación es completamente voluntaria. Puede negarse a participar o retirarse del estudio en cualquier momento sin ninguna consecuencia o penalización.

Declaración de consentimiento: He leído y comprendido la información anterior. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y recibir respuestas para la aclaración de posibles dudas.

Acepto participar de forma voluntaria en este estudio.

Nombre del participante: _____

Firma del participante: _____

DNI del participante: _____

Fecha: ____ / ____ / ____

Firma de la investigadora: _____

APARTADO PARA LA REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Yo _____
revoco el consentimiento de participación en el proceso, arriba firmado.

Firma y fecha de la revocación.



Fuente: Elaboración propia.