



DISSENY, IMPLANTACIÓ I AVALUACIÓ DEL BLOG SALUT I ESCOLA 2.0, PER A LA PROMOCIÓ DE CONDUCTAS SALUDABLES EN ADOLESCENTS.

Jose Antonio Zafra Agea

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.

TESI DOCTORAL

JOSÉ ANTONIO ZAFRA

Disseny, Implantació i Avaluació del blog “Salut i Escola 2.0”, per a la promoció de conductes saludables en adolescents



UNIVERSITAT
ROVIRA i VIRGILI

TARRAGONA
JUNY 2017

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

DISSENY, IMPLANTACIÓ I AVALUACIÓ DEL BLOG SALUT I ESCOLA 2.0, PER A LA PROMOCIÓ DE CONDUCTAS SALUDABLES EN ADOLESCENTS.

Jose Antonio Zafra Agea

JOSÉ ANTONIO ZAFRA AGEA

**Disseny, Implantació i Avaluació del blog Salut i
Escola 2.0, per a la promoció de conductes
saludables en adolescents**

TESI DOCTORAL

Dirigida per:

Dra. LLEIXÀ FORTUÑO, MAR

Dra. FERRÉ-GRAU, CARME

Dr. ROLDÁN MERINO, JUAN

PROGRAMA DE DOCTORAT EN CIÈNCIES DE LA INFERMERIA DE LA
UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Departament d'Infermeria.



UNIVERSITAT
ROVIRA i VIRGILI

TARRAGONA
JUNY 2017

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

DISSENY, IMPLANTACIÓ I AVALUACIÓ DEL BLOG SALUT I ESCOLA 2.0, PER A LA PROMOCIÓ DE CONDUCTAS SALUDABLES EN ADOLESCENTS.

Jose Antonio Zafra Agea



UNIVERSITAT
ROVIRA I VIRGILI

La Dra. Mar Lleixà Fortuño, la Dra. Carme Ferré Grau i el Dr. Juan Fco. Roldán Merino
Professors del Departament d'Infermeria de la Universitat Rovira i Virgili.

Fan Constar que:

El treball de recerca titulat "Disseny, Implantació i Avaluació del blog Salut i Escola 2.0, per a la promoció de conductes saludables en adolescents", que presenta el Sr. José Antonio Zafra Agea per a l'obtenció del títol de Doctor, ha estat realitzat sota la nostra direcció al Departament d'Infermeria d'aquesta Universitat i que aconsegueix els requeriments per a la seva presentació pública.

Tarragona, 22 de juny de 2017

Dra. Mar Lleixà Fortuño

Dra. Carme Ferré Grau

Dr. Juan Fco. Roldán Merino

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

DISSENY, IMPLANTACIÓ I AVALUACIÓ DEL BLOG SALUT I ESCOLA 2.0, PER A LA PROMOCIÓ DE CONDUCTAS SALUDABLES EN ADOLESCENTS.

Jose Antonio Zafra Agea

Promoure estils i hàbits de vida saludables que siguin perdurables en el temps, i a través de la promoció en l'educació per a la salut.

Aconseguir fomentar una cultura de prevenció i de promoció per a la salut entre els joves.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

DISSENY, IMPLANTACIÓ I AVALUACIÓ DEL BLOG SALUT I ESCOLA 2.0, PER A LA PROMOCIÓ DE CONDUCTAS SALUDABLES EN ADOLESCENTS.

Jose Antonio Zafra Agea

AGRAÏMENTS

El meu més sincer agraïment a totes les persones que han col·laborat en aquesta tesi doctoral.

Als adolescents, els grans protagonistes d'aquesta tesi.

Als meus directors:

La Dra Lleixa Fortuño, Mar, Dra Ferrer-Grau, Carme i el Dr Roldán Merino, Joan, per la seva paciència i disponibilitat, per assessorar-me i reconduir-me a través del seu saber, per la rigorositat exigida en la realització d'aquest treball, per la seva orientació, acompanyament i suport, sense el qual aquest treball no hagués estat possible.

M'agradaria agrair també a totes aquelles persones i institucions que han fet possible aquesta tesi.

A la gran institució de la qual formo part, l'Institut Català de la Salut, i a la Direcció d'Atenció Primària Metropolitana Sud, a tots els companys de la Unitat de Suport a la Recerca de costa de Ponent, al, a l'Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària (IDIAP Jordi Gol).

A totes les persones que formen part del Programa Salut i Escola, què en el seu dia a dia són els que mantenen viu l'esperit d'ajuda als adolescents.

Als responsables del Departament de Salut, Carme Cabezas i la Subdirecció General de Promoció de la Salut, del Servei de Salut Maternoinfantil, Rosa Fernández , Mercè i Glòria, què sempre han estat disponible per ajudar-me en tot allò que he necessitat.

A totes les persones que han confiat en mi i m'han ajudat a no desistir en aquesta aventura.

Des que vaig conèixer, en un primer moment, a Lea , Bàrbara, Oscar i Gemma, he compartit amb ells experiències, vivències, estudis. Junts hem portat a terme aquesta aventura, què un dia ja llunyà, va iniciar-se amb el Màster. Alguns de nosaltres hem finalitzat les nostres tesis, compartint consells, treballs, congressos i reunions. Tots els moments que hem passat junts han servit per seguir aprenent.

Aquests anys han servit per anar madurant, com a professional, en aquesta feina què, a poc a poc, ha anat formant-se en el que avui és "la meva tesi doctoral". Gràcies

Finalment vull dedicar aquesta tesi, deixant una constància molt especial, per la meva família, a Conrad, amb el que tant he viscut; més de dues dècades de suport incondicional, de vegades invisible, de suplència i de complicitat, d'amor i tenacitat, de fermesa i de paciència. Gràcies per ser-hi sempre.

Als meus Corsos, per tot el temps que us he robat i no he pogut gaudir de vosaltres com hagués volgut, però als quals no cal dir res, sempre hi són, amb les seves mirades, el seu suport, el seu afecte incondicional.

Als meus amics

A tots, moltes Gràcies

ÍNDIX

Resum.....	21
Introducció	25
Capítol 1: Marc conceptual	31
1.1 La adolescència	33
1.2 L'estat de salut dels adolescents.....	34
1.3 Sexualitat.....	35
1.3.1 L'adolescència i sexualitat	38
1.3.2 Sexualitat i conductes de risc	42
1.3.3 Pràctiques sexuals de risc dels adolescents.....	44
1.3.4 Embaràs no desitjat	48
1.3.5 Epidemiologia.....	52
1.4 Mètodes anticonceptius	58
1.4.1 Joves i mètodes anticonceptius.....	58
1.5 Joves i les TIC.....	61
1.6 Salut i TIC.....	63
1.7 L'educació per a la salut	67
1.7.1 Educació per a la salut en l'àmbit escolar	70
1.7.2 Programes d'educació sexual en l'àmbit comunitari estatal	74
1.7.3 Legislació de l'EPS en l'àmbit escolar	82
1.8 Infermeria en promoció per a la salut en l'àmbit escolar.....	86
1.8.1 Infermera escolar en altres països	87
1.8.2 Infermera escolar España.....	94
1.9 Programa Salut i Escola.....	101
1.9.1 El professional de Salut i Escola	104
1.9.2 Seguiment i avaluació PSIE.....	106
1.9.3 Consultes realitzades per regió sanitària	110
1.10 Model de promoció de la salut.....	120
1.11 Model salutogènic	122

Capítol 2: Justificació de l'estudi	133
Capítol 3: Objectius de la investigació i hipòtesi	141
3.1 Objectius generals	141
3.1.1 Objectius específics	141
3.2 Hipòtesi.....	142
Capítol 4: Desenvolupament i Metodologia de la investigació	145
4.1 Metodologia	145
4.1.1 Disseny del blog "Salut i Escola 2.0"	146
4.1.2 Analitzar l'ús d'Internet i xarxes socials per a la Salut dels adolescents estudiats i percepció de la salut dels adolescents estudiats	149
4.1.3 Avaluar l'efectivitat de la intervenció de promoció d'educació sexual	149
4.2 Dissenys de l'estudi	159
4.2.1 Disseny de l'estudi fase 1	150
4.2.2 Disseny de l'estudi fase 2	159
4.3 Àmbit de l'estudi	150
4.3.1 Període d'estudi	151
4.4 Població d'estudi	151
4.4.1 Selecció de la mostra.....	152
4.5 Variables objecte d'estudi	153
4.6 Fonts d'informació i instruments de mesura.....	155
4.6.1 Instruments utilitzats per a l'obtenció de dades	155
4.7 Aspectes ètics de la investigació	157
4.8 Procediment i recollida de dades.....	159
4.9 Anàlisis de dades	162
4.10 Descripció de la intervenció	163
Capítol 5: Resultats	169
Capítol 6: Discussió	231
Capítol 7: Limitacions de l'estudi i línies d'investigació futures	249
Capítol 8: Conclusions	255
Capítol 9: Referències bibliogràfiques	261

Capítol 10: Finançament i difusió de la investigació.....	273
Capítol 11: Annexos.....	279

S'ha seguit l'estructura proposada pel manual de publicacions de l'American Psychological Association en el seu 6a edició (3ra ed. Espanyol) (Gerinaldo-Camcho 2013) Respecte a les discriminacions del llenguatge per gènere, per a les formulacions singulars s'han utilitzat determinants (el / la, un / una), els substantius masculins empleats en plural s'han utilitzat per designar a persones d'ambdós sexe / gèneres, a fi d'afavorir l'economia expressi.

ÍNDEX D'IMATGES

Imatge 1: Nombre (en milers) de persones amb VIH a Europa	55
Imatge 2: Prevalença del VIH (%)	55
Imatge 3: Xarxa SHE 50 països	71
Imatge 4: Blog Salut i Escola, amb eina blogger, curs 2013-14.....	147
Imatge 5: Estructura pagina d'Inici del Blog Salut i Escola 2.0	170
Imatge 6: Estructura del blog distribuït en 8 apartats	171
Imatge 7: Estructura pàgina “Temes” del Blog “Salut i Escola 2.0”	173
Imatge 8: Exemple de post del blog, sobre Bullying.....	174
Imatge 9: Eina d'idioma a través de Google	176
Imatge 10: Pàgina d'informació d'on acudir en cas d'urgència	177
Imatge 11: Imatge de la intranet del I.E.S. Sant Andreu de la Barca, sessió tabac amb informació “Salut i Escola 2.0”	178
Imatge 12: Extreta de la intranet del IES Sant Andreu de la Barca, fotografia lliurament premis, “Enfoca la teva salut”, “Salut i Escola 2.0”	179
Imatge 13: Exemple d'enllaç des de la intranet del propi institut al blog “Salut i Escola 2.0”: institut sant Andreu de sant Andreu de la barca.....	180
Imatge 14: Exemple d'enllaç des de la intranet del propi institut al blog “Salut i Escola 2.0”.: Institut Montserrat Roig de Sant Andreu de la Barca	181
Imatge 15: Exemple d'enllaç des de la intranet del propi institut al blog “Salut i Escola 2.0”.: Institut el Palau de Sant Andreu de la Barca.....	181

ÍNDIX DE TAULES

Taula 1. Factors sexuals i condicionants psicològics.....	38
Taula 2. Factors de risc i condicionants	44
Taula 3. Infeccions de Transmissió sexual.....	47
Taula 4. Mètodes anticonceptius hormonal i no hormonal.....	50
Taula 5. Mètodes anticonceptius i efectivitat.....	59
Taula 6. Xarxa SHE 50 països	71
Taula 7. Continguts de la formació SiE	104
Taula 8. Esquema del programa d'intervenció impartit a IES del GI	165
Taula 9. Percepció segons gènere en grup control	194
Taula 10. Percepció segons gènere en grup intervenció.....	194
Taula 11. Puntuacions basals en les diferents escales sobre el VIH i MTS, en el global de la mostra i segons grup d'intervenció.....	196
Taula 12. Puntuacions al mes 4 en les diferents escales sobre el VIH i MTS, en el global de la mostra i segons grup d'intervenció.....	199
Taula 13. Puntuacions al mes 9 en les diferents escales sobre el VIH i MTS, en el global de la mostra i segons grup d'intervenció.....	203
Taula 14. Mida de l'efecte al mes 4 i mes 9 segons grup d'intervenció en les diferents escales sobre el VIH i MTS	208
Taula 15. Interpretació de la mida de l'efecte al mes 4 i mes 9 segons grup d'intervenció en les diferents escales sobre el VIH i MTS	209
Taula 16. Puntuacions en les diferents escales sobre el VIH i MTS, segons sexe.....	211
Taula 17. Puntuacions en les diferents escales sobre el VIH i MTS, segons edat	213
Taula 18. Puntuacions en les diferents escales sobre el VIH i MTS, segons tipus de llar familiar	215
Taula 19. Puntuacions en les diferents escales sobre el VIH i MTS, segons disposar d'habitació pròpia.....	217

Taula 20. Puntuacions en les diferents escales sobre el VIH i MTS, segons tenir dificultats en els estudis.....	219
Taula 21. Puntuacions en les diferents escales sobre el VIH i MTS, segons tenir xerrades sobre sexe amb els pares	221
Taula 22. Puntuacions en les diferents escales sobre el VIH i MTS, segons tenir xerrades sobre sexe amb els germans grans	222
Taula 23. Puntuacions en les diferents escales sobre el VIH i MTS, segons tenir facilitat d'accés a internet.....	223
Taula 24. Puntuacions en les diferents escales sobre el VIH i MTS, segons la via d'accés habitual a internet.....	225
Taula 25. Puntuacions en les diferents escales sobre el VIH i MTS, segons consultar informació sobre sexualitat a internet	227

ÍNDIX DE FIGURES

Figura 1: IVE Taxes per 1.000 dones entre 15 i 44 anys segons CCAA de residència	41
Figura 2: IVE Taxes per 1.000 dones de grup d'edat <=19 i total de >20. Espanya 2006-2015	41
Figura 3: Sistema d'informació vigilància epidemiològica a Catalunya.....	53
Figura 4: Distribució de les IVE realitzades segons nivell d'instrucció	57
Figura 5: Distribució temporal del nombre de consultes realitzades, curs 2004-2005 a curs 2015-2016. Catalunya	107
Figura 6: Nombre de consultes realitzades per regió Sanitaria. Catalunya.....	111
Figura 7: Distribució de la persona sol·licitant de la CO, curs 2013-2014 a 2015-2016. Catalunya.....	112
Figura 8: Distribució de consultes per alumnes en els últims 5 anys. Catalunya	113
Figura 9: Distribució de temes consultats per alumnes. Catalunya	114
Figura 10: Distribució de altres temes consultats curs 2013-16. Catalunya.....	114
Figura 11: Distribució de temes Altres. Catalunya.....	115
Figura 12: Distribució de temes consultats per gènere. Catalunya.....	116
Figura 13: Distribució de temes Sexualitat per noies. Catalunya.....	117
Figura 14: Distribució de altres temes Sexualitat per nois. Catalunya.....	117
Figura 15: Distribució de altres temes Sexualitat per noies i nois. Catalunya	118
Figura 16: Distribució d'activitats. Catalunya.....	119
Figura 17: Esquema de l'estructura de la metodologia	145
Figura 18: Descriptors bàsics de l'ús global del blog "Salut i Escola 2.0"	146
Figura 19: Esquema de composició de la població d'estudi	151
Figura 20: Esquema Recollida dades d'intervenció al GI i GC	161
Figura 21: Esquema de la intervenció	164
Figura 22: Esquema del programa d'intervenció al GI	166

Figura 23: Esquema de l'estructura de la metodologia	169
Figura 24: Nombre de visites blog "Salut i Escola 2.0" curs escolar, 2015-2016 i 2016-2017	182
Figura 25: Nombre de visites blog "Salut i Escola 2.0" curs escolar, 2015-2016 i 2016-2017, per països.....	183
Figura 26: Percentatge en hores a la setmana connectats a Internet	185
Figura 27: Percentatge en hores a la setmana connectats a xarxes socials.....	186
Figura 28: Per a que utilitzes Internet	187
Figura 29: Des d'on et connectes a Internet.....	187
Figura 30: Buscadors d'informació Internet	188
Figura 31: Cerca d'informació sobre salut a la xarxa	189
Figura 32: Freqüència en cerca d'informació sobre la salut a Internet	190
Figura 33: Motiu Cerca	191
Figura 34: A qui demanaries ajuda en un moment determinat	192
Figura 35: Percentatge de percepció de salut dels adolescents estudiats per gènere	193
Figura 36: Evolució de les puntuacions en les subescales de l'Escala de Coneixement sobre VIH i altres ITS, segons grup d'intervenció.....	200
Figura 37: Evolució de les puntuacions en les subescales de l'Escala de Coneixement sobre VIH i altres ITS, segons grup d'intervenció.....	204
Figura 38: Evolució de les puntuacions en les subescales del qüestionari Ansietat per la salut, segons grup d'intervenció.....	206
Figura 39: Evolució de les puntuacions en les subescales del qüestionari Por a la sida, segons grup d'intervenció.....	207
Figura 40: Efecte de la Intervenció educativa sobre MTS, IVE, AC d'urgència i VIH en diferents etapes de l'estudi.....	228

LLISTA D'ABREVIATURES

- ABS:** Àrea Bàsica de Salut
- ACISE:** Associació Catalana d'Infermeria Salut Escolar
- ACNEE:** Alumnes amb Necessitats Educatives Especials
- AEE:** Associació Infermeria Escolar
- AMECE:** Associació Madrilenya d'Infermeria de Centres Educatius
- AMPAS:** Associació de Mares i Pares d'Alumnes
- ASE:** Actituds, influències Socials i auto-Eficàcia
- ASSIR:** Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva
- CECOVA:** Consell d'Infermeria de la Comunitat Valenciana
- CEPEE:** Col·legis Públics d'Educació Especial
- CJAS:** Centre Jove d'Anticoncepció i Sexualitat
- CO:** Consulta Oberta
- CSMIJ:** Centres de Salut Mental Infantil i Juvenil
- DSN:** Departament d'Infermeres Escolars
- EAP:** Equip d'Atenció Primària
- ECDC:** Centre Europeu de Control de Malalties
- ENSE:** Infermeria en Salut Escolar
- EPS:** Educació Per la Salut
- ESO:** Educació Secundària Obligatòria
- INE:** Institut Nacional d'Estadística
- INJUVE:** Institut de la Joventut d'Espanya
- IN3:** Internet Interdisciplinary Institute
- ITS:** Infecció transmissió Sexual
- IVE:** Interrupció Voluntària de L'Embaràs
- LEA:** Llei d'Educació d'Andalusia
- LGTBI:** Fundació Lesbianes, Gais, Transsexuals, Bisexuals i Inter-sexuals
- LOE:** Llei Orgànica d'Educació
- LOGSE:** Llei Orgànica del Sistema Educatiu
- LOPS:** Llei d'ordenació de les professions sanitàries

MDO Malalties de Declaració Obligatòria

MTS: Malalties de Transmissió Sexual

NASN: Associació Nacional d'Infermeres Escolars

OMS: Organització Mundial de la Salut

PSINET: Psicologia, salut i Xarxa

PSI: Programa d'educació per a la salut sexualitat

PSIE Programa Salut i Escola

REEPS: Xarxa Europa d'Escoles Promotores de Salut

RENANE: Xarxa Nacional de Vigilància Epidemiològica

SHE: Xarxa d'Escoles per a la Salut a Europa

SIDA: Virus de la immunodeficiència humana

SIE: Salut i Escola

SIVES: Sistema Integrat de Vigilància Epidemiològica

SNMC: Sistema de Notificació Microbiològica de Catalunya

SCE-3: Societat Científica Espanyola d'Infermeria Escolar

SFSP: France Santé Publique Accuel

TEP: Tecnologies Emponderament i Participació

TIC: Tecnologies de la Informació i la Comunicació

UNESCO: Nacions Unides per a l'Educació, la Ciència i la Cultura

UNICEF: Fons de les Nacions Unides per a la Infància

UVE: Unitat de Vigilància Epidemiològica

VIH: Virus d'Immunodeficiència Humana

VPH: Virus del Papil·loma Humà

RESUM

Des dels meus inicis com a professional d'infermeria i en l'exercici de la professió en l'àmbit comunitari i durant els meus deu anys d'experiència com a infermer el programa de Salut i Escola, he trobat situacions en què els adolescents s'han sentit molt vulnerables i desprotegits, sense informació, i sense saber on acudir en cas de necessitat.

L'ús d'Internet entre els adolescents constitueix una oportunitat de desenvolupament personal i social, però també font potencial de problemes i riscos, els aspectes socials i culturals, associats al sexe poden condicionar tant a priori els patrons d'ús d'Internet, com les conseqüències derivades del seu ús.

Un dels propòsits de la tesis es desenvolupar i avaluar una nova eina digital, complementaria al Programa Salut i Escola, per a la promoció i prevenció de situacions específiques de salut en els adolescents, modificar coneixements i actituds en relació a les malalties de transmissió sexual, i fomentar els drets sexuals.

Objectius

1. Dissenyar i implementar el Blog "Salut i Escola 2.0" com a complement de l'atenció presencial dins el Programa Salut i Escola, 2. Analitzar l'ús d'Internet i les xarxes Socials per a la salut en els adolescents estudiats, i 3 Avaluar l'efectivitat d'una intervenció de promoció d'educació sexual.

Metodologia

Estudi descriptiu i transversal, amb metodologia quantitativa. Es va realitzar a dos Instituts del Baix Llobregat, Comarca Catalana de la província de Barcelona. La mostra és de 292 adolescents de secundària entre 14 i 16 anys.

Per mesurar les variables d'estudi, es va elaborar un formulari de registre de dades mitjançant l'eina "Google doc". El registre inclou: variables sociodemogràfiques, relacionades amb l'ús d'Internet, relacionades amb la família, i les escales validades sobre: coneixement de VIH / Sida per a adolescents,

d'actituds envers VIH / Sida per a adolescents, Ansietat per la Salut i Fòbia a la Sida

L'anàlisi de les dades es va realitzar mitjançant el test de Wilcoxon per a les variables numèriques i test exacte de Fisher per a les variables categòriques. Es considera que la diferència entre variables és significativa quan el p-valor és igual o menor a 0.005. En la intervenció es considera un effect size de 0.2 com a petit, 0.5 moderat, i 0.8 gran. El tractament estadístic de les dades s'ha dut a terme mitjançant el programari R-project (The R Project for Statistical Computing).

Resultats

En els cursos de 2015-2016 i 2016-2017, el blog "Salut i Escola 2.0", va registrar 16.640 visites. El 76% de visites corresponen a l'accés des de els propis IES. Els continguts més consultats són els relacionats amb la sexualitat, la píndola del dia després, el *sexting*, les infeccions de transmissió sexuals, etc. El 100% dels adolescents estudiats fan servir Internet, i el 99% cerquen temes de sexualitat. Cursen 3 d'ESO, i són 124 nois i 168 noies. El 75% tenen 14 anys. El 95% han nascut a la província de Barcelona. El 53% de noies tenen una percepció de salut molt bona, i el 45% una percepció bona. El 82% dels nois perceben la seva salut com a bona. A l'hora de demanar ajuda sobre qualsevol tema de salut, s'adrecen a la infermera el 84% noies i el 56% nois, com la seva segona opció, darrera dels seus amics i abans que els seus pares.

Les intervencions per a la promoció d'educació sanitària, implementada per professionals d'infermeria com a peça clau per generar estils de vida saludables, amb ajuda del blog, han millorat la qualitat de vida dels estudiants. Aquesta es una eina de suport tecnològic d'informació per a la promoció i la prevenció de conductes de risc, amb informació contrastada i avalada per professionals sanitaris. És un mètode altament efectiu en la millora del coneixement i actitud envers les malalties de transmissió sexual. A més és eficaç a l'hora de prevenir conductes de risc, augmenten i fomentant l'autoestima entre els nostres adolescents.

SUMMARY

Throughout my professional experience as a nurse, including community work, as well as a ten-year tenure as a nurse on the *Health and School* (“Salut i Escola”) Programme, I have encountered situations in which teenagers find themselves in vulnerable and unprotected situations, lacking information and knowledge on what resources are available to them in case of need.

While Internet usage by teenagers can offer an opportunity for personal and social development, it is also a potential source of risks and problems. Social and cultural aspects of sex can both predetermine Internet usage patterns, and the consequences of Internet usage.

This thesis aims to develop and evaluate a novel digital tool which complements the “Salut i Escola” Programme. This tool is designed to promote awareness and help prevent select health issues in teenagers, improve knowledge and attitudes to sexually transmitted diseases and encourage sexual rights.

Objectives

Design and implement the “Salut i Escola 2.0” blog as an ancillary tool to direct/personal interaction/attention in the Salut i Escola Programme, 2. Analyse the use of Internet and social networks by teenagers as regards, and 3 Evaluate the effectivity of a specific action for sexual health awareness.

Methodology

This is a descriptive, quantitative transverse study performed at two high schools in Baix Llobregat (Barcelona). The study subjects were 292 14 to 16 year old high school students. The study variables were collected using an online form with Google Forms.

Recorded data included sociodemographic variables linked to family and to Internet usage, and validated scales on: Scale of Knowledge about HIV and other sexually transmitted infections, HIV- Attitude Scale, Anxiety for health, AIDS phobia.

Data Analysis

Was carried out through Wilcoxon test for the numbering variables and Fisher Test for the categorical variables. It is taken into account variables as meaningful when P-value is the same or less than 0,005. Intervention is considered " effect size " of 0,2 low, 0,5 medium and 0,8 high. The statistical processing of data have been carried out through R-project (The R Project for Statistical Computing).

Results:

During 2015-2016 and 2016-2017, the blog Health and school 2.0 registered 16.640 site visits. 76% site visits were performed from the studied high schools.

The contents which have been more inquired about are those related to sexuality, next-day contraceptive pill, sexting, STD infections, etc.

All (100%) survey respondents (subjects) used Internet and were enrolled in 3rd year ESO (Mandatory Secondary Education), 95% were born in the Barcelona region, 75% of which were 14 years old, use Internet, 99% of them formatters related to sexuality. 124 were male, and 168 were female. 53% of the girls have the perception of having a very good health, 45% good, Whereas 82% of the boys believe they are in a very good health. 84% of the girls ask the nurse for help for any kind of health matters compared to 56% of boys. As a second option, boys prefer to ask friends before parents.

Interventions for promotion in health education will improve the quality of life of students who are implemented through nursing to promote healthy lifestyles. The "Blog" (as a tool to support technological information in the promotion and prevention of risk behaviors, with proven information and by health professionals), is a highly effective method in the process of acquiring knowledge and improving attitude towards Sexually transmitted diseases by adolescents, anticipates risky sexual behavior, increase and fosters self-esteem among our teenagers.

Introducció

L'adolescència és una etapa més en el cicle vital de creixement i desenvolupament de la persona. Situada entre el final de la infància i el principi de l'edat adulta, és una època de transició en la qual es produeixen grans canvis físics, psíquics, emocionals, intel·lectuals i socials fins formar la persona adulta jove.

Aquests canvis no es produeixen necessàriament de forma sobtada, sinó que tenen relació amb la història evolutiva i de desenvolupament de l'infant. Durant els últims 25 anys l'educació dels joves ha experimentat canvis quantitius i qualitius importants que tenen el seu origen en la complexa transformació que s'està vivint a nivell familiar, social, econòmic i cultural.

L'adolescència està marcada, doncs, per dos grans processos: un procés biològic, que és universal i marca la diferenciació vers la infància, i un procés psicossocial, que marca la diferenciació amb la vida adulta. Aquest últim està sotmès a moltes diferències segons els diversos entorns socials existents: entorns rurals o urbans o, fins i tot, dins d'una mateixa societat, segons siguin les oportunitats socials i/o econòmiques.

La promoció de la salut és el procés de permetre a les persones incrementar el control sobre la seva salut i els seus determinants i, així, poder-la millorar. Per poder assolir aquest estat, s'ha de ser capaç d'identificar i realitzar les pròpies aspiracions, de satisfer les pròpies necessitats i de canviar o adaptar-se al propi entorn.

Els adolescents, tradicionalment, han estat considerats població saludable, però durant l'adolescència pot iniciar-se una àmplia gamma de conductes de risc que poden arribar a afectar la salut biopsicosocial. Aquesta possibilitat variarà segons l'etapa de l'adolescència en que es trobi un jove. Totes aquestes conductes poden continuar durant l'edat adulta, contribuint a la morbiditat i mortalitat precoç

Introducció

Durant el desenvolupament de la infància i l'adolescència, té un paper destacat l'educació afectiva i sexual. Cal que els adolescents rebin educació per a la salut, de manera que aquests coneixements els aportin actituds positives envers l'afectivitat i la sexualitat, i els permetin adquirir habilitats que els portin a desenvolupar conductes saludables.

L'experiència ens indica que el coneixement, per si sol, no és suficient per canviar els comportaments. I a més, qualsevol programa enfocat a proveir d'informació sobre preceptes morals i sexuals està condemnat, per endavant, al fracàs. Per contra, els que fomenten un canvi de conducta en els joves a través de la identificació dels sentiments, la seva descripció, l'enfortiment dels processos de socialització, el cultiu de les relacions interpersonals, obren un horitzó d'optimisme (Palomino, 2003).

L'acostament educatiu als sentiments és una assignatura que la humanitat ha suspès reiteradament al llarg de tots els segles de la seva existència. Educar en les emocions i en els sentiments requereix repassar evolutivament com es manifesten i aprenen, com es comprenen i s'expressen. Suposa aproximar-se als joves, des d'edats molt primerenques, observant-los, sensibilitzant-los, acompanyant-los i conduint-los en el seu món intern, perquè es familiaritzin amb les emocions i les seves transformacions. L'objectiu es capacitar-los en la comprensió d'aquesta part de la seva vida i el seu reflex vers els altres (Palomino, 2003).

És fonamental fer prevenció de la malaltia i promoció de la salut en un entorn comunitari, no medicalitzador i, al mateix temps, fer una detecció precoç dels problemes de salut. Per prioritzar estratègies de prevenció en salut sexual, és important identificar els coneixements, pràctiques, actituds i factors relacionats amb les conductes sexuals de risc en els adolescents.

Introducció

Des del punt de vista pedagògic, l'educació afectiva i sexual ha de contribuir al desenvolupament de la personalitat de l'adolescent, tenint en compte el gènere, i ha d'ajudar-lo a integrar de manera saludable la sexualitat en el seu món personal i relacional. Des del punt de vista preventiu, ha de contribuir a disminuir els riscos associats a la pràctica sexual:

“Solament he vist conseqüències positives en el fet d'educar nois i noies en un ambient en el qual tinguessin accés a la informació sobre la sexualitat, i en el qual la sexualitat es pogués considerar com una funció humana i natural. D'altra banda, en la meva pràctica clínica he vist molts problemes tràgics causats per la ignorància i per la vinculació de la sexualitat i l'amor amb la culpabilitat i la por.”

Kaplan, 1979

Salut i Escola és un programa comunitari promogut pels departaments de Salut i d'Ensenyament que té per objectiu potenciar les actuacions de promoció i prevenció entre els estudiants de segon cicle d'ESO, (3r i 4rt).

La finalitat del programa és la millora coordinada de la salut dels i de les adolescents, mitjançant accions de promoció de la salut, prevenció de conductes de risc, i actuació precoç. Els àmbits d'actuació prioritaris són la salut mental, la salut afectiva i sexual, la prevenció de l'ús de substàncies addictives, entre les quals es troben el tabac i l'alcohol, i la salut alimentària (Corominas, Prats, & Coll, 2008a).

Les activitats del programa es desenvolupen a través de l'equip d'atenció primària de salut en la seva vessant de salut comunitària. El programa iniciat el curs 2004-05, mitjançant un conveni signat l'any 2002 entre el Departament de Salut i el Departament d'Ensenyament, s'ha ampliat progressivament i de manera descentralitzada. Aquesta experiència d'acció comunitària es concreta en apropar els serveis de salut als adolescents, amb un espai de consulta oberta en els

Introducció

centres d'educació secundària. Combina el tracte sanitari individualitzat i confidencial amb dinàmiques d'educació per a la salut, sent el professorat el primer referent de les intervencions preventives a l'aula. Hi ha diferents materials per treballar aspectes de promoció i prevenció per a la salut dels nostres joves: Programes de Salut en els centres docents, Web d'Informació diversa sobre la salut sanitària, etc.

El Model Salutogènic es qüestiona com poder mantenir sa a l'individu i proposa trencar l'actual paradigma biomèdic, on la salut s'entén des de la perspectiva de riscos i patologia. Aquest model es basa en estudiar els factors que contribueixen al fet de que les persones mantinguin i augmentin el seu benestar en totes les dimensions de la persona.

Aquest model es fonamenta en la idea de que els adolescents mantinguin conductes sanes i potenciadores de la salut per aconseguir el propi benestar. Tot i que és un model que segueix en constant desenvolupament, aquest model és un referent on es troba la base de la promoció de la salut.

En els últims anys, en paral·lel amb l'explosió de la web 2.0, els joves adquireixen, principalment, les seves competències digitals i habilitats tecnològiques en aquests espais digitals informals. Per tant, la seva activitat és eminentment social. Segons Freire (2009) els adolescents prefereixen espais digitals abans que l'aula, per l'autonomia i llibertat que els proporciona, i perquè l'estatus i l'autoritat vénen determinades per les seves habilitats i no per una jerarquia pre-establerta.

El Projecte "Salut i Escola 2.0" ha estat especialment ben rebut perquè permet apropar, encara més, la tasca del personal d'infermeria als centres d'educació, on s'intervé directament, i on s'informa als adolescents d'una manera estructurada. S'agrupa informació contrastada d'acord a les temàtiques que més preocupa al jovent i se'ls dona resposta a través de les noves tecnologies i sobre temes

Introducció

d'actualitat. Donant accés fàcil a aquest tipus d'informació és com va néixer el projecte del blog "Salut i Escola 2.0".

Un cop presentat aquest projecte i havent realitzat un pilot al municipi d'Abrera amb un resultat de més de 3.500 visites, el Departament de Salut i la direcció d'Atenció Primària li va donar el seu suport i reconeixement, i l'autorització per a la realització d'aquest projecte de tesi al Baix Llobregat Nord, Des del Departament de Salut se'ns va proporcionar una adreça de Wordpress i vam poder crear aquesta eina i avaluar les visites al blog. Posteriorment hem analitzat la seva viabilitat i el seu futur com una eina més integrada en el Programa de "Salut i Escola".

La present tesi doctoral constarà 11 capítols, des de la primera part amb l'inici en la introducció i per capítols en la part més conceptual, seguit dels resultats, per acabar amb una part més reflexiva i pràctica.

El capítol 1 forma el marc conceptual, que s'estructura amb els diferents elements que configuraran l'estudi.

S'inicia situant-nos en la població d'estudi, l'adolescència, i en una etapa en què s'inicien les primeres experiències sexuals, mostra que els programes escolars d'educació sexual són útils i tenen efectes positius en la salut sexual dels joves en millorar els comportaments preventius i, així, reduir els riscos d'embaràs no planificat i infecció de transmissió sexual (ITS), riscos per infecció pel VIH. Fem un pas en com a evolucionat en els últims anys les TIC i com influeixen en el procés d'aprenentatge i cerca d'informació, es realitza una descripció de l'educació per a la salut a les escoles, recollint l'estat actual pel que fa a la legislació a Espanya i en altres països, seguit del paper fonamental que exerceix el professional d'infermeria, com a eix vertebral de tot procés en promoció de salut a les escoles, i en les intervencions en els instituts de secundària. per aquest treball s'ha tingut en compte el model salutogènic en promoció de la salut. per a finalitzar, fem l'anàlisi dels 10 anys del programa Salut i Escola.

Introducció

En el capítol 2, Presentem la justificació des d'una perspectiva professional i experiència personal.

En el capítol 3, es planteja l'objectiu general, els objectius específics i la hipòtesi de la Tesi.

En el capítol 4, descriu la metodologia utilitzada en la investigació, l'àmbit d'estudi i la mostra, activitats i es detallen les variables i els instruments per a la recollida de dades, els requisits ètics que ha de complir tota investigació, es descriu el procediment de la recollida de dades i l'anàlisi.

En el capítol 5, es presenten els resultats després d'explicar l'anàlisi d'estadístic realitzat.

En el capítol 6, es comenta la discussió, i comparem resultats obtinguts en aquest estudi sobre els coneixements sobre sexualitat dels joves, les noves tecnologies, amb altres que s'han descrit en el marc conceptual.

Capítol 7, s'exposaran les limitacions de l'estudi i línies d'investigació futures, aquest treball port obrir moltes portes a altres estudis en la mateixa línia i amb la mateixa finalitat.

Capítol 8, són les conclusions, que aniran donant resposta als objectius plantejats, a partir de les troballes de l'estudi i recomanacions generals.

Per a la realització del treball les fonts consultades les trobarem en el capítol 9, titulat "Referències bibliogràfiques".

En el capítol 10, hi trobarem totes les aportacions científiques generades fins ara, així com projectes relacionats amb aquesta tesi.

Per finalitzar, en el capítol 11 s'adjuntarà d'annexos, la documentació necessària per a la realització del projecte.

CAPÍTOL 1: MARC CONCEPTUAL

1 MARC CONCEPTUAL

1.1 L'ADOLESCÈNCIA

L'adolescència és un període en el desenvolupament biològic, psicològic, sexual i social immediatament posterior a la infantesa i que comença amb la pubertat. L'adolescència és una etapa de canvi, plena de noves possibilitats per al propi adolescent i l'entorn que l'envolta (Tesouro i Cid, Palomanes Espadalé, Bonachera Carreras, & Fernández Martínez, 2013). Com en tot canvi, també es conviu amb un cert grau de desorientació i fins i tot de crisi per encaminar la recerca d'identitat personal, d'exploració del món i dels límits en la utilització de la llibertat. És una etapa que posa a prova les habilitats dels adolescents, dels pares, i dels models socials; etapa de descobriments i d'obertura al món, no exempta de riscos. És un període de reptes per a pares, fills i societat, en què se segueix necessitant molt l'acceptació, l'afecte i el suport dels pares.

Durant aquest temps la vinculació al grup d'iguals adquireix una major prioritat i la família queda relegada a un segon pla. Sorgeixen els primers conflictes de l'adolescent amb els seus pares, a qui els reclama una major autonomia i independència. L'aspecte físic cobra gran importància i emergeixen les ganes d'experimentar (pot iniciar-se el consum de substàncies tòxiques, es descobreix la sexualitat, etc.). L'adolescent intenta situar-se, se sent adult i autònom encara que no ho sigui. Busca la seva pròpia identitat, la manera d'obtenir més independència, la millor manera d'expressar-se i de comunicar-se amb els seus amics i, en definitiva, de resoldre les dificultats que va trobant (Echeburúa & De Corral, 2010).

L'adolescència és una etapa clau en l'adquisició d'un estil de vida saludable, amb el que és fonamental fer promoció de la salut (no medicalitzada) en un entorn comunitari i, al mateix temps, fer una detecció precoç dels problemes de salut.

Marc conceptual

L'organització mundial de la salut (OMS) defineix l'adolescència com el període de creixement i desenvolupament humà que es produeix després de la infantesa i abans de l'edat adulta, entre els 10 i els 19 anys (OMS, 2014).

Durant l'adolescència els canvis passen per la transformació del cos, la transformació de la identitat individual i la transformació de la identitat social, per això, en aquesta edat tampoc no es pot desatendre la cura de la salut, entenent que aquesta comprèn, no només els aspectes físics, sinó també els psicològics i socials. Aquesta cura passa per una circumstància paradoxal: d'una banda, l'han de mantenir i garantir els pares; per una altra, s'ha de transmetre als fills adolescents, negociant els límits i els marges de cura que cadascú va adquirint. És recomanable que els pares segueixin tutelant, ja sigui per corregir, reforçar o encoratjar els fills adolescents en les noves responsabilitats de cura de la salut i de responsabilitat en la seva pròpia vida, que els adolescents han d'anar assumint.

1.2 L'ESTAT DE SALUT DELS ADOLESCÈNTS

La majoria dels joves gaudeix de bona salut, però la mortalitat i la morbiditat entre els adolescents segueixen sent elevades. Les malalties poden afectar la capacitat dels adolescents per créixer i desenvolupar-se plenament (Salud, 1991).

Els principals problemes de salut vénen provocats per la pràctica de comportaments de risc, el consum d'alcohol o tabac, la manca d'activitat física, les relacions sexuals sense protecció i/o l'exposició a la violència poden posar en perill, no només la seva salut actual, sinó també la d'anys posteriors i, fins i tot, la salut dels seus futurs fills.

Un dels principals problemes de salut en l'adolescència són els embarassos i parts precoços. Les complicacions relacionades amb l'embaràs i el part són la segona causa de mortalitat entre les joves de 15 a 19 anys a tot el món.

1.3 LA SEXUALITAT

La sexualitat, des que naixem fins que ens morim, és una part integral de les nostres vides. La sexualitat es viu i s'expressa en pensaments, fantasies, desitjos, creences, actituds, valors, conductes, pràctiques, rols i relacions, i es veurà influenciada per les experiències que hem anat interioritzant al llarg de la nostra infància

Tot i que la sexualitat pot incloure totes aquestes dimensions, no totes s'experimenten o s'expressen sempre. La sexualitat està influenciada per la interacció de factors biològics, psicològics, socials, econòmics, polítics, ètics, legals, històrics, religiosos i espirituals.

El 1972 l'Organització Mundial de la Salut (OMS) va definir la "salut sexual" com: *"La integració dels elements somàtics, emocionals, intel·lectuals i socials de l'ésser sexual per mitjans que siguin positivament enriquidors i que potenciïn la personalitat, la comunicació i l'amor "*. Com veiem en aquesta definició, la sexualitat humana inclou un conjunt de dimensions biològiques, psicològiques, espirituals i socioculturals que, desenvolupant-se amb harmonia durant la infància i l'adolescència, configuren la persona (OMS, 2016).

Durant la conferència OMS de 2002, es va acordar una nova versió de salut sexual i es va definir com:

"La Salut sexual és un estat de benestar físic, emocional, mental i social en relació a la sexualitat; no és la mera absència de malaltia, disfunció o incapacitat. La salut sexual necessita d'un acostament positiu i respectuós cap a la sexualitat i les relacions sexuals, així com la possibilitat d'obtenir experiències agradables i segures, lliures de coacció, discriminació i violència. La salut sexual ha de defensar, protegir, mantenir i respectar els drets sexuals de totes les persones" (World Health Organization, 2006).

Marc conceptual

La identitat sexual s'anirà configurant des del naixement i es veurà influenciada per la interacció de factors biològics, psicològics, processos d'aprenentatge i socialització, pel nostre cos i per les característiques personals, les experiències afectives de la nostra infantesa, així com per altres factors del nostre entorn social i cultural (Echeburúa & De Corral, 2010).

Com ja hem dit anteriorment, la sexualitat constitueix una funció bàsica de l'ésser humà que implica factors fisiològics, emocionals i cognitius, i que guarda una estreta relació amb l'estat de salut i amb la qualitat de vida de l'individu (Beltrán, 2013).

La definició de salut sexual proposada per l'OMS, que hem vist a l'apartat anterior, defineix aquest concepte com "*Estat general de benestar físic, mental i social, i no de mera absència de malaltia o dolència, en tots els aspectes relacionats amb el sistema reproductiu i les seves funcions i processos. Comporta, a més, la capacitat de gaudir d'una vida sexual satisfactòria i sense riscos i de procrear, i la llibertat per a decidir fer-ho o no fer-ho, quan i amb quina freqüència*" (Joventut & Valenzuela, 2015).

Educar en positiu i normalitzar la sexualitat des de molt joves, fa que la gran majoria de les persones, sexualment sanes, expressin la seva sexualitat d'una manera positiva, sentint-se bé i a gust amb el seu cos i amb la seva orientació sexual.

L'OMS va enumerar tres elements bàsics de la salut sexual que encara es poden considerar vigents i que les persones sexualment sanes presenten en les seves conductes (Espada et al., 2013).

1. Aptitud per gaudir de l'activitat sexual i reproductiva, i per regular-la amb una ètica personal i social.

Marc conceptual

2. Absència de temors, sentiments de vergonya i culpabilitat, de creences infundades i d'altres factors psicològics que inhibeixin la reacció sexual o pertorbin les relacions sexuals.

3. Absència de trastorns orgànics, malalties i deficiències que afecten l'activitat sexual i reproductiva.

Des d'aquestes descripcions es pot dir que la sexualitat pot ser un procés per aconseguir el benestar físic, psicològic i sociocultural, lligat o no a la reproducció de l'ésser humà i on s'observen les expressions lliures i responsables de les capacitats sexuals que propicien un benestar.

El benestar psicològic inclou processos afectius, físics, cognitius, espirituals, socials i individuals (Gimez, Ortiz, & Eceiza, 2016). A nivell empíric, el benestar subjectiu ha estat relacionat amb diverses variables com l'estatus socioeconòmic, el gènere, la salut física, la qualitat de la relació de parella, l'autoeficàcia, la personalitat o l'exercici físic (Liberini, Rodríguez, & Romero, 2016).

Així que, sembla raonable pensar que el benestar psicològic i subjectiu podria estar relacionat amb el funcionament i amb la salut sexual (Carrobles, Gámez-Guadix, & Almendros, 2011).

S'han trobat variables, que correlacionen entre el funcionament sexual, major satisfacció sexual i major benestar psicològic (Liberini et al., 2016), i que, a continuació, enunciem en una taula 1 (Carrobles et al., 2011).

Marc conceptual

Taula 1. Factors sexuals i condicionants psicològics.

Taula 1	
Autoestima sexual	Confiança en la capacitat per experimentar la sexualitat d'una manera saludable, positiva i satisfactòria
Motivació sexual	Disposició positiva per implicar-se en relacions sexuals.
Atractiu físic o sexual	Valoració positiva o negativa del propi cos incloent els òrgans sexuals.
Consistència orgàsmica	Freqüència amb què s'aconsegueix l'orgasme en diferents contextos sexuals
Ansietat d'execució	Malestar relacionat amb la focalització en aspectes referits al rendiment sexual.
Distracció corporal	Focalització de l'atenció en claus no eròtiques relacionades amb la percepció del propi cos

Font: Carrobles 2011

1.3.1 L'ADOLESCÈNCIA I SEXUALITAT

Assolir conductes responsables relacionades amb la sexualitat, amb totes les seves implicacions físiques i psicològiques, és una de les tasques a les que ha de fer front l'adolescent. Es tracta d'un període de maduració en el qual experimentar és una cosa normal. En l'informe final on s'expliciten les principals directrius de la política sanitària europea per a les primeres dues dècades del segle XXI, consensuades en la 51a Assemblea Mundial de l'Organització Mundial de la Salut (OMS), celebrada al maig de 1981.

Marc conceptual

La comunitat sanitària va considerar a la població adolescent especialment vulnerable als riscos relacionats amb la seva conducta sexual, i es van fer les següents consideracions, encara plenament vigents:

1. L'activitat sexual sense protecció genera un gran nombre d'embarassos no desitjats, d'avortaments i d'infeccions de transmissió sexual (ITS), inclosa la infecció pel virus de la immunodeficiència humana (VIH).
2. En molts llocs no s'està subministrant una educació sexual objectiva i sense prejudicis, ni en els centres educatius ni en altres llocs.
3. La manca d'informació i coneixements sobre qüestions relatives a la sexualitat, els canvis i funcions corporals i els sentiments i emocions deriven en una tensió emocional innecessària.
4. Hi ha una insuficiència de serveis sanitaris de caràcter confidencial pensats per a joves. Aquesta manca pot limitar el seu accés a una atenció i un assessorament adequats.

Als països desenvolupats, una alta proporció de joves que finalitzen l'escola obligatòria informen d'haver participat en comportaments sexuals de risc. Les relacions sexuals desprotegides o protegides de manera incorrecta comporten risc d'embarassos no desitjats, amb conseqüències negatives per a aquest grup d'edat, com l'avortament, la maternitat precoç o l'adopció. L'embaràs en adolescents i la maternitat primerenca estan associats amb el fracàs escolar, el deteriorament de la salut física i mental, l'aïllament social, la pobresa i altres factors relacionats. A més, el no ús d'adequades barreres de protecció augmenta el risc d'infeccions de transmissió sexual, amb conseqüències a curt i llarg termini en la salut biopsico-social dels adolescents.

Per tot això, abordar la salut sexual dels adolescents mitjançant l'augment del seu compromís amb el sexe segur s'ha convertit en un conflicte social (Alfaro et al., 2015)

Marc conceptual

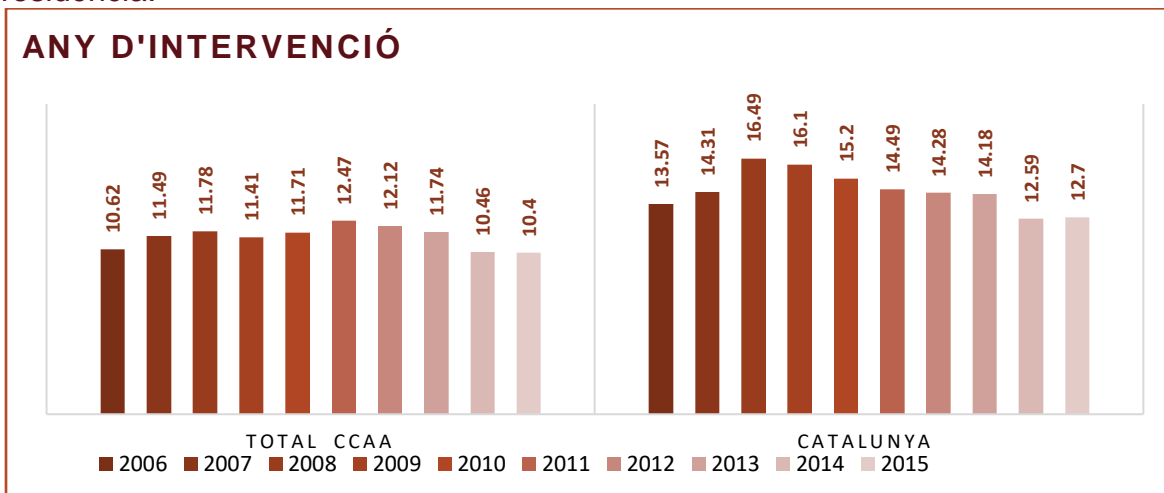
En l'adolescència la sexualitat es viu i manifesta de manera diferent a com s'expressa en altres etapes de la vida. Sorgeixen sensacions i impulsos de tipus sexual que es troben relacionats amb els canvis biològics propis d'aquesta etapa de la vida.

Els canvis hormonals provoquen que es produeixin desitjos i fantasies eròtiques, que es vulgui sentir plaer físic a través del propi cos i del cos d'altres, especialment de qui t'agrada. La forma de viure aquests canvis i processos té a veure amb característiques personals (com el sexe, l'edat o la personalitat) i socials (la cultura, el nivell educatiu, la religió, etc.), així com amb les reaccions i demandes del món que t'envolta.

L'angoixa, la por, la incertesa i la confusió voletegen pel cap, més encara si no es té la informació necessària per comprendre millor el que està passant, o si no es compta amb persones de confiança que puguin escoltar i orientar seriosament. Les actituds cap a la sexualitat són un aspecte fonamental i determinant, de forma específica, es diferencia entre actituds positives cap a la sexualitat o erotofíliques, i actituds negatives cap a la sexualitat o erotofòbiques . Ambdues són extrems d'un continu, la disposició a respondre als estímuls sexuals al llarg d'una dimensió positiva-negativa, defineixen i determinen la sexualitat. (Teva, Bermúdez, & Ramiro, 2014), aquesta xifra es situa per sobre de la mitjana del total de comunitats autònomes però, tot i així, segueix en descens (Vázquez et al., 2015).

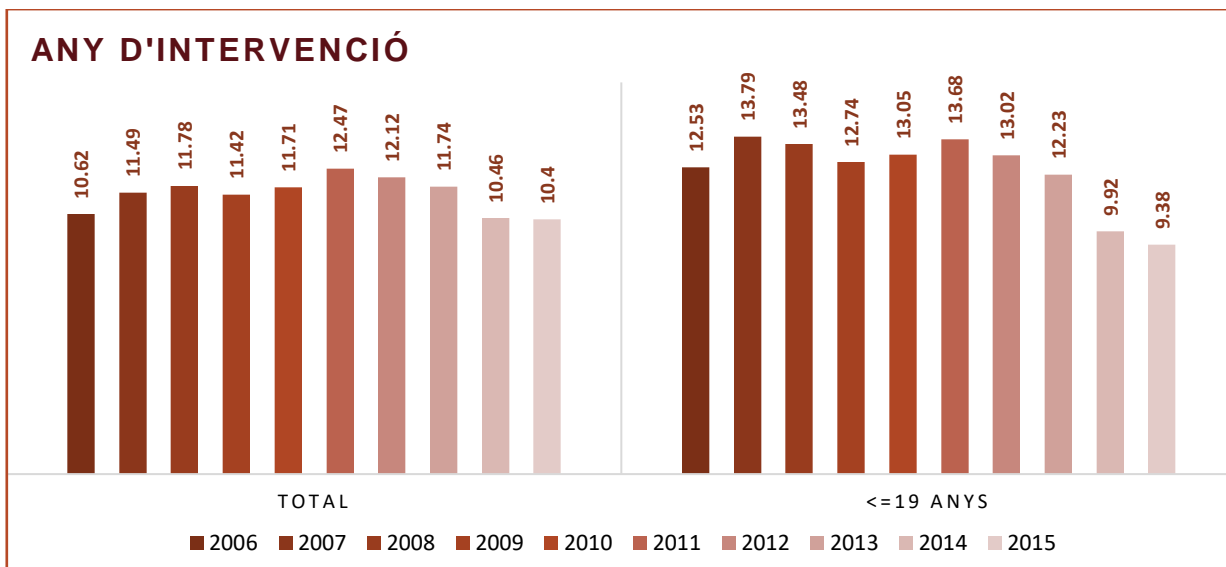
Marc conceptual

Figura 1: IVE Taxes per 1.000 dones entre 15 i 44 anys segons CCAA de residència.



Font: Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat, Informe I.V.E. 2015.

Figura 2: IVE Taxes per 1.000 dones de grup d'edat <=19 i total de >20. Espanya 2006-2015.



Font: Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat, Informe I.V.E. 2015.

Marc conceptual

1.3.2 SEXUALITAT I CONDUCTES DE RISC

Les conductes de risc són aquelles accions voluntàries o involuntàries, realitzades per l'individu o comunitat, que poden portar a conseqüències nocives (Folch et al., 2014) Aquestes conductes són múltiples i poden ser biopsicosocials.

Estudis com Primavera 2014 sobre conductes sexuals en adolescents, destaca que la tendència dels joves del nostre país es a mantenir relacions sexuals completes, i que són cada vegada més a edats més primerenques. (Teva, Bermúdez, & Ramiro, 2014)

En el seu desenvolupament contribueixen diferents característiques pròpies de l'edat en els adolescents, entre les quals es destaquen la "sensació d'invulnerabilitat" o mortalitat negada, la necessitat i alt grau d'experimentació emergent, la susceptibilitat a la influència i pressió dels coetanis amb necessitat de conformitat intragrupal, la identificació amb idees oposades als pares i necessitat de transgressió en el procés d'autonomia i reafirmació de la identitat, el dèficit per postergar, planificar i considerar conseqüències futures i altres, com la influència de la testosterona en homes, l' 'asincronia de desenvolupament tant en dones (pubertat precoç i riscos en sexualitat), com en homes (retard puberal i conductes per a validació de parells) (Luengo et al., 2007).

No solament els canvis biològics en l'adolescència poden provocar una major susceptibilitat per a les pràctiques de risc. Existeixen també altres factors associats, com els condicionants vitals, educacionals, culturals, socials, psicològics i sexuals que envolten els i les adolescents, i que estructurin les seves pràctiques sexuals (Denno, Hoopes, & Chandra, 2015).

Marc conceptual

Amb base en la bibliografia consultada es pot afirmar que els adolescents són més vulnerables davant les ITS perquè en saben molt poc. Els falta informació i la que tenen està esbiaixada pels prejudicis, creuen que només es contaminen si tenen sexe amb determinat estereotip de persona. Utilitzen condons irregularment, ja que moltes de les seves relacions coitals són espontànies i immediates (Denno et al., 2015).

Les enquestes ens confirmen que inicien relacions coitals cada vegada més precoçment i tenen major risc d'exposició perquè canvien freqüentment de parella sexual.

En algunes poblacions comencen les relacions sexuals amb adults desconeguts i es constata una freqüència creixent d'abusos sexuals i violacions entre dones joves, adolescents i nenes i nens (Garcia, 2014).

Diversos poden ser els factors que impliquin en l'adolescència una pràctica sexual de risc. Segons l'estudi primavera realitzat l'any 2014,(Santana et al., 2006) hi ha variables relacionades amb les pràctiques sexuals de risc i altres factors relacionats serien els que detallem en la Taula 2 (Calatrava, López, & de Irala, 2012).

Marc conceptual

Taula 2. Factors de risc i condicionants

Taula 2	
Variables relacionades amb les pràctiques sexuals de risc	
EDUCACIÓ SEXUAL	L'educació sexual rebuda és deficient el que comporta a una escassa informació sobre anticoncepció i sexualitat. La seva informació sol ser superficial i estar basada, fonamentalment, en converses amb amics i companys i en el que llegeixen en revistes o veuen a la televisió
BIOLÒGICS	Avançament de la menarquia
PERSONALS	El coeficient intel·lectual, el rendiment acadèmic o la capacitat cognitiva i conductual són igualment factors de gran importància en el comportament sexual de l'adolescent Un altre factor important són les creences errònies
SOCIALS, CULTURALS I FAMILIARS.	Menor qualificació acadèmica (estudis primaris) tenen més dificultats per accedir a l'ús de preservatius.
CREENCES RELIGIOSES	La progressivament menor presència dels valors religiosos y de la autoritat religiosa entre els nostres joves influeix, en conseqüència, molt a l'inici de l'activitat coital.
CONSUM D'ALCOHOL I ALTRES DROGUES	Factors de risc que s'accentuen amb la facilitat d'accés a aquestes substàncies, les actituds permissives en l'entorn familiar i els hàbits de consum en el cercle social.

Font: Les conductes sexuals de risc dels adolescents espanyols, 2014.

1.3.3 PRÀCTIQUES SEXUALS DE RISC DELS ADOLESCENTS

Els joves d'avui en dia s'han convertit en població de risc, tant pel que fa a contraure malalties de transmissió sexual (MTS), com pel que fa als embarassos no desitjats. Són situacions que han anat augmentant progressivament des de la dècada dels setanta, per causa de la major liberalització dels comportaments sexuals en el món occidental (Garzon, 2016).

Marc conceptual

Tot i els esforços de les estratègies i polítiques internacionals i espanyoles desenvolupades per millorar la salut sexual i reproductiva, els joves romanen vulnerables pel que fa a la sexualitat (Mateu & Serra, 2015).

Les conseqüències de les pràctiques sexuals i la falta d'informació durant l'adolescència, poden derivar en uns factors de risc, com són: la interrupció de l'embaràs, la maternitat de l'adolescent, infeccions de transmissió sexual i infecció pel VIH. L'edat d'inici de les pràctiques sexuals completes se situa entre 14 i els 15 anys (Garcia, 2014).

Aquesta iniciació més primerenca suposa una major exposició als riscos, pel fet de no tenir, en aquestes edats, suficient informació i habilitats per a la seva gestió responsable.

Encara que acostumen a ser els nois els que s'inicien primer en les pràctiques sexuals, en els estudis consultats no s'observen diferències significatives pel que fa al percentatge de nois i noies que tenen relacions completes abans dels 16 anys d'edat. El percentatge d'iniciació sexual d'aquest col·lectiu se situa en el 34,6%. (Faílde, Lameiras, & Bimbela, 2008) Malalties de Declaració Obligatòria (MDO) del Departament de Salut, Aquestes entitats estableixen els procediments de notificació, les malalties subjectes a vigilància i les responsabilitats de control sanitari de les distintes unitats de vigilància epidemiològica (UVE) distribuïdes en el territori català.

El Decret 203/2015, de 15 de setembre, pel qual es crea la xarxa de vigilància epidemiològica i es regulen els sistemes de notificació de malalties de declaració obligatòria i brots epidèmics, explicita que els metges que realitzen tasques assistencials a Catalunya, en centres de caràcter públic o privat, han de notificar les malalties de declaració obligatòria i els brots epidèmics dels quals tinguin coneixement, de conformitat amb el que preveu el Decret.

Marc conceptual

Durant el període que abasta aquest informe, les ITS que actualment estan sotmeses a vigilància epidemiològica són; la infecció gonocòccia, la sífilis i la sífilis congènita, totes amb declaració numèrica setmanal. En el sistema MDO, de cobertura nacional, es recull el nombre de casos nous davant la seva simple sospita.

La infecció pel virus de la immunodeficiència humana (VIH), la síndrome d'immunodeficiència adquirida (SIDA), la infecció gonocòccia, la infecció per clamídia, el limfogranuloma veneri i la sífilis infecciosa, sent quatre infeccions de transmissió sexual, han de ser objecte de notificació individualitzada, en cas de ser detectades. Els metges declarants han de formalitzar, a més de l'imprès de notificació, l'enquesta epidemiològica específica que es mostra a les figures 2 i 3, i l'han d'enviar per correu postal als serveis de vigilància epidemiològica que els correspongui, seguint el circuit que mostra la figura.

Adicionalment, les ITS adquireixen rellevància perquè augmenten el risc d'adquisició i transmissió de la infecció pel VIH a través de mecanismes que modifiquen la susceptibilitat de l'hoste i la infecciositat del cas. D'altra banda, en compartir vies de transmissió amb el VIH i tenir períodes de latència més curts, les ITS poden ser indicadors precoços de les tendències dels comportaments sexuals de risc (Sistema Integrat de Vigilància Epidemiològica de VIH-ITS a Catalunya, 2015).

Moltes ITS, especialment la clamidiosi, la gonorrea, l'hepatitis B, el VIH, el VPH, el HSV2 i la sífilis, es poden transmetre també de la mare al nen durant l'embaràs i el part (OMS, 2015). També, segons l'Organització Mundial de Salut (OMS), en l'actualitat les malalties de transmissió sexual (ITS) més comuns són: sífilis, gonorrea, clamidiasis, tricomoniasis, hepatitis B, VIH, herpes genial.

El diagnòstic apropiat de les ITS requereix una acurada anamnesis. Amb l'objecte de facilitar aquest apartat, es presenta una taula (Taula 3) que destaca les característiques més importants d'algunes ITS amb més incidència:

Taula 3: Infeccions de Transmissió sexual.

Taula 3		
Infeccions de transmissió Sexual (ITS)		
Agent infecció	Sintomatologia	Detecció
SIFILIS Treponema pàl·lidum	Període primari: Úlcera que apareix en el lloc de la inoculació; Període secundari: Exantema format per lesions maculoses, de vegades pot acompanyar-se de artràlgies, febrícula, cefalees i malestar general	Prova diagnòstica: Microscòpia de camp fosc, (IFD*) i les proves d'amplificació d'àcids nucleics PCR.
GONORREA Neisseria Gonorrhoeae	Supuració uretral d'aspecte purulent, disúria, pol·laciúria i dolor miccional	Prova diagnòstica: Gram + Cultiu
CLAMIDIASIS Chlamydia trachomatis	Supuració uretral d'aspecte clar, disúria, pol·laciúria i dolor miccional. Pot presentar epididimitis i febre	Prova diagnòstica: Cultiu + Detecció àcids nucleics + PCR
TRICOMONIASIS Trichomonas vaginalis	Pot cursar de forma asimptomàtica fins al 50% dels casos. Si presenta símptomes, poden ser: descàrrega vaginal anormal, pruija vulvar, disúria, mala olor i un lleuger dolor abdominal.	Període d'incubació: De 4-20 dies Prova complementària: anàlisi microscòpica
HEPATITIS B Virus de l'hepatitis B	Inapetència, fatiga, febrícula, dolors musculars i articulars; nàusees i vòmits; pell groga i orina tèrbola	Proves analítiques per a l'hepatitis viral, nivell d'albumina, proves de la funció hepàtica, temps de protrombina
HERPES GENITAL Virus herpes simple	Infecció primària: Normalment asimptomàtica, quan apareixen són lesions vesiculars que progressen posteriorment a úlceres doloroses. Infecció secundària: Mateixos símptomes de la primària, però amb presència de formigueig local i dolor del nervi ciàtic.	Prova complementària: Cultiu o detecció d'àcids nucleics, si es troba disponible. Prova de la immunofluorescència directa (IFD)
VIH Virus de la immunodeficiència humana	Segons l'estadi de la infecció poden aparèixer símptomes com: febre, mal de cap, fatiga, ganglis limfàtics inflats (nòduls limfàtics), mal de coll, borradura, pèrdua de pes.	Es recomana utilitzar una prova d'ELISA com cribratge seguida d'una prova de confirmació com Western blot

Font: Elaboració pròpia, dades extretes de l'Institut de salut Carlos III, 2016.

Marc conceptual

El maneig efectiu de les ITS és la base per al seu control, ja que preveu el desenvolupament de complicacions i seqüeles, redueix la disseminació de les infeccions a la comunitat i brinda una oportunitat única per educar la població sobre la prevenció del VIH. Per tant, el tractament apropiat de les ITS en el primer contacte entre els pacients i els prestadors de salut, és una important mesura de salut pública i ha de ser proporcionat per l'equip mèdic sanitari responsable. En el cas de pacients adolescents, hi ha la possibilitat d'exercir una influència sobre els futurs comportaments sexuals i les conductes tendents a la recerca d'un tractament durant un estadi crític del desenvolupament (Folch et al., 2015).

1.3.4 EMBARÀS NO DESITJAT

En capítols anteriors hem evidenciat que aproximadament l'11% de tots els naixements a nivell mundial, uns 16 milions, corresponen a dones d'entre 14 i 19 anys.

Respecte a l'embaràs no desitjat, la bibliografia consultada ressalta que la capacitat de triar quan tenir fills és un aspecte fonamental de la salut reproductiva. Permet la participació social i econòmica de les dones, i el control sobre la seva trajectòria vital (Pérez et al., 2014).

Aquesta capacitat, en edats en que les noies s'estan formant, adquirint coneixements i configurant la seves trajectòries futures i, fins i tot, desenvolupant la seva personalitat, suposa un impacte negatiu sobre el seu estat físic, emocional i econòmic (Garcia, 2014).

Marc conceptual

Un embaràs no planificat i no desitjat és aquell en què la dona no pretenia quedar-se embarassada en el moment que s'ha produït, tant si feia servir mètodes anticonceptius com si no.

L'estudi "Embaràs adolescent i oportunitats" dut a terme per la UNESCO, destaca tres elements interrelacionats en la presa de decisions de les adolescents:

1. L'element de racionalitat involucrat en les decisions de fecunditat.
2. Les qüestions associades a la conducta que restringeixen una presa de decisions estrictament racional (incloent baixa autoestima, barreres a informació suficient i autocontrol).
3. Les interaccions i normes socials. Per exemple, efectes de parells: l'efecte que causa sobre l'adolescent el fet de que una de les seves companyes quedi embarassada; els estigmes socials.

Aquest procés de decisió també és veu afectat pel context macro, el context social local i l'entorn familiar que contribueixen a definir les opcions efectives disponibles perquè les adolescents siguin capaces de definir els seus plans de vida (taula 4).

La literatura consultada indica també que l'embaràs adolescent pot afectar diverses dimensions de les oportunitats econòmiques de la mare (com l'educació, ingressos, participació en el mercat laboral, així com les seves perspectives en el mercat matrimonial) (Azevedo, 2012). A més, un embaràs adolescent a la llar pot tenir efectes a llarg termini en el nen, la parella amb qui va ser engendrat, els pares de l'adolescent (a través d'un xoc en el nivell d'ingressos i una reducció en el consum, si la adolescent i el nen romanen a la seva llar) i els germans de la dona embarassada, a causa de la competència natural pels recursos dins de la llar, o bé a constituir un risc mèdic elevat, a causa de les complicacions que aquest pugui comportar (Alvarez et al., 2015).

Marc conceptual

Taula 4: Mètodes anticonceptius hormonal i no hormonal.

Taula 4.		
Mètodes anticoncepció (ITS)		
Mètodes Hormonals	Mètodes no hormonal	
	No hormonal reversibles	No hormonal permanents
Mètodes combinats que contenen estrogen i progestagen i que es poden administrar com píndoles, injeccions, anell vaginal o pegat transdèrmic.	Dispositius intrauterins amb coire	Anticoncepció quirúrgica voluntària (esterilització) femenina.
Mètodes que contenen només progestagen i que es poden administrar com píndoles, injeccions, implants, anell vaginal o dispositiu intrauterí.	Anticonceptius de barrera masculins (condó) i femenins (condó, diafragma; espermicides).	Anticoncepció quirúrgica voluntària (esterilització) masculina.
Anticoncepció hormonal d'emergència que pot consistir en píndoles de levonorgestrel sol o en píndoles combinades.	Mètode de l'amenorrea de lactància.	
	Mètodes d'abstinència periòdica (ritme o calendari, dies fixos o collaret del cicle, temperatura basal, moc cervical (billings), (sintotèrmic).	

Font: Elaboració pròpia.

Marc conceptual

Moltes de les intervencions de promoció i prevenció que es realitzen entre els adolescents solen centrar-se, exclusivament, en evitar les malalties de transmissió sexual i els embarassos no desitjats. El missatge es negativitza i es centra en considerar l'acte sexual com allò que comporta riscos que cal tractar d'evitar.

L'amor, l'enamorament i el compromís no es consideren com aspectes que cal tractar en aquestes intervencions. La majoria del programes es centren en el sexe, i no tant en la sexualitat.

De l'anàlisi de les estratègies en que es basen els programes de prevenció i d'intervenció educativa, que es duen a terme principalment a l'escola i amb la descripció de les pràctiques sexuals entre els adolescents, es desprèn la necessitat d'implantar estratègies dirigides a fomentar una sexualitat sana i responsable, i prevenir les conductes de risc. És per aquest motiu que dedicarem un capítol a tractar la necessitat de canvi per a una educació sexual integral, a nivell afectiva i emocional.

L'adolescència és per si mateixa una etapa complexa, caracteritzada per la immaduresa física i psicològica, i per la gran quantitat de canvis psicològics, físics i socials que hi conflueixen, l'embaràs en aquesta etapa representa un fet que afecta radicalment el present i futur de la noia, és un període on probablement, l'embaràs i la maternitat, suposin la finalització de l'escolarització, la restricció de les perspectives laborals, l'augment de la vulnerabilitat enfront a la pobresa, l'exclusió social i la dependència econòmica.

L'embaràs segons els estudis consultats, pot plantejar, en un context sociofamiliar advers, molts problemes d'indole mèdic, amb seguiment deficient o nul, part prematur, mortalitat perinatal i possibles carències en l'àmbit psicosocial, així com problemes de caire social relacionats amb el rebuig familiar i de la parella, consum de tòxics i abandonament del nadó. Són repercussions molt importants en la vida de la jove i del seu entorn familiar.

Marc conceptual

En general, els embarassos en les noies més joves no són conseqüència d'un procés d'elecció, segons Font (2008) el 82% dels embarassos en l'adolescència no són planificats, ni desitjada (Vilar et al., 2016).

A Catalunya, segons L'INDESCAT, des de l'any 2010 hi ha hagut una disminució dels naixements en menors de 21 anys, s'ha passat del 4,72% (3967 naixements) el 2010 al 4,07% del total de naixements (3141) l'any 2012. No obstant això, si s'analitza en nombre d'embarassos en menors de 15 anys a Catalunya s'observa que ha augmentat en els últims tres anys (Generalitat de Catalunya, 2016).

1.3.5 EPIDEMIOLOGIA

Les infeccions de transmissió sexual (ITS) constitueixen una epidèmia en la major part dels països del món. A més, també a nivell mundial les ITS ocupen el segon lloc per ordre d'importància en la morbiditat general de les dones entre 15 i 44 anys. Les i els adolescents, i joves constitueixen la població més vulnerable per patir i transmetre les ITS (Folch et al., 2015). Segons estudis poblacionals de l'OMS, el 25% de les i els joves sexualment actius a nivell mundial està afectat per alguna infecció de transmissió sexual. Aquestes xifres indiquen que les ITS conformen un problema mèdic i de salut pública de gran magnitud i la seva incidència augmenta fonamentalment en dones i joves. S'estima que la meitat dels nous casos ocorren en persones entre 15 i 24 anys (OMS, 2015).

Les dades sobre vigilància de l'ITS i HIV a Europa corresponents a l'any 2013 van ser publicats a l'informe conjunt del Centre Europeu de Control de Malalties (ECDC) i a l'Oficina Regional de l'Organització Mundial de la Salut (OMS) a Europa. Cal destacar que, per primera vegada, les dades tenen representativitat

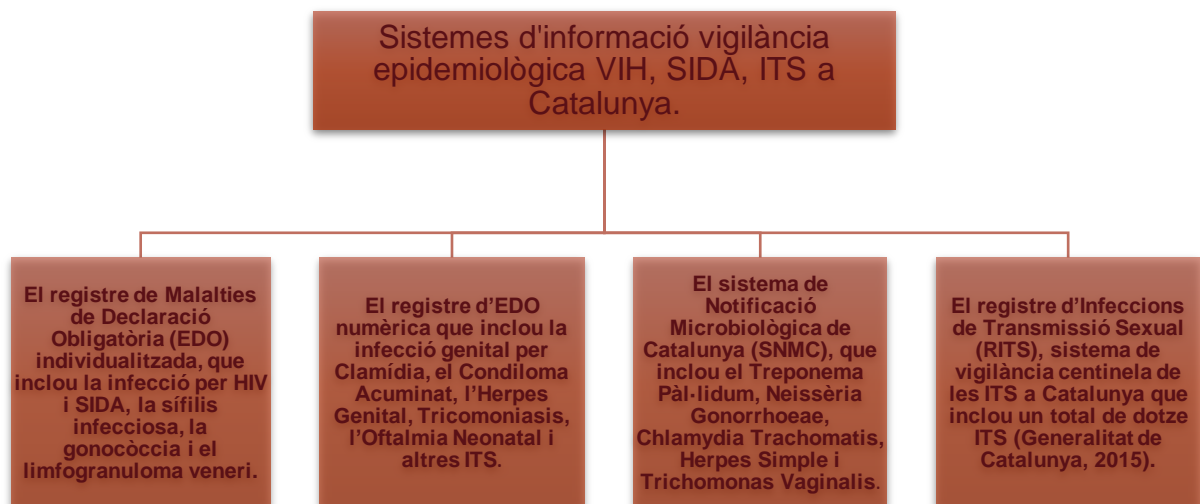
Marc conceptual

nacional en tots els països de la AEE, a causa del augment de la cobertura dels sistemes de vigilància a Itàlia i a Espanya en els últims anys (Cornejo, et al., 2015).

A Espanya la informació epidemiològica sobre les ITS, a nivell estatal, s'obté a través del sistema de malalties de declaració obligatòria (MDO). L'any 2015 s'ha elaborat un nou decret que adequa les malalties que han d'estar subjectes a vigilància d'acord amb la nominativa europea. A partir del decret 203/2015, de 15 de setembre, es crea el Mapa de Vigilància Epidemiològica. Aquest òrgan regula els sistemes de notificació de malalties de declaració obligatòria i brots epidèmics que han entrat en vigor recentment (Sistema Integrat de Vigilància Epidemiològica de VIH-ITS a Catalunya, 2015).

A Catalunya, la vigilància epidemiològica del VIH i la sida, així com de les altres infeccions de transmissió sexual (ITS) es realitza a partir de quatre sistemes d'informació:

Figura 3: Sistema d'informació vigilància epidemiològica a Catalunya.



Marc conceptual

Sobre les ITS, segons dades del Sistema Integrat de Vigilància Epidemiològica de la SIDA / VIH / ITS a Catalunya (SIVES) realitzat al 2015, l'Herpes i el Condiloma

Acuminat són les infeccions de transmissió sexual (ITS) declarades amb més freqüència, i afecten principalment a homes i dones joves (Cornejo et al., 2015).

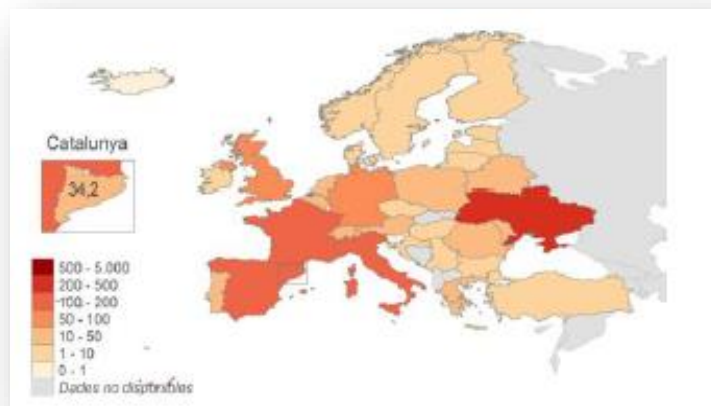
Altres resultats com els divulgats en el butlletí epidemiològic de Catalunya publicat al desembre de 2015, també mostren l'augment de les ITS de 34,4% en relació amb l'any anterior (2.619 casos el 2012 i 3.521 el 2013). El virus de l'Herpes Simple i *Trichomonas Vaginalis* han augmentat lleugerament l'any 2013 en comparació a l'any 2012 (385 i 418 casos, respectivament, de virus de l'Herpes Simple, i 269 i 324 casos, respectivament, de *Trichomonas Vaginalis*).

El que també s'ha observat en aquest informe és que tot i que els casos notificats de *Chlamydia Trachomatis* estan per sota de la mitjana Europea, els estudis de monitorització en joves demostren un augment de la proporció de joves infectats durant els últims anys (Cornejo, Díaz, Díez, & Valín, 2015).

Pel que fa al Virus de la Immunodeficiència Adquirida (HIV), l'últim informe realitzat pel Sistema Integrat de Vigilància Epidemiològica de la SIDA / VIH / ITS (Sistema Integrat de Vigilància Epidemiològica de VIH-ITS a Catalunya, 2015), durant l'any 2013 a Catalunya, mostra que aproximadament 34.200 persones vivien amb el VIH a la nostra societat l'any en que es va realitzar l'estudi (Gràfic 3).

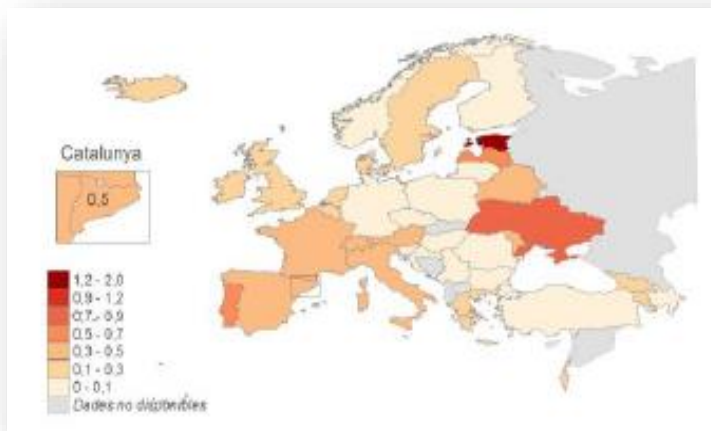
La prevalença del VIH en la població total va ser del 0,46%, similar a la de França (0,40%) i més alta que la d'altres països del nord d'Europa, com Alemanya (0,10%) i el Regne Unit (0,30%) (gràfic 4). S'estima que a Catalunya l'any 2017 hi haurà fins a 34.700 persones vivint amb el VIH i que la prevalença del VIH en la població d'entre 15 i 49 anys serà de 47 casos per cada 10.000 habitants (Sistema Integrat de Vigilància Epidemiològica de VIH-ITS a Catalunya, 2015).

Imatge 1: Nombre (en milers) de persones amb VIH a Europa.



Font: Dades extretes de SIVES Catalunya, 2015.

Imatge 2: Prevalença del VIH (%).



Font: Dades extretes de SIVES Catalunya, 2015.

A la ciutat de Barcelona, entre els anys 2001 i 2013, es van notificar 5.573 casos de diagnòstic del VIH, i es va observar un augment del 28% entre 2009 i 2013; part d'aquest increment es pot atribuir a l'entrada en vigor de la declaració obligatòria del VIH. D'entre la població diagnosticada, el grup de joves de 15 a 24

Marc conceptual

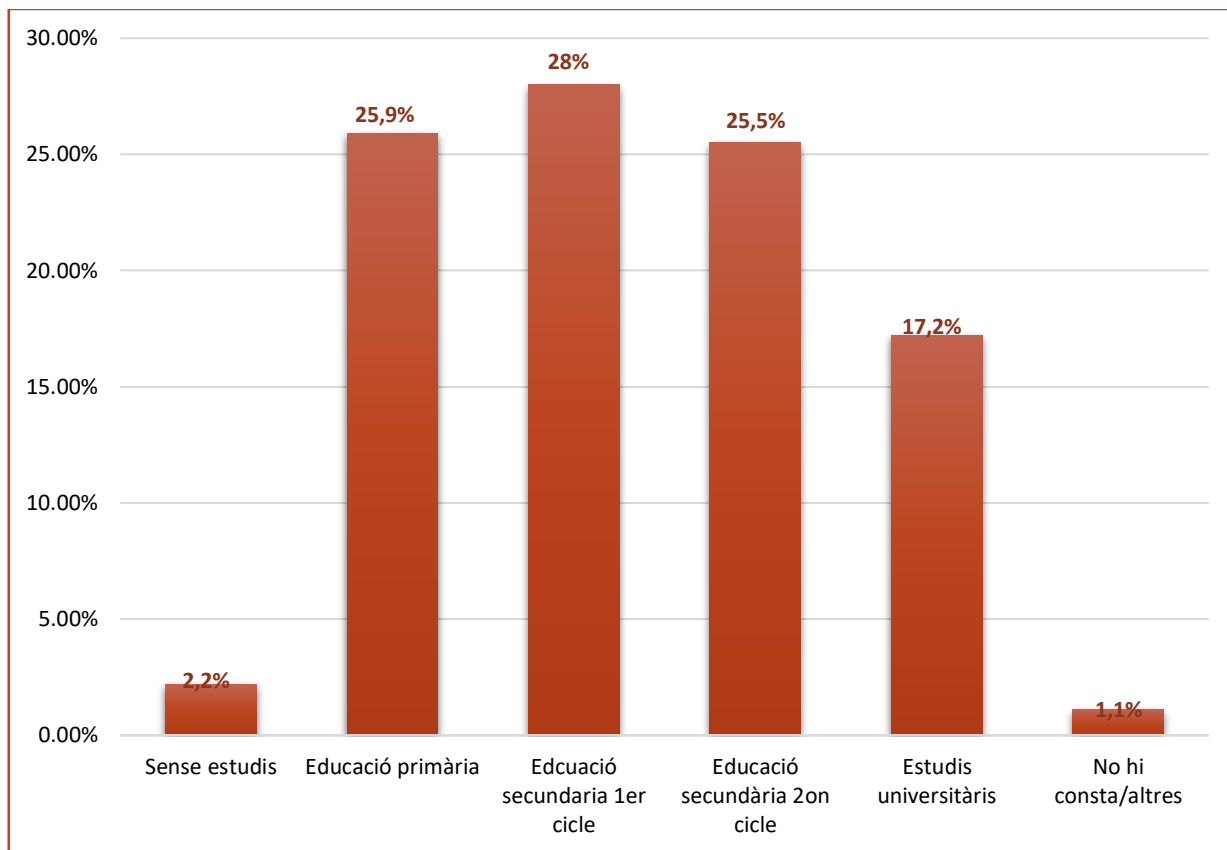
anys representa l'11% del total de casos. També hi va haver un cas d'un menor de 15 anys per transmissió vertical (Cornejo et al., 2015).

Referent a l'embaràs no desitjat, cal esmentar que l'informe anual sobre la interrupció voluntària de l'embaràs (IVE) recull dades relatives a les IVE realitzades en tots els centres sanitaris públics i privats autoritzats de Catalunya. Els resultats de l'estudi realitzat al 2014 mostren el nombre d'IVE realitzades a Catalunya (de dones residents i no residents) ha estat de 19.130, dades que representen una disminució del 13,4% respecte a les 22.083 IVE realitzades a l'any 2013.

El nombre total de joves amb edat compresa entre 15 i 19 anys va ser de 1.963, el que representa un 10,3% de tots els casos analitzats. Les dades també apunten que el grup amb major nombre d'incidència són els adolescents estudiants del primer cicle de l'Educació Secundària Obligatòria (ESO) amb el 28%, seguits del grup d'adolescents estudiants del segon cicle de l'Educació Secundària Obligatòria (ESO), que representaven el 25,5% de tots els casos d'IVE, índex que s'ha incrementat en comparació amb estudis realitzats en anys anteriors (figura 5), (Cornejo et al., 2015).

Marc conceptual

Figura 4: Distribució de les IVE realitzades segons nivell d'instrucció.



Font: Informe interrupció voluntària de l'embaràs, Generalitat de Catalunya, 2014.

Marc conceptual

1.4 MÈTODES ANTICONCEPTIUS

Cada persona ha de triar el seu mètode anticonceptiu d'acord a la seva pròpia situació de vida (estil de vida, vida sexual, nombre de fills que desitja tenir, nombre de parelles, valors, situació socioeconòmica, etc.) i a les característiques del mètode anticonceptiu que siguin acceptables per a la persona i les condicions de salut que es puguin veure afectades per l'ús del mètode (pressió alta, hàbit de fumar, malalties cardiovasculars, infeccions del tracte reproductiu, etc.), (Díaz & Schiappacasse, 2011).

El paper del professional de salut és informar sobre totes les opcions que hi ha i sobre el seu ús, i verificar els criteris d'elegibilitat, de tal manera, que faciliti a l'usuari la presa de decisió, lliure i informada. També ha d'informar i orientar sobre els efectes col·laterals, o possibles problemes que sorgeixen, i oferir el canvi de mètode anticonceptiu si l'usuari/a així ho desitja. Aquest procés d'informació i orientació ha de ser continu durant el seguiment.

1.4.1 JOVES I MÈTODES ANTICONCEPTIUS

A partir dels 13 anys, el / la menor té capacitat per a establir lliurement relacions sexuals consentides, ho sàpiguen o no els seus representants legals. D'això pot inferir-se, per tant, la seva capacitat per adoptar mesures anticonceptives, tot i sense el coneixement o amb el consentiment dels seus pares, (Quintana, 2013).

Segons l'informe "Joves i els hàbits sexuals entre els 13 i 18 anys" realitzat l'any de 2015, la majoria dels joves participants (mostra total de 2.412 adolescents escolaritzats) declara que utilitzen algun mètode anticonceptiu en les seves



Marc conceptual





relacions (91,3%), però hi ha un 8,7% que refereix no utilitzar-ne cap. Els alumnes que en major freqüència no han utilitzat cap mètode anticonceptiu són els de 3er de la ESO (15,8%), seguits dels de 2on de la ESO (12,3%), 2on de batxillerat (7,4%), 4rt de la ESO (6%) i 1er de Batxillerat (5,7%) (p = 0,009) (Alfaro et al., 2015).




La majoria utilitza com a mètode anticonceptiu el preservatiu masculí (89,6%). No hi ha diferències significatives segons el sexe. Sí que hi ha diferència en relació al curs, augmentant el seu ús segons avança l'edat. Han utilitzat la píndola anticonceptiva el 8,6% dels alumnes. No hi ha diferències estadísticament significatives segons el sexe i curs.

A continuació es presenta una taula amb informacions sobre els anticonceptius que més utilitzen, (Taula 5).

Taula 5: Mètodes anticonceptius i efectivitat.

Taula 6				
Mètodes anticonceptius i efectivitat				
Mètode	Descripció	Com funciona	Eficàcia per prevenir l'embaràs	Observacions
Anticonceptius orals en combinació  (la «pastilla» o «píndola»)	Conté dues hormones (estrogen i progestagen)	Evita l'alliberament d'òvuls pels ovaris (ovulació)	> 99% si es fa servir de manera correcta i sostinguda. 92% com s'usa comunament.	Disminueix el risc de càncer endometri al i ovàric.
Pastilles de progestagen sol «minipastilla» o «mini píndola» 	Conté únicament progesterona (sense estrogen)	Fa més espès el moc del conducte del coll uterí, el que impedeix que els espermatozous i l'òvul s'ajuntin i previnguin l'ovulació	99% si es fa servir de manera correcta i sostinguda Entre 90% i 97% com s'usa comunament	pot utilitzar mentre es dóna el pit; s'ha de prendre cada dia a la mateixa hora
Implants	Cilindres o càpsules petits i flexibles que es col·loquen sota la pell del braç, contenen únicament	Fa més espès el moc del conducte del coll uterí, el que impedeix la trobada dels	> 99%	Ha de ser inserit i extret per personal sanitari; es pot usar durant 3 a

	<p>progestagen</p>	<p>espermatozoides amb l'òvul i evita l'ovulació</p>		<p>5 anys, segons el tipus; les hemorràgies vaginals irregulars són comuns però no nocives</p>
<p>Progestagen en forma injectable</p>	<p>S'injecta per via intramuscular o sota la pell cada 2 o 3 mesos, segons el producte</p>	<p>Fa més espès el moc del conducte del coll uterí, el que impedeix la trobada dels espermatozous amb l'òvul i evita l'ovulació</p>	<p>> 99 % si es fa servir de manera correcta i sostinguda 97% com s'usa comunament</p>	<p>en cessar l'ús, la fecunditat triga a reaparèixer (prop d'1 i 4 mesos de mitjana); les hemorràgies vaginals irregulars són comuns però no nocives</p>
<p>Injectables mensuals o anticonceptius injectables en combinació</p>	<p>S'injecten cada mes per via intramuscular; contenen estrogen i progestagen</p>	<p>Impedeix que els ovaris alliberin òvuls (ovulació)</p>	<p>> 99% si es fan servir de manera correcta i sostinguda 97% com s'usen comunament</p>	<p>les hemorràgies vaginals irregulars són comuns però no nocives</p>
<p>Pegat anticonceptiu combinat i anell vaginal anticonceptiu combinat</p> 	<p>Libera dues hormones de forma contínua, una progestina i un estrogen, directament a través de la pell (pegat) o mitjançant l'anell</p>	<p>Impedeix que els ovaris alliberin òvuls (ovulació)</p>	<p>El pegat i l'anell vaginal són mètodes nous i els estudis sobre la seva eficàcia són limitats. Els estudis d'eficàcia realitzats assenyalen que pot ser més eficaç que els anticonceptius orals combinats, quan s'utilitzen d'una manera correcta i sostinguda, i tal com s'apliquen comunament</p>	<p>El pegat i l'anell vaginal proporcionen una seguretat comparable als anticonceptius orals combinats amb formulacions hormonals similars i el seu perfil farmacocinètic és semblant</p>
<p>Dispositiu intrauterí (DIU): de coure</p> 	<p>Dispositiu plàstic flexible i petit que conté una nansa o coberta de coure i s'insereix en l'úter</p>	<p>El coure danya els espermatozous i impedeix que s'ajuntin amb l'òvul</p>	<p>> 99%</p>	<p>Disminueix la freqüència de còlic menstrual i els símptomes de endometriosis; amenorrea (absència d'hemorràgia menstrual) en un grup d'usuàries</p>
<p>Dispositiu intrauterí (DIU): de levonorgestrel</p> 	<p>Dispositiu plàstic en forma de T que s'insereix en l'úter i allibera diàriament petites quantitats de levonorgestrel</p>	<p>Suprimeix el creixement del revestiment de la cavitat uterina (endometri)</p>	<p>> 99%</p>	<p>Amb el temps es redueix la quantitat de sang que es perd amb la menstruació; disminueixen els dolors menstruals i els símptomes d'endometriosis; es va observar amenorrea (absència de</p>

				menstruació) en un grup d'usuàries
<p>Condó masculí</p> 	coberta que envolta el penis erecte	Forma una barrera que impedeix la trobada dels espermatozous amb l'òvul	98% si es fa servir de manera correcta i sostinguda 85% com s'usa comunament	També protegeix de les infeccions de transmissió sexual, en particular la causada pel VIH
<p>Condó femení</p> 	s'adapta folgadoament a la vagina; està fet d'un material plàstic transparent, fi i suau	Forma una barrera que impedeix que els espermatozous i l'òvul s'ajuntin	90% si es fa servir de manera correcta i sostinguda El 79% com s'usa comunament	També protegeix de les infeccions de transmissió sexual, en particular la causada pel VIH
<p>Esterilització masculina (vasectomia)</p> 	Anticoncepció permanent per la qual es bloquegen o tallen els tubs (conductes deferents) que transporten els espermatozous des dels testicles	Impedeix que hi hagi espermatozous al semen ejaculat	> 99% després de l'avaluació del semen als 3 mesos Entre 97% i 98% si no s'avalua el semen	Triga a actuar uns 3 mesos a causa de que queden espermatozous emmagatzemats; no afecta el funcionament sexual de l'home; és fonamental que sigui una elecció voluntària i amb coneixement de causa
<p>Esterilització femenina (ligadura de les trompes; salpingectomia)</p>	Anticoncepció permanent per la qual es bloquegen o tallen les trompes de Fal·lopi	Els òvuls no poden ajuntar-se amb els espermatozous	>99%	És fonamental que sigui una elecció voluntària i amb coneixement de causa

Font: Planificació familiar, OMS, Desembre de 2016.

1.5 JOVES I TIC

L'evolució del concepte d'adolescència està unida al concepte d'infància, i cap dels dos han tingut el mateix significat al llarg de la història. Aquests conceptes han anat canviant com a conseqüència d'importants aportacions científiques en diferents camps, com la medicina, la psicologia, la filosofia, la pedagogia, la sociologia, l'economia, etc., i això ha provocat canvis d'actitud dels adults cap als nens i els adolescents.

Marc conceptual

Internacionalment, es van consolidant els principis de la Declaració de Ginebra (1932), la Carta de la Infància (1942), la Declaració Universal dels Drets dels Infants (1959) i, finalment, la Convenció sobre els Drets de l'Infant (1989), per entendre el nen com a subjecte de dret i de protecció per part de la col·lectivitat (Ortuño, 2014).

L'aparició a mitjans dels anys 90 de les anomenades noves tecnologies, entre les quals s'inclouen l'ordinador, el telèfon mòbil i Internet, ha produït una veritable revolució social; principalment, perquè ens ofereixen possibilitats de comunicació i informació amb el món i possibiliten el desenvolupament de noves habilitats i formes de construcció del coneixement que anteriorment eren desconegudes, i que, a més, ens plantegen nous reptes socials que hem d'assumir de manera responsable.

És difícil comprendre el món dels adolescent sense tenir en compte l'impacte que aquests mitjans de comunicació i les tecnologies de la informació i la comunicació (TIC) tenen en les seves vides, (Arab & Díaz, 2015), ja que requereixen també d'unes noves habilitats mentals que els permetin estar atents a multitud d'estímul visual i auditiu alhora. Parlar a través del Messenger, xatejar amb diverses persones al mateix temps i atendre els avisos de pantalla, controlar les seves pròpies respostes amb un tipus de llenguatge visual ple d'icones representatives de conceptes o estats d'ànim i, al mateix temps, està atenent una conversa telefònica. Olson (1997) parla d'una "nova escriptura" que pot portar al desenvolupament de noves capacitats humanes, de la mateixa manera que l'aparició de l'escriptura va revolucionar el pensament (Arab & Díaz, 2015).

Les TIC, com l'ordinador, Internet i el telèfon mòbil, han propiciat accelerats i innovadors canvis en la nostra societat, principalment, perquè tenen un caràcter d'interactivitat. Les persones, a través del seu ús, poden interactuar amb altres persones o mitjans, mentre ens ofereixen possibilitats que anteriorment ens eren desconegudes (Bernete, 2010).

Marc conceptual

Dins el context social, l'adolescent manté una estreta relació amb les tecnologies de la informació i la comunicació, ja que s'han convertit en una poderosa eina que els facilita informació, comunicació i potencia el desenvolupament d'habilitats i noves formes de construcció del coneixement (Jiménez & Bernal, 2011). En altres paraules, l'adolescent d'avui practica noves formes de construir una cultura digital.

Aquests mitjans de comunicació són, alhora, uns nous recursos amb diferents representacions del món que obren una gran multitud de possibilitats de vida de manera virtual i que incideixen en els adolescents en l'elaboració de la seva pròpia identitat.

1.6 SALUT I TIC

D'acord a l'Organització Mundial de la Salut, a l'ús de les TIC per a la salut se l'anomena e-Salut. De la mateixa manera, com e-Salut Pública, es coneixen les possibles aplicacions de les TIC en la Salut Pública. Encara que poden semblar molt semblants, cadascuna té un enfocament d'estudi diferent, amb una intersecció, de vegades, difícil de determinar. La primera té com a objecte d'estudi de l'individu; la segona, la població, com un tot.

En aquesta relació TIC i salut, que es torna en ocasions simbiòtica, podem parlar de:

- Les TIC per a la salut, és a dir, l'ús d'aquestes eines per donar suport directament a la prestació de serveis de salut i a l'activitat mèdica netament assistencial. Un exemple molt clar: la telemedicina.

Marc conceptual

- Les TIC com a suport a totes les activitats o processos que tenen un impacte directe o indirecte en la salut de la població. En altres paraules, les TIC aplicades a la Salut Pública. Per exemple, canal-salut de la Generalitat de Catalunya. La infermera virtual (Fontanet & Cuxart, 2010), que li ofereix informació rellevant, suggeriments i consells que milloraran la seva capacitat per tenir cura de la salut.
- Les TIC emprades en circumstàncies determinants per afavorir l'ambient, l'educació, l'ocupació (Cabero et al., 2016).
- Les TIC i el seu impacte en la salut de l'individu. Per exemple, poden fomentar situacions de risc com són el sedentarisme, l'aïllament, l'ara anomenat sexting, (Morelli et al., 2016) etc.

Internet contribueix a accelerar aquest procés i, de mica en mica, s'apropen a les noves tecnologies una proporció més gran de pacients. Alguns dels seus usos, per exemple, és la recerca d'informació científica dirigida a pacients, perquè puguin estar al dia dels últims estudis sobre el seu procés de malaltia. Aquest fet fa que ens trobem a les portes d'un canvi en el perfil del pacient. A la pràctica, això suposarà que el pacient ha d'implicar-se més activament en la presa de decisions, i s'hauran de desenvolupar mecanismes per prevenir possibles abusos.

Les generacions més joves utilitzen i aprofiten millor les noves tecnologies segons apunten totes les dades recopilades. Quan tenen un problema de salut o pateixen alguna malaltia, el previsible és que utilitzin Internet com a font d'informació.

El 96% del joves es connecta a Internet; quasi 3 de cada 4 joves busquen informació sobre la seva salut, i els temes que més els preocupa són l'aspecte físic, les malalties, el sexe, la salut mental i les drogues. Internet és un medi d'integració i socialització entre els joves, és una eina formativa molt important

Marc conceptual

què, de forma adequada, es pot convertir en coneixement i reciclatge. El joves tenen molta curiositat i, és per això, que l'accés ràpid a Internet el fa un dels sistemes més utilitzats a l'hora de buscar informació ràpida i sense limitacions.

Segons dades de l'Institut Nacional de l'Estadística (INE), 9 de cada 10 menors han utilitzat les TIC en els tres últims mesos (94,5% de nois i 93,4% de noies). Igualment, es registra un percentatge elevat d'usuaris/es d'Internet. Aquest percentatge a Espanya és d'un 85,1% de nois i noies, entre 10 i 15 anys, corresponent als tres últims mesos. Pel que fa a l'ús del mòbil a Espanya, podem dir que gairebé 7 de cada 10 menors l'utilitzen (68,4% de nois i 69,3% de noies).

No obstant, molta informació i accés fàcil no és garantia de qualitat ni de bona gestió de la informació (Martínez et al., 2017), d'igual manera que tampoc l'existència d'una bona informació garanteix el canvi de creences, actituds i estils de vida (Almenara, 2016).

És innegable que hem de vetllar per un ús sensat de les Tics, aprofitant els avantatges i oportunitats que la tecnologia ens ofereix. En tot cas, els centres de salut i, no pas l'ordinador, haurien de continuar sent el primer esglaó en el sistema sanitari.

Finalment, sembla raonable insistir en la necessitat d'investigar amb detall quina és (i pot ser) l'aportació de les Tics a la millora de la qualitat de l'assistència sanitària que reben els pacients.

Cada vegada hi ha més projectes pilot, sobre Web 2.0 (Pedro, Guillén-riquelme, Morales, Orgilés, & Sierra, 2014) aplicacions per tabletas o mòbils, serveis de telemedicina, educació virtual, campanyes a través de missatges de text, comunitats virtuals col·laboratives en salut i un molt llarg etcètera, finançats pels organismes de desenvolupament, universitats i empreses privades.

Marc conceptual

Aquestes entitats exploren la millor manera d'eleva l'estatus de salut d'una població específica mitjançant l'ús central de les TIC. I és que la clau és la millora de la salut de la població.

En resum, les noves tecnologies de la informació i comunicació són aquelles eines informàtiques que processen, emmagatzemen, sintetitzen, recuperen i presenten informació de la forma més variada. Són un conjunt d'eines, suports i canals per al tractament i accés a la informació. Constitueixen nous suports i canals per donar forma, enregistrar, emmagatzemar i difondre continguts informatius. Alguns exemples d'aquestes tecnologies són la pissarra digital (ordinador personal + projector multimèdia), els blogs, el podcast i, per descomptat, la web 2.0, (Diego, Fernández, & Badanta, 2017).

Per a tot tipus d'aplicacions educatives, les TIC són mitjans i no fins. És a dir, són eines i materials de construcció que faciliten l'aprenentatge, el desenvolupament d'habilitats i diferents formes d'aprendre, estils i ritmes dels aprenents.

Les conclusions de l'estudi del grup de recerca PSINET de l'IN3 (Internet Interdisciplinary Institute) de la UOC sobre l'ús d'Internet i les xarxes socials per a la salut en adolescents 2014, mitjançant una enquesta anònima de 43 preguntes agrupades en quatre àrees (demografia, ús d'Internet i xarxes socials, percepció de salut i necessitat d'ajuda), que han respost estudiants entre dotze i divuit anys de tretze instituts de secundària catalans, mostren algunes dades interessants. Tres de cada quatre adolescents busquen informació sobre salut a Internet, majoritàriament amb cercadors generals com Google o Wikipedia. Les noies busquen més informació sobre salut que no pas els nois, i ho fan especialment sobre aspectes de l'aparença física, malalties i salut mental. L'estudi també conclou que com més edat, més augmenta la cerca d'informació sobre salut.

Marc conceptual

D'altra banda, el 84% dels adolescents perceben que la seva salut és bona o molt bona. Les noies i els adolescents més grans perceben la seva salut pitjor que la dels nois i dels més joves. Al voltant del 30% utilitza Internet per a buscar informació o per a compartir els seus problemes a les xarxes socials. Per tant, sembla que els adolescents fan servir internet majoritàriament per a cercar informació sobre salut.

1.7 L'EDUCACIÓ PER A LA SALUT

Per introduir-nos en el següent apartat, que parla sobre l'educació per a la salut, hem de clarificar la definició de Salut.

El terme Salut (del llatí "salus, ūtis") és l'estat de complet benestar físic, mental i social, i no solament l'absència d'infeccions o malalties, segons la definició de l'Organització Mundial de la Salut realitzada en la seva constitució de 1946 (OMS, 2012). El concepte salut abasta l'estat biopsicosocial, els aspectes que un individu exerceix, d'una manera àmplia, la salut és l'estat general d'un organisme i pot ser, per exemple, bona, dolenta, fràgil, etc. D'una forma simbòlica, també es parla de 'salut' per referir-se a l'estat i funcionament d'un grup, una institució o una activitat.

El terme salut pot evocar realitats diferents depenent de l'època històrica, la cultura o civilització en la qual ens situem, i els actors i segments socials que el facin servir (Diego et al., 2017). La idea del que s'entén per salut depèn de la interacció de múltiples factors socials, polítics, econòmics, culturals i científics.

Com apunta Briceño (2000), "la salut és una síntesi; és la síntesi d'una multiplicitat de processos, del què esdevé amb la biologia del cos, amb l'ambient que ens envolta, amb les relacions socials, amb la política i l'economia internacional".

Marc conceptual

Així, la nostra aproximació al concepte estarà, per tant, condicionada pel nostre univers cultural (Sánchez, Gómez, & Concepción, 2014).

L'Educació per a la Salut (EPS) ha estat considerada com un dels camps d'innovació de la reforma educativa, i cobra cada vegada més importància com a àrea de treball pedagògic en l'educació reglada i en l'educació social (no reglada).

No obstant això, l'Educació per a la Salut (EPS) és una pràctica antiga, tot i que ha variat substancialment respecte al seu enfocament ideològic i metodològic, com a conseqüència dels canvis paradigmàtics en relació a la salut: d'un concepte de salut com no malaltia cap a un altre més global, que considera la salut com la globalitat dinàmica de benestar físic, psíquic i social.

Per establir el marc general d'aquesta Educació per a la Salut (EPS), es pot citar, per l'important impuls que va suposar, la Conferència Internacional sobre Atenció Primària de Salut, portada a terme a Alma-Ata, Kazakhstan, el 1978. Es va establir l'estratègia històrica de política internacional de salut, anomenada "salut per a tots" per a l'any 2000 (OPS / OMS, 1980). Disposava que tots els països havien de proporcionar les condicions sanitàries mínimes per garantir la salut de tota la seva població.

Troblem que, a partir d'aquesta conferència, es va dirigir l'atenció internacional cap al concepte de la salut com un dret humà, i va proposar l'atenció primària de salut com la millor estratègia per posar la salut a l'abast de tots els membres de la societat. Un enfocament central de l'estratègia és la reorientació de recursos cap a la cura bàsica i cap a la prevenció, i no, exclusivament, cap als hospitals i l'alta tecnologia mèdica.

Marc conceptual

El pas del concepte negatiu de la salut a una visió positiva ha conduït a un moviment ideològic, segons el qual, les accions han d'anar dirigides a fomentar estils de vida sans, enfront de l'enfocament preventiu que havia prevalgut fins llavors. Paral·lelament, s'ha produït un canvi terminològic: de la tradicional denominació d'Educació Sanitària a l'actual Educació per a la Salut (EPS).

Així doncs, l'EPS, que té com a objectiu millorar la salut de les persones, pot considerar-se des de dues perspectives:

1-Preventiva: Des del punt de vista preventiu, capacitant les persones per evitar els problemes de salut mitjançant el propi control de les situacions de risc, o bé, evitant les possibles conseqüències.

2-Promoció de la salut: Des d'una perspectiva de promoció de la salut, capacitant a la població perquè pugui adoptar formes de vida saludables.

Aquesta revolució ideològica ha portat, com a conseqüència, a l'evolució en els criteris sobre els quals se sustenta el concepte d'EPS.

Proposem l'Educació per a la Salut com un procés de formació, de responsabilització de l'individu perquè adquireixi els coneixements, les actituds i els hàbits bàsics per a la defensa i la promoció de la salut individual i col·lectiva.

Enfocat en l'ambient escolar, diríem que amb l'EPS, responsabilitzem i preparam a l'alumne per a que adopti un estil de vida el més sa possible i unes conductes positives de salut.

Marc conceptual

1.7.1 EDUCACIÓ PER A LA SALUT EN L'ÀMBIT ESCOLAR

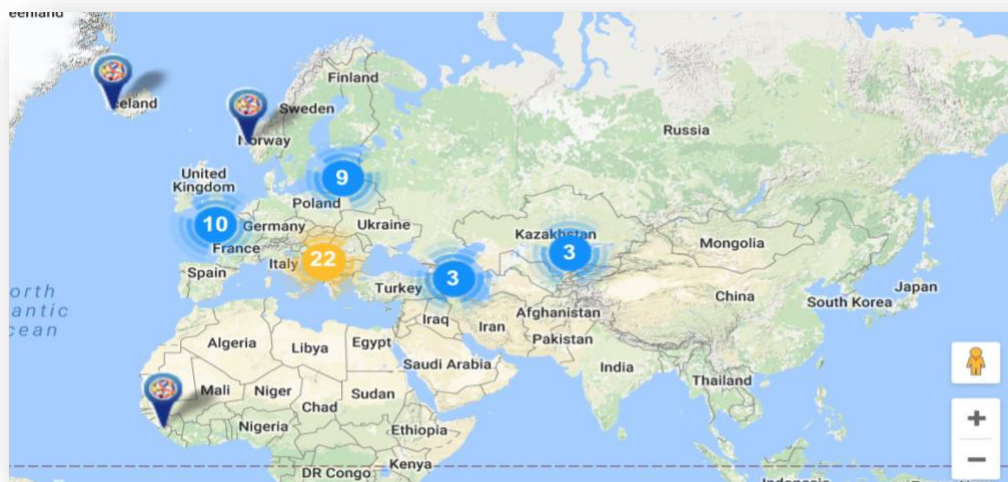
El concepte d'Escola Promotora de Salut emergeix simultàniament a Europa i Nord-Amèrica a meitats dels anys 80, mentre es comencen a traçar les bases de la carta d'Ottawa de la promoció de la salut (1986). La idea era que servís per fomentar les aliances entre els ministeris d'educació i salut dels diferents països, i altres actors que poguessin estar implicats en la creació i manteniment d'unes escoles promotores de salut.

Les Nacions Unides reconeixen el potencial de les escoles per influir, no només en la situació educativa dels joves, sinó també en la seva salut i en el seu desenvolupament econòmic. Això es fa evident en la importància que se li ha donat a l'educació primària universal i en l'eliminació de la disparitat de gènere, tant en l'educació primària com en la secundària, dins dels objectius de desenvolupament del mil·lenni. Veiem relació entre la bona salut, els resultats educatius i la finalització dels estudis. També hi ha una relació ben establerta entre mig escolar i resultats en la millora de la salut, (Ramos, Ramos, & Villate, 2012). Aquestes relacions evidencien una millora mútua, de manera que les escoles siguin un lloc important, tant per a l'educació com per a la salut.

La Xarxa Europa d'Escoles Promotores de Salut (REEPS) va començar a Europa l'any 1991, inicialment nomenada "Escola, Promotora de Salut". Representants dels Estats Membres de la Unió Europea a Lubeck van analitzar la primera experiència d'un programa d'EPS sobre drogodependència a l'escola, (Fernández, Rebolledo, & Velandia, 2006).

Actualment coneguda com La Xarxa d'Escoles per a la Salut a Europa (SHE), estableix entre els seus objectius, la creació d'una escola saludable que faciliti l'adquisició d'uns hàbits i estils de vida saludables a tota la comunitat educativa i en un ambient que sigui afavoridor per a la salut. Aquest projecte inclou 45 països europeus i 5 països de fora d'Europa (taula 6).

Imatge 3: Xarxa SHE 50 països.



Taula 6: Xarxa SHE 50 països.

Països membres de la xarxa SHE a Europa			
Albània	France	Lituània	Spain
Armènia	Geòrgia	Luxemburg	Sweden
Àustria	Germany	Malta	Switzerland
Azerbaitjan	Greece	Moldava, Rep. of	TFY Macedònia
Belarus	Hungary	Netherlands	Turkey
Belgium	Iceland	Norway	Ukraine
Bulgària	Ireland	Poland	United Kingdom - England
Croatia	Israel	Portugal	United Kingdom - Northern Ireland
Cyprus	Italy	Romania	United Kingdom - Scotland
Czech Republic	Kazachsthan	Russian Federation	United Kingdom - Wales
Denmark	Kosovo	Sierra Leone	Uzbekistan
Estonia	Kyrgyzstan	Slovak Republic	
Finland	Latvia	Slovenia	

Font: <http://www.schools-for-health.eu/she-network/member-countries>

Marc conceptual

Espanya es va incorporar a la xarxa d'escoles l'any 1993. A Espanya formen part de la Xarxa d'Escoles per a la Salut a Europa (SHE) més de 160 escoles de set comunitats autònomes i és coordinada per l'Institut de formació del Professorat, Investigació i Innovació Educativa, del Ministeri d'Educació.

Hi ha una evidència cada vegada més gran de que els enfocaments són més eficaços quan inclouen l'educació per a la salut dins l'escola. Aquests enfocaments creen un entorn de suport físic, social i d'aprenentatge, que involucra a l'alumnat, a les famílies, a les comunitats i a les organitzacions.

L'ensenyament i l'aprenentatge a classe sobre qualsevol tema de salut, com per exemple, l'alimentació saludable o salut mental i emocional, requerirà la unió amb iniciatives més àmplies sobre la vida escolar, en general, i la comunitat, si es vol aconseguir un impacte sobre les conductes relacionades amb la salut a llarg termini.

La revisió de la literatura internacional dóna suport a l'eficàcia de l'enfocament de les escoles per a la salut, en termes dels resultats que pot generar (Gasperi, 2010), van investigar sobre els efectes que tenia l'escola, com un tot, en els comportaments de salut de l'alumnat.

Els resultats també van servir per donar suport a l'enfocament d'escoles promotores de salut (Sierra & Zuriarrain, 1998), va concloure que els programes escolars que eren eficaços en canviar la salut juvenil o els comportaments relacionats amb la salut eren aquells que implicaven activitats en més d'un àmbit (Monsalve, 2013).

La LOE (2006) proposa treballar una sèrie de temes sobre salut que, tot i no ocupar un lloc concret en el currículum, s'han de treballar al llarg de l'escolaritat. Aquests són els anomenats "eixos transversals", els quals, pretenen assolir un objectiu bàsic: promoure el desenvolupament de conductes crítiques i reflexives en els estudiants.

Marc conceptual

Entre aquests eixos se situa l'Educació per a la Salut. Per tant, segons la legislació vigent, l'Educació per a la Salut ha de tractar-se de manera transversal, però no tots els centres aconseguen fer-ho. De fet, en funció del nivell de transversalitat que s'assoleixi, podem classificar les pròpies escoles i detectar que molts d'aquests centres no arriben al nivell d'Escola Promotora de Salut (Gasperi, 2010).

Treballar l'Educació per a la Salut (EPS) a les escoles és apostar per una educació integral dels alumnes, com a futurs adults autònoms i responsables. D'aquesta manera, es pot assegurar el dret a la salut i a l'educació de la infància com una responsabilitat de tots, i que part de la inversió que cada societat faci, pugui generar, a través de la capacitat creadora i productiva dels joves, un futur social i humà sostenible (Repetto & Pena, 2010).

En aquest sentit, l'OMS (1983) assenyala que si enfoquem l'educació sanitària des d'un model participatiu i adaptat a les necessitats, la població adquirirà una responsabilitat en el seu aprenentatge i, aquest, no estarà centrat en el saber, sinó també en el saber fer. Per a això, la pròpia OMS, partint de les recomanacions de la Conferència sobre la Promoció de l'Educació per a la Salut d'Estrasburg, impulsa la creació de Xarxes d'Escoles Promotores de Salut (Sierra & Zuriarrain, 1998).

A la primera conferència europea sobre escoles promotores de salut, celebrada a Tessalònica, Grècia (1997), es van definir els principis per a la promoció de la salut a les escoles. Tota la població infantil i juvenil té el dret a l'educació, la salut i la seguretat, així com el dret a ser educada dins d'una escola promotora de salut.

A la segona conferència europea que es va portar a terme sobre escoles promotores de salut, celebrada a Egmond aan Zee, Holanda (2002), es va emfatitzar la importància de la col·laboració entre els sectors educatiu i sanitari. L'Agenda d'Egmond és una eina per ajudar a establir i desenvolupar la promoció de salut a les escoles a tota Europa.

Marc conceptual

La tercera conferència europea sobre escoles promotores de la salut, celebrada a Vïlnius, Lituània (juny de 2009), sota el nom "Escoles Millors a través de la Salut", ha volgut fer un pas més en la promoció de salut a les escoles d'Europa, amb accions comunes intersectorials i internacionals.

Durant la conferència, la població juvenil ha tingut un principal protagonisme, i ha estat compartint i treballant conjuntament, per tal d'aconseguir fer de la seva escola un lloc millor per aprendre i treballar.

La quarta Conferència Europea d'Escoles Promotores de Salut es va celebrar a la ciutat de Odense (Dinamarca), del 7 al 9 d'octubre 2013, i va ser organitzada per la Universitat de Dinamarca del Sud en col·laboració amb el Departament d'Educació de la Universitat Aarhus i la xarxa d'Escoles de Salut d'Europa.

Aquesta conferència té com a objectius consolidar, enfortir, disseminar i compartir investigació, polítiques i pràctiques en el camp de la promoció de salut a les escoles. El tema central d'aquest any serà l'equitat en la salut, vinculant la promoció de la salut en l'àmbit escolar amb assumptes clau com la sostenibilitat, la inclusió social, la innovació i els canvis. Aquest esdeveniment s'adreça a tots els professionals interessats en la promoció de la salut a les escoles, la salut i el benestar dels nens i joves a Europa.

1.7.2 PROGRAMES D'EDUCACIÓ SEXUAL EN L'ÀMBIT COMUNITARI ESTATAL

Els programes per a tractar l'educació sexual, han passat per diferents models i enfocaments al llarg de la seva curta història, des del programa Harimaguada (1986), introduït pel govern Canari en els anys 80, fins a arribar al model defensat

Marc conceptual

actualment, el model d'educació integral.

Les definicions sobre educació (afectiu) sexual que donen els materials revisats contenen, a manera de declaració d'intencions, els seus principis orientatius fonamentals des d'un model moralitzant, que defensava patrons ideals de conductes i de pràctiques sustentades en l'heterosexualitat, assumint que les qüestions de la sexualitat a les escoles s'han d'abordar transmetent certa informació relacionada amb la reproducció, posant en èmfasi en qüestions ètiques, (Garzon, 2016) i en certs imperatius regulats que apunten a un control de la pràctica sexual per mitjà de l'abstinència com a estratègia no només preventiva, sinó com a ideal de conducta sexual de els adolescents, (Fernández et al., 2017).

El model biologicista es centra també en la transmissió de coneixements sobre l'anatomia i fisiologia dels sistemes reproductors femení i masculí, i simplifiquen l'educació sexual a la reproducció i a les relacions sexuals genitals, als aspectes mèdics de prevenció i al paper dels "especialistes" per al tractament d'aquests temes a l'aula. Des d'aquest enfocament prevencionista, l'educació sexual es centra en les amenaces de les malalties i dels efectes no desitjats, sense tenir en compte l'afectivitat i les relacions humanes. La no consideració del desig en l'abordatge de la sexualitat porta a plantejar l'experiència sexual humana d'una manera empobrida, presentant-la des de fora de l'experiència juvenil i docent, (Garzon, 2017).

L'educació sexual integral parteix d'una visió més positiva, busca el benestar personal, des del respecte a la diversitat de les persones com una construcció personal, basada en el coneixement, la formació i la lliure elecció, amb la qual cosa es contribueix al desenvolupament d'una societat més justa, democràtica i respectuosa amb les diferències, que promou la coeducació i la igualtat de gènere.

Marc conceptual

La sexualitat es construeix, a diferència del sexe, que ens ve donat. La sexualitat és construïda a través de la interacció entre l'individu i les estructures socials.

És precisament per aquesta diferència, que té sentit parlar d'educació afectiva i sexual. Aquest és un recurs bàsic per tal que el procés de construcció prengui la direcció del desenvolupament i no derivi en la inhibició o la repressió. També és important que aquest desenvolupament consideri la persona en el seu conjunt, d'una manera global, més enllà dels aspectes reproductius o, si es vol, instintius, incloent-hi aspectes com ara la intimitat, la relació afectiva, l'autoimatge, els sentiments i les emocions.

El desenvolupament ple en l'àmbit de la sexualitat és essencial per al benestar individual, interpersonal i social. Els drets sexuals són drets humans universals basats en la llibertat inherent, dignitat i igualtat per a tots els éssers humans. Atès que la salut és un dret humà fonamental, la salut sexual ha de ser un dret humà bàsic.

La necessitat de l'educació sexual durant les dècades passades ha augmentat notablement, a causa de diversos esdeveniments: la globalització, la migració de nous grups de població amb diferents contextos i valors socials, culturals o religiosos, la ràpida propagació de nous mitjans, com les noves tecnologies, les xarxes socials, el sorgiment i propagació de malalties com el VIH / SIDA, els canvis d'actituds cap a la sexualitat, i el comportament sexual entre els joves.

Aquestes noves situacions requereixen d'estratègies eficaces perquè els adolescents puguin fer front a la seva sexualitat de forma segura i satisfactòria (Morales, 2015).

Actualment, existeixen programes d'educació per a la salut, que van dirigits a l'educació sexual dels adolescents. Aquests programes informen i orienten els adolescents de temes relacionats amb la salut sexual i l'afectivitat. A nivell nacional i, especialment a Catalunya, existeixen diversos programes, tant

Marc conceptual

presencials com on-line, que ofereixen educació sanitària sobre diversos problemes de salut comunitària, com poden ser els que esmentem a continuació:

Tarda Jove és un servei d'atenció a la salut sexual i reproductiva, dirigida a joves menors de 25 anys que proporciona orientació i assessorament sobre sexualitat, mètodes anticonceptius, malalties de transmissió sexual, etc. S'hi pot accedir de manera individual, en parella o en grup, en els horaris establerts. Atenció confidencial i gratuïta sense necessitat de cita prèvia.

La filosofia del programa és atendre el jove en el moment de la demanda, per evitar les derivacions, i que s'hi pugui acudir el dia de la setmana establert. El problema és que no tots els centres de Catalunya disposen d'aquesta consulta, i no a tots els municipis es té la mateixa facilitat per disposar d'aquest assessorament.

Des de la crisi de 2008, s'han anat reduint els recursos per part de l'administració i aquestes retallades han donat com a conseqüència que s'hagi anat reduint el servei de la "Tarda jove", que els ASSIR -Atenció Salut Sexual i Reproductiva-, molts dels quals depenen del centre d'atenció primària, tinguin problemes per substituir personal, i que les agendes s'omplin cada vegada més de visites, especialment en centres grans d'atenció primària de ciutats grans. Els adolescents d'edats entre 14 i 16 anys es troben amb problemes a l'hora de recórrer al centre d'atenció primària i poder visitar-se amb la llevadora, que és la persona encarregada de portar a terme la "Tarda jove". Tots aquests entrebancs tenen conseqüències negatives per al jovent i deriven, en molts casos, en que no facin ús del servei de consulta. Una raó pot ser que no tinguin coneixement de que aquest servei existeixi, una altra raó habitual és que els espanti o incomodi la possibilitat de que puguin trobar-se amb algun conegut a la mateixa sala d'espera de l'ambulatori.

Marc conceptual

Com a conclusió, podem afirmar que, d'acord als resultats d'una enquesta que vam realitzar a adolescents dels instituts de la població d'estudi, el 97% dels joves desconeix el servei que ofereix "La tarda jove".

Centre jove d'anticoncepció i sexualitat (CJAS) és un servei d'atenció específic per a adolescents i joves fins a 30 anys que volen resoldre dubtes o preocupacions sobre alguna cosa relacionada amb la sexualitat, l'afectivitat i els riscos associats.

Tant els nois com les noies poden realitzar les seves consultes de manera presencial, per telèfon o a través de la pàgina web <http://www.centrejove.org>. L'atenció és anònima i confidencial. No cal demanar cita prèviament. L'horari és de dilluns a dijous, d'11 a 19 h i divendres, de 10 a 17 h. Disposen de material didàctic, mitjans virtuals i poden participar en activitats educatives. L'objectiu d'aquestes activitats és que els participants del Programa aprenguin sobre sexualitat i millorin els hàbits de prevenció de malalties (CJAS, 2015).

Sexe Jove és un web <http://sexejoves.gencat.cat>, dirigit a joves que ofereix informació sobre qüestions relacionades amb la sexualitat, l'afectivitat, l'anticoncepció i els centres sanitaris on es poden dirigir en cada cas. El web es pot seguir en català i en castellà, i és accessible per a persones amb discapacitats auditives, visuals i motrius. Disposa d'un xat en unes hores determinades per a la realització de consultes.

El nombre de visites total rebudes al web "Sexe jove", des de la seva creació, és de més de 156.373. La mitjana de visites mensuals totals, des de 2006 a 2014, ha estat de 96.198. El total de pàgines visitades és de 52.42.595, amb una mitjana de 14.363 visitants diaris.

La pàgina més consultada ha estat la de Petting, amb més de 8.390 visites i 12.960 visualitzacions. Destaquen també les 6.576 visites a l'apartat de Contracepció i les 6.420 visites a l'apartat Coneixement del cos.

Marc conceptual

De la mateixa manera que en el programa de “Tarda jove”, el adolescents tendeixen a desconèixer l'existència d'aquesta web d'informació. Diferents estudis realitzats en poblacions de més de 30 quilòmetres al voltant de Barcelona, i entre nois i noies de 3er i 4rt de la ESO, ens confirmen que a el 98% dels adolescents, tant nois com noies, la desconeixien.

Canal Salut <http://canalsalut.gencat.cat/ca/inici/>, és un portal de salut amb continguts basats en l'evidència científica i avaluada pel Departament de Salut. Incorpora el coneixement i l'experiència del sistema de salut català i està obert a la participació de totes les persones i col·lectius que l'integren, sense finançament provinent de publicitat.

Els continguts es dirigeixen, per una banda, a la ciutadania, perquè tingui millor cura de la seva salut i pugui prevenir malalties i, d'altra banda, als professionals de la salut, que trobaran el seu marc de referència en aquest portal. Al voltant del “Canal Salut” s'articulen un conjunt de webs temàtiques, amb continguts adequats al públic al qual es dirigeixen, i també el web del Departament de Salut, on es recull la informació de caràcter corporatiu, estratègic i relacionada amb empreses i entitats.

Altres comunitats autònomes espanyoles també han desenvolupat el seu propi pla d'educació per a la salut per prevenir malalties de transmissió sexual, per exemple, el de la comunitat de Madrid que es diu "Programa d'educació per a la salut sexualitat" (PSI). A Andalusia, es diu "Formula joven".

Formula joven, aquest Programa el porta a terme una xarxa de professionals implicats en la promoció de la salut. Aquests professionals, procedents de diversos sectors, s'apropen als espais freqüentats per adolescents i joves, assessorant, informant i formant sobre aspectes de Salut.

Marc conceptual

Les competències que s'abordaran des d'aquesta línia d'intervenció són:

- Consciència emocional: capacitat per prendre consciència de les pròpies emocions i de les emocions dels altres.
- Regulació emocional: capacitat per gestionar les emocions de forma apropiada.
- Autonomia emocional: capacitat de sentir, pensar i prendre decisions per un mateix.
- Competència social: capacitat per mantenir relacions adequades amb altres persones.
- Competències per a la vida i el benestar: capacitat d'adoptar comportaments apropiats i responsables per afrontar satisfactòriament els desafiaments del dia a dia.

Els estils de vida de les persones, és a dir, el conjunt de conductes habituals que configuren la pròpia manera de viure, és un dels factors que més influeix en la salut. En aquesta línia, es treballa sobre:

- Activitat física.
- Alimentació equilibrada.
- Prevenció d'accidentalitat.

Els blocs temàtics que es treballaran en aquesta línia d'intervenció són:

- La sexualitat com a part de la vida.
- Concepte de sexualitat i les diferents etapes.
- La sexualitat dels homes i de les dones. Enfocament de gènere.
- Anatomia de la sexualitat.
- Com a via de comunicar afecte i d'obtenir plaer.
- Orientació i diversitat sexual.

Marc conceptual

- Heterosexualitat, homosexualitat: LGTBI.
- Respecte a les diferències.
- Pràctiques sexuals responsables i prevenció de riscos derivats.
- Coresponsabilitat d'homes i dones.
- Prevenció d'ITS i d'embarassos inesperats.
- Relacions igualitàries. Prevenció de la violència de gènere.
- Igualtat entre dones i homes. Rols i estereotips.
- L'amor romàntic i les relacions igualitàries de parella.
- Detectar situacions de violència i orientacions sobre com actuar.

Es tracta d'aprendre a gestionar la incertesa, conviure en els diferents espais i comprendre les tecnologies de forma crítica per fer-ne un ús actiu i positiu. Per assolir aquesta fita es treballen els següents blocs temàtics:

- Estils de vida saludables en una societat digital.
- Addiccions a les TIC.
- Bones pràctiques i recomanacions.

Desenvolupament de competències que possibilitin la prevenció específica sobre alcohol, tabac i cànnabis.

Proporcionar informació sobre els perills de consumir-los i els efectes positius que suposa no consumir-los. També afavorir la capacitat d'analitzar i reconèixer factors de risc que influeixen en el consum, com són la pressió del grup d'iguals, la publicitat o les creences normatives.

Els blocs temàtics que es treballaran en aquesta línia d'intervenció són:

- Hàbits que contribueixen a una vida sana.
- Consum d'alcohol, cànnabis i altres drogues.
- Drogues: mites i creences.
- Prevenció del tabaquisme.

Marc conceptual

Normalment els centres educatius es posen en contacte amb institucions com ajuntaments, centres d'atenció primària o entitats privades, perquè vagin a fer petites xerrades de formació. Actualment es solen realitzar com a conseqüència d'alguna alarma social, com per exemple, que una noia s'ha quedat embarassada.

Com bé hem dit en capítols anteriors, les intervencions de promoció i prevenció que es realitzen en adolescents solen centrar-se exclusivament en evitar les malalties de transmissió sexual i evitar embarassos no desitjats, restringint el missatge en negatiu i centrant-lo només en considerar l'acte sexual com un fet que comporta uns riscos que cal tractar d'evitar.

Els aspectes afectius com l'amor, l'enamorament i el compromís no s'acostumen a treballar a l'aula com a part de l'educació sexual. La majoria del programes existents es centren en el sexe, més que en la sexualitat.

Coincidint amb Contreras i Chiclana 2015, amb el seu article és aquí quan ens fem la mateixa pregunta... Quina educació sexual s'està donant en els centres educatius? (Chiclana & Chicote, 2015)

1.7.3 LEGISLACIÓ DE L'EPS EN L'ÀMBIT ESCOLAR

El 1994 a Espanya es va aprovar la Llei de Salut Escolar (Llei 1/1994) que deia que la promoció de la salut a l'escola s'ha de donar des dels centres d'Atenció Primària de Salut i que és competència de la Conselleria de Salut proporcionar educació per a la salut a la població. "L'article 72 de l'esmentada Llei estableix que per assolir les finalitats assenyalades en l'article anterior, les administracions educatives disposaran de professionals qualificats, així com dels mitjans i materials precisos per a l'adequada atenció a l'alumnat" (Repetto & Pena, 2010).

Marc conceptual

En la Llei 44 // 2003 de 21 de novembre d'ordenació de professions sanitàries, concretament a l'article 7 sobre Diplomats Sanitaris (LOPS), es declara que "Correspon als Diplomats Universitaris en Infermeria, la direcció, avaluació i prestació de les cures d'infermeria orientades a la promoció, manteniment i recuperació de la salut, així com la prevenció".

Organismes internacionals com l'OMS, en col·laboració amb l'UNESCO i la UNICEF, van decidir, en una reunió d'experts a Alma-Ata, el 1978, adoptar algunes iniciatives per tal de promoció l'educació per a la salut a les escoles, signant la Declaració d'Alma. El que posteriorment va ser ratificat com la *Carta d'Ottawa* (OMS, 1986), on es reconeixia l'educació per a la salut com una de les eines per aconseguir un estat complet de salut per a tots, (Salud, 1986).

Les administracions educatives i sanitàries espanyoles, conscients de la importància de la promoció i l'educació per a la salut en el medi escolar, han iniciat un ampli camí d'actuació per al desenvolupament de l'educació per a la salut amb les reformes dutes a terme en els últims anys (Disposiciones, 2014) (Llei General de Sanitat, LOGSE i, recentment, amb el desenvolupament de la LOE).

La Llei d'Educació d'Andalusia (LEA) recull en el seu article 39 que es contemplarà en el seu currículum activitats que promoguin l'adquisició d'hàbits de vida saludables i l'aprenentatge per decidir entre les opcions que afavoreixin un adequat benestar físic, mental i social per a un mateix i per als altres (Consejería de Sanidad, Consejería de Educacion, 2014).

D'altra banda, la Llei General de Sanitat especifica la prioritat de la Promoció de la Salut i l'Educació per a la Salut dins del sistema nacional de salut, així com la col·laboració estreta del personal d'atenció primària amb els sectors de població en què els equips d'atenció primària estan immersos.

Marc conceptual

Aquest aspecte ha quedat reforçat amb la publicació del Reial Decret 1030/2006 de 15 de setembre, pel qual s'estableix la cartera de serveis comuns del Sistema Nacional de Salut.

L'Estatut d'Autonomia de 1979 reconeix les competències de sanitat a la Generalitat de Catalunya en matèria de legislació bàsica sanitària. El nou Pla de Salut 2016-2020 pretén donar resposta als principals reptes de salut que té la nostra societat, treballant per a la consolidació d'un sistema sanitari amb uns principis bàsics: públic, universal, just i centrat en les persones.

Les actuacions que proposa el Pla de Salut de Catalunya 2016-2020 s'estructuren en quatre eixos:

1. El compromís i participació dels ciutadans i dels professionals per empoderar-los en la millora de la salut i el sistema sanitari.
2. L'atenció de qualitat, amb uns serveis accessibles, resolutius i integrats.
3. El bon govern, que potenciï l'avaluació i la transparència, garanteixi la seguretat, incorpori la recerca en salut i s'adapti a les necessitats dels territoris.
4. La salut en totes les polítiques, reforçades pel treball intersectorial i Interdepartamental, per tal que es garanteixi l'equitat en salut.

El 1990 es va realitzar el desenvolupament legislatiu de la Llei Orgànica General del Sistema Educatiu (LOGSE) i es va establir, per primera vegada de forma explícita, que la promoció de l'educació per a la salut és un tema transversal que ha d'estar present en totes les àrees curriculars, és a dir, es va determinar l'obertura dels centres escolars a una educació sexual, afectiva i reproductiva.

Marc conceptual

La LOGSE és substituïda per la Llei Orgànica 2/2006 d'Educació (LOE). En el seu títol II, "Equitat en l'Educació", article 71, s'estableix que les "administracions educatives disposaran dels mitjans necessaris perquè tot l'alumnat assoleixi el màxim desenvolupament personal, intel·lectual, social i emocional, així com els objectius establerts amb caràcter general en aquesta Llei" (Consejería de Sanidad, Consejería de Educacion, 2014).

La nova Llei Orgànica d'Educació, LOE, recull entre els seus fins i principis, la transmissió d'aquells valors que afavoreixin la llibertat personal, la responsabilitat, l'exercici de la ciutadania democràtica, la solidaritat, la tolerància, la igualtat, el respecte i la justícia. Aquests principis constitueixen la base de la vida en comú i s'inclouen dins les recomanacions de la "1a Conferència Europea d'Educació per a la Salut". En aquesta conferència es proposaven incloure els continguts de Promoció de la Salut en el currículum escolar de l'ensenyament obligatori, perquè a edats primerenques es puguin adquirir hàbits de vida saludables, modificació de la conducta i adquisició de coneixements sobre salut; i és precisament l'escola, el lloc adequat per poder arribar a tota la població infantil i adolescent (Rojo et al., 2004).

A l'article 23 de l'esmentada Llei, s'assenyala com a objectiu de l'educació secundària obligatòria (ESO), entre altres, el desenvolupar entre els alumnes les capacitats que hauran de permetre: conèixer i acceptar el funcionament del propi cos i el dels altres; respectar les diferències; afermar els hàbits de cura i salut corporals; conèixer i valorar la dimensió humana de la sexualitat en tota la seva diversitat; valorar críticament els hàbits socials relacionats amb la salut; valorar i respectar la diferència de sexes i la igualtat de drets i oportunitats entre ells; rebutjar els estereotips que suposin discriminació entre homes i dones; enfortir les seves capacitats afectives en tots els àmbits de la personalitat i en les relacions amb els altres; desenvolupar la iniciativa personal; prendre decisions i assumir responsabilitats. Amb l'última reforma educativa del 2012 s'ha eliminat l'educació afectiva-sexual del programa educatiu que s'havia introduït en els últims anys.

Marc conceptual

1.8 INFERMERIA EN PROMOCIÓ PER A LA SALUT EN L'ÀMBIT ESCOLAR

L'estudi històric de l'evolució de la naturalesa humana ens dóna la perspectiva necessària per posar en context i enfocar els problemes associats a l'existència de l'ésser humà. És òbvia la necessitat de conèixer la nostra pròpia història, la nostra evolució cultural, social, política i econòmica, l'evolució de les accions, costums i creences de l'ésser humà, i les teories filosòfiques que han modelat les relacions entre els éssers humans.

L'entendre les causes dels canvis en el passat ens capacitarà per afrontar millor els reptes del present i per a que la nostra contribució al benestar de les generacions futures sigui més eficaç.

A nivell general i majoritàriament, el paper de la infermera el situem en el context assistencial i, en la majoria dels casos, en les àrees assistencials hospitalàries o d'atenció primària. Però una de les àrees competencials, on no és tant coneguda la infermeria és en el camp de la promoció de la salut cap a la comunitat.

Realitzant una passejada per la llarga història de la infermeria escolar, veiem que la salut i l'educació estan entrelaçades i que són inseparables. Els professionals de la infermeria es consideren grans especialistes en la prevenció, promoció, protecció i manteniment de la salut dels nostres escolars i contribueixen a que el seu entorn familiar i el de la comunitat adquireixin hàbits i conductes saludables.

1.8.1 INFERMERA ESCOLAR EN ALTRES PAÏSOS

La infermera escolar no és una figura de nova creació, es remunta a més d'un segle d'història, a Occident. Existeix des dels episodis finals del segle XIX i principis del XX en els països com Regne Unit, França, Escòcia, Suècia,... i s'incorpora a Estats Units en aquest últim segle.

La figura de la infermera escolar neix a Londres el 1891, moment en el que el Dr. Malcom Moris, en el Congrés d'higiene i demografia, va plantejar els beneficis que aportava el fet de disposar de la figura del professional d'infermeria. Aquest professional acudiria de manera regular als centres públics d'educació per a el control de la salut dels escolars. Així doncs, s'urgeix *The London School Nurse Society* (Societat d'Infermeria Escolar Londinenca) i, el 1987, es comencen a incorporar les primeres infermeres a les escoles angleses.

Als Estats Units es produeix un moviment semblant a l'anglès. Els primers serveis d'infermeria domiciliària estaven connectats amb grups religiosos i caritatius. A Boston i a Filadèlfia, el 1886, es van crear associacions laiques d'infermeres visitadores, sent l'educació sanitària la seva principal funció.

Les primeres referències de la infermera en activitats de promoció de la salut als Estats Units es troben de la mà de la infermera Lillian Wald, com a infermera visitadora, que va introduir els serveis de salut dins les escoles públiques a partir de 1897. El 1909, l'oficina de salut de Detroit va revelar la importància de la figura de la infermera dins el context escolar de Boston (Schumacher & Rogers, 2002).

A la ciutat de Nova York, Lina Rogers, a l'any 1902, va ser la primera infermera escolar contractada per intentar reduir l'absentisme escolar mitjançant la seva intervenció i atenció als estudiants, i a les seves famílies, donant resposta a les necessitats de salut derivades de les malalties contagioses.

Marc conceptual

Després d'un mes exitós d'intervencions d'infermeria a les escoles de la Ciutat de Nova York, Lina Rogers va dirigir la posada en pràctica de les cures d'infermeria a tota la ciutat (Rogers, 1917).

Es va demostrar l'eficàcia de disposar d'una infermera a l'escola, què atengués els escolars, ja que a partir de la seva intervenció en diversos col·legis de la ciutat, va produir-se una reducció de l'absentisme escolar. A partir d'aquest fet, va aparèixer l'especialitat de la Infermera Escolar a Nova York, i es van anar contractant més infermeres en els diferents col·legis de la ciutat (Magalnick, 2008). A partir de 1907 es va començar a implantar la figura de la infermeria en alguns països d'Europa, com Escòcia, Suècia,...

El 1917, de la mà de la que es considera la primera infermera escolar reconeguda, Lina Rogers, es publica el primer llibre documentat sobre la pràctica infermera: *"The School Nurse: a Survey of the Duties and Responsibilities of de Nurse in Maintenance of Health and Physical Perfection and the Prevention of Disease Among School Children"*, (Rogers, 1917).

El 4 de juliol de 1968, l'Associació Nacional d'Educació, va crear el Departament d'Infermeres Escolars (DSN), una associació dedicada a la promoció de la pràctica d'infermeria a l'escola i per a la salut dels nens en edat escolar. El juliol de 1969, el DSN va dur a terme la seva primera reunió anual a Filadèlfia. La seva finalitat última era millorar la qualitat de l'escola d'infermeria, per tal de millorar les habilitats de les infermeres escolars i fomentar les capacitats de tots els nens a l'aula.

Una enquesta a nivell nacional enviada aquell mateix any, especificava que l'objectiu número 1 del DSN era l'establiment de normes d'acreditació infermera de l'escola, en tots els estats. En els següents anys, aquest objectiu es va anar aconseguint a tots els Estats. Al llarg de la dècada dels 70, cada Estat va anar establint la seva pròpia associació d'infermeres escolars sota el paraigua del

Marc conceptual

Departament d'Infermeres Escolars. El 1974, el president Ford va proclamar el quart dimecres de gener com el Dia Nacional d'Infermera de l'Escola.

EL 1999, l'Associació Nacional d'Infermeres Escolars NASN va definir la infermera escolar d'aquesta manera "Les infermeres escolars són ara reconegudes a nivell nacional i ho celebrem per contribuir a la salut i al benestar dels estudiants de la nació".

Amb l'establiment dels objectius de la DSN, l'enfocament de l'Entitat queda més clar, per la qual cosa els comitès comencen a formar-se, s'escriuen les declaracions polítiques i s'escollien els candidats per a les oficines executives. El DSN va seguir creixent fins que, finalment, el 1979, el grup adquireix la seva pròpia identitat separada de l'Associació Nacional d'Educació. L'Associació Nacional d'Infermeres Escolars (NASN) va ser incorporada aquell mateix any i continua sent la major associació d'infermeres de l'escola i el centre de les associacions afiliades estatals. La NASN defineix la Infermeria Escolar com "una pràctica especialitzada d'una professió infermera que persegueix el benestar, l'èxit acadèmic i una promoció de la salut en la vida dels estudiants".

A través de la seva història, la NASN ha liderat la transformació de la salut escolar. La NASN continua enfortint els seus membres, desenvolupant programes educatius i recursos, fent recerca i donant suport a l'escola d'infermeria a través de la promoció. La NASN fa compatibles els seus objectius amb els de l'escola d'infermeria, mitjançant la publicació d'informes i declaracions sobre temes que afecten la salut dels estudiants i sobre l'escola d'infermeria i, d'aquesta manera, manté els seus membres actualitzats en els temes que afecten a les comunitats escolars.

Un dels objectius de la NASN és el foment de la responsabilitat dels alumnes, per tal que es desenvolupin de manera normal (NASN, 2016), promouen la salut i la

Marc conceptual

seguretat, intervenen en problemes de salut potencials i actuals, realitzen gestió de casos i col·laboren activament amb tota la comunitat escolar per desenvolupar la capacitat d'adaptació dels estudiants a la família, oferint tasques de gestió, suport i ensenyament " (Fortin et al., 2010).

La NASN diu que els nens amb necessitats insatisfetes de salut tenen dificultats per participar en el procés educatiu. La infermera de l'escola proporciona assistència mèdica als estudiants a través de l'avaluació, la intervenció i el seguiment. S'ocupa de les necessitats de salut física, mental, emocional i social dels estudiants, i dóna suport, per tal que s'aconsegueixi l'èxit en el procés d'aprenentatge.

Els casos d'estudiants que prenen medicaments i que són fràgils a nivell de salut, que pateixen malalties cròniques o problemes mèdics complexos arriben a l'escola en nombres cada vegada més grans. Aquests casos requereixen tractaments que són proporcionats per la infermera de l'escola (NASN, 2016). Les condicions cròniques com l'asma, l'anafilaxi, la diabetis tipus 1 i tipus 2, l'epilèpsia, l'obesitat i els problemes de salut mental poden afectar la capacitat d'aprenentatge de l'estudiant. L'Enquesta Nacional de Salut sobre infants amb necessitats especials ha determinat que 11,2 milions d'infants nord-americans estan en risc de viure en males condicions físiques, de patir dèficit de creixement o de desenvolupar problemes crònics emocionals i de comportament. Aquests estudiants poden requerir els serveis relacionats amb la salut que s'ofereixen a les escoles (U.S. Department of Health and Human Services, Health Resources and Services Administration et al., 2013).

S'ha identificat que la principal causa del 80% dels problemes de salut és d'origen social (Booske, Atenes, Kindig, Park, i Remington, 2010). Als Estats Units, gairebé una quarta part dels nens que assisteixen a l'escola viuen en llars, per sota del nivell de pobresa federal (Oficina del Cens dels Estats Units, 2016) (Plaza-García et al., 2007).

Marc conceptual

Els nens de famílies de baixos ingressos tenen més dificultats per accedir a un tractament mèdic per malalties cròniques (González & López, 2012).

La figura de la Infermera Escolar està implantada en alguns països com són França, Regne Unit, Alemanya i Suïssa, pel que fa a Europa i també funciona des de fa molts anys als Estats Units (Rosa, Oliveira, & Mombaqué, 2017).

A Suècia, dins del Sistema Sanitari existeix l'Atenció Mèdica Sanitària a les escoles del país. La infermera escolar és l'encarregada de realitzar els exàmens de salut als escolars, així com també, d'atendre les consultes de nens i famílies. El treball d'infermera abasta de 2 o 5 escoles d'una mateixa zona. La infermera és assessorada pel metge escolar que també treballa a les escoles a mitja jornada i que compagina aquesta funció amb la de metge pediatre al centre de salut durant la resta de la seva jornada laboral. Per treballar com Infermera Escolar es requereix l'especialitat en Salut Pública i primers auxilis (Melin, 2000).

A França, la infermera escolar, fa unes dècades que exerceix. France Santé a "*Publique Accuel SFSP*" (2004) les va definir com: "Les infermeres escolars són aquelles que tenen com àmbit d'actuació la salut dels nens i adolescents a les escoles". Exerceixen activitats amb l'objectiu principal de promoure la salut, el benestar i el desenvolupament personal dels alumnes, així com tasques quotidianes, com són visites mèdiques, entrevistes amb les famílies, vacunes, proves i administració de medicació. La infermera treballa en coordinació amb els diferents professionals, tant docents com altres professionals sanitaris, (Fernandez, Velandia, & Rebolledo, 2015).

La figura de la Infermera Escolar a Escòcia s'inicia el 1907. Per poder desenvolupar aquesta funció es necessita tenir la Diplomatura en Infermeria i es valora que es disposi de l'especialitat en Salut Pública (Diego & Rumayor, 2015).

Marc conceptual

L'Associació Nacional d'Infermeres Escolars d'Austràlia defineix la infermeria escolar com: "Una pràctica especialitzada d'infermeria professional que promou el benestar, l'èxit acadèmic dels estudiants al llarg de tota la vida. Intervenir en problemes de salut reals i potencials, donar servei en la gestió de casos concrets i col·laborar activament amb altres agents per enfortir la capacitat d'adaptació, autogestió, promoció i aprenentatge dels estudiants i la família.

Als EUA cada escola té assignada una infermera escolar, aquesta ha de visitar el col·legi un mínim d'un cop per setmana. És l'encarregada d'atendre la salut dels infants i adolescents, així com també dels seus familiars i personal docent. La Infermera Escolar, normalment, disposa d'un despatx situat al Departament de Salut i un altre dins de l'escola. Realitza activitats, tant assistencials com també de prevenció i promoció de la salut (Rojo et al., 2004).

A Canadà, les infermeres de Salut Pública tenen com una de les seves principals funcions ser a les escoles. Encara no hi ha una estratègia unitària al respecte, per a tot el país. El 2012, la "*Ordres Infirmières et infirmiers du Québec*" publica un document "*Standards de Pratique pour l'Infirmière a Santé Scolaire*", amb la finalitat d'ordenar i unificar, en 8 apartats, les diferents parcel·les de treball de les infermeres a les escoles.

A Austràlia, l'*Australian Nursing & Midwifery Federation Victoria Branch*, és una entitat formada per un grup d'infermeres que treballen en l'entorn escolar per escoles públiques, escoles catòliques i escoles independents. Les seves infermeres escolars asseguren un desenvolupament normal dels estudiants, la divulgació de la salut i la seguretat, intervenen en problemes reals o potencials per a la salut i donen servei en la gestió de casos amb problemes. Solen dependre del Departament d'Educació i treballen en el marc d'un programa d'infermeria escolar de primària i en un altre de secundària.

Marc conceptual

A Suècia, els Serveis de Salut Escolar tenen com a principal objectiu vigilar, mantenir i recuperar la salut social, mental i física dels alumnes, i són responsables de la distribució de recursos. Les infermeres estan integrades, a temps complet, dins de les escoles.

A Puerto Rico, existeix un programa d'Infermeria Escolar que depèn del Departament d'Educació, en el què la infermera és considerada la professional que contribueix, de forma específica, a que els estudiants, el seu entorn familiar i la comunitat escolar adquireixin hàbits i conductes que fomentin l'autocura.

A Colòmbia, les infermeres de les escoles tenen la funció principal d'educar i promocionar la salut entre els escolars i els professors, i no estan establertes a les escoles.

A Xile, hi ha la Societat Xilena d'Infermeria i Salut Escolar (Sochiese). És una corporació que reuneix infermeres interessades en contribuir al desenvolupament adequat de la gestió de la cura de l'escolar, en el nivell primari d'atenció de salut. Aquesta Societat està coordinada amb les polítiques públiques de salut i educació i la seva missió fonamental és proveir d'informació actualitzada i específica als seus associats, en l'àrea de la seva competència, i de forma àgil i oportuna. És un recurs indispensable per elevar el nivell científic-tècnic en totes les àrees del seu acompliment i ha de vetllar per l'assoliment d'un adequat nivell ètic de l'exercici de la infermeria escolar, participant, així, amb l'objectiu de millorar el nivell de la salut escolar al país (Guerrero & Arenillas, 2012).

L'existència de la infermera escolar en els col·legis dels països on sí està normalitzada aquesta figura, ha contribuït a que es redueixi el nombre dels embarassos no desitjats i, també, a la disminució del nombre d'avortaments (Rojo et al., 2004).

Marc conceptual

1.8.2 INFERMERIA ESCOLAR A ESPANYA

El primer llibre documentat que fa referència a la Sanitat Escolar és el "Tractat de la higiene escolar", escrit per D. Pedro Alcántar García (1889), on es parla de cures higièniques, medicina a l'escola, malalties contagioses, condicions higièniques de l'escola.

Les primeres referències sobre la Infermera Escolar a Espanya, encara que són poques, es remunten ja a la dècada dels anys trenta del segle passat (1934/1936), més concretament durant el període de la Segona República, amb la figura de la visitadora sanitària. Ja es reflecteix un important grau de institucionalització de la infermeria de salut pública. Després del parèntesi de la guerra civil, i la instauració del nou règim polític, es truncaria aquell incipient procés (Bernabeu & Encarna, 1977).

La progressiva posada en marxa d'una política sanitària centrada, de forma gairebé exclusiva, en l'atenció a la malaltia i el canvi de model professional d'infermeria, va suposar la creació, als anys cinquanta, de la figura de l'Ajudant Tècnic Sanitari. Aquesta tendència acabaria per atorgar a la infermera de salut pública un caràcter residual.

El Decret del 23 d'abril de 1915, va instaurar el cos d'auxiliars sanitàries femenines de medicina i higiene escolar, que considerava, entre les seves funcions, un reglament de la inspecció mèdica escolar.

El 1942, es va crear el cos d'infermeres de la Falange Espanyola tradicionalista i de les Joncs. Es va crear la titulació d'infermeres visitadores que, més tard, i juntament, amb les infermeres de salut pública (infermera del Gran Hospital i auxili social, que pertanyia a la direcció de beneficència), es farien càrrec de realitzar consultes de puericultura, visites a llars, i d'higiene escolar.

Marc conceptual

D'aquesta època podem trobar el manual d'infermeria de Manuel Usaudizaga, en el què es recull informació didàctica sobre la higiene social, la puericultura i salut escolar. (González & López, 2012).

La primera infermera escolar a Espanya s'urgeix en Col·legis Públics d'Educació Especial (CPEE) fa més de 30 anys, sent el precursor l'Institut Nacional de Reeducació d'Invàlids de Madrid. La figura de la infermera Escolar no es troba implantada en els col·legis públics del nostre país però, no obstant això, aquesta figura porta més de 25 anys treballant en col·legis públics d'educació especial (CPEE).

Posteriorment, quan s'aplica la Llei 13/1982, de 7 d'abril, d'Integració Social dels Minusvàlids, és quan es produeix la integració de la figura de la infermera a les escoles d'Infantil, Primària i Secundària d'Alumnes amb Necessitats Educatives Especials (ACNEE). L'any 2001, a la Comunitat Autònoma de Madrid, en aquests centres educatius comença a funcionar la figura de la infermera escolar (González & López, 2012).

Algunes comunitats autònomes com Madrid, Castella-Lleó i Castella-la Manxa compten amb la figura de la infermera escolar i també en col·legis ordinaris on s'integren nens amb diferents problemes de salut (Rojo et al., 2004). També a col·legis amb gestió estrangera (Liceu Francès, Escola Europea, British Institute, etc.), (Zapata, 2015).

El consell d'infermeria de la Comunitat Valenciana CECOVA, va crea el grup de treball "Infermeria en Salut Escolar" ENSE, amb l'objectiu de reivindicar la incorporació de professionals d'infermeria en tots els centres educatius. Amb aquest lema es va organitzar el 2007 el I Congrés Nacional d'infermeria i salut Escolar, primer punt de partida i trobada de la infermera escolar de tot el territori Espanyol, amb l'objectiu de la creació d'una associació Nacional, sota les sigles SCE3.

Marc conceptual

L'Octubre de 2008, desmarcant-se de la fi del I Congrés Nacional organitzat per ENSE i CECOVA, es funda a Madrid l'Associació Madrilenya d'Infermeria de Centres Educatius,(AMECE),(Asociación Madrileña de Enfermería en Centros Educativos, 2010).

En el II Congrés Nacional d'Infermeria i Salut Escolar (Gandia, octubre del 2009), organitzat per ENSE i CECOVA, es porta a terme la constitució de la SCE3, així com la definició i paper competencial de la infermera escolar. Es van recollir en les diverses taules de treball les aportacions de diferents infermers / es escolars i d'altres professionals, en relació a les diverses qüestions que s'abordaven en el congrés. D'aquest congrés també van sorgir diferents presidents de vocalies de diverses comunitats autonòmiques, entre elles la vocalia Catalana de la SCE3. La constitució registral de la SCE3 és del 2010. I el 2011, es va realitzar el III Congrés organitzat per la SCE3 i CECOVA, creant-se, així, les diverses vocalies territorials.

Objectius:

- Definir el paper de la infermeria escolar.
- Fomentar i promoure l'atenció integral a la salut de l'alumnat, així com a la resta de la comunitat educativa.
- Fomentar l'activitat investigadora i el progrés científic de la infermeria escolar.
- Promoure activitats de formació continuada i perfeccionament de les infermeres escolars, col·laborant amb les universitats i altres organismes i institucions.

Aquest mateix any, el 2009, neix AMECE (Associació Madrilenya d'Infermeria en Centres Educatius (Ruiz, García, & González, 2012). Els objectius generals de l'associació són:

- Definir al professional d'infermeria en els centres educatius, en el marc de la infermeria.
- Tenir un nexa d'unió entre les infermeres del diversos centres educatius.

Marc conceptual

- Fomentar i promoure l'assistència integral a la salut de l'alumne en la seva etapa educativa.
- Dissenyar i unificar metodologies de treball adequades a l'àmbit escolar.
- Fomentar la formació, l'activitat investigadora i el progrés científic de la infermeria en els centres educatius, i impulsar-ne la divulgació (González & López, 2012).

Posteriorment, i desmarcant-se de les dues corrents anteriors, neix l'Associació Catalana d'Infermeria en Salut Escolar, ACISE. A diferència de les associacions de la resta de comunitats, és una associació declarada d'utilitat pública, constituïda a Girona el 26 d'octubre del 2003. Neix fruit de la voluntat de transformació de l'Associació de Recerca Etnogràfica Aplicada Calidoscopi, des de la qual s'han desenvolupat projectes sanitaris de cooperació i d'investigació amb la infància i el seu entorn, a nivell internacional. Conjuntament amb professionals del Grup de Treball de Girona de la SCE-3, van prendre la decisió d'agrupar-se per donar millor cobertura a les necessitats en matèria de salut escolar, a Catalunya. És per aquest motiu que, en assemblea extraordinària, es va decidir ampliar els objectius i modificar els estatuts, els quals inclouen el canvi de nom. És així com l'Entitat passa a denominar-se ACISE el 2 de desembre del 2014. Des d'aleshores ha treballat per donar resposta a tota la comunitat educativa (pares, professorat, alumnes), així com per donar suport i unificar el treball de les infermeres que actualment treballen a temps complet o parcial a les escoles.

ACISE té un programa d'educació per la salut a l'escola i institut (PESEI), que és la fusió de dos programes: PESE (Programa d'Educació per la Salut a l'Escola) i PESI (Programa d'Educació per a la Salut a l'Institut). D'aquesta forma s'integren les bases dels continguts mínims a treballar en matèria d'educació escolar de forma continuada al llarg de la etapa escolar dels nens i adolescents.

Marc conceptual

És un programa equitatiu, igualitari, participatiu amb tota la comunitat educativa, respectuós, bioètic, adaptable a les necessitats de les escoles, el qual desenvolupa les habilitats personals dels nens en el coneixement de la seva pròpia salut i la salut de la comunitat.

Per a ACISE, la infermera escolar, és la figura més preparada per realitzar EPS, porta a terme un paper multidimensional i és la responsable de desenvolupar les capacitats per a l'educació i la promoció de la salut d'infants i adolescents. També té cura i es preocupa de tota la comunitat educativa, tant dintre l'escola com en l'entorn social i familiar (Rosa et al., 2017).

L'última associació que s'ha constituït a Espanya, ha estat l'Associació Càntabra d'Infermeria Escolar. La seva presentació oficial s'ha realitzat en el seu primer congrés del 4 de febrer d'enguany (2017). El projecte sorgeix d'una iniciativa del Col·legi d'Infermeria de Cantàbria, a través de la Fundació d'Infermeria de Cantàbria, que finança el 80%, comptant, a més, amb la col·laboració dels consells escolars de la comunitat AMPAS, que financen el 20% restant. Aquest projecte té com a objectiu que la infermera, juntament amb els docents, treballi per al normal desenvolupament dels alumnes amb patologies cròniques o necessitats especials (diabetis mellitus, asma, al·lèrgies, intoleràncies,...), a més de fomentar hàbits de vida saludables a tots els alumnes, en general. D'aquesta manera, la infermera escolar treballa de manera transversal els continguts didàctics que es donen a l'aula, quedant ampliat i reforçats tots els coneixements de salut.

Per tant, aquest projecte conté uns programes generals, com són:

- Promoció de la salut.
- Detecció de problemes de salut en els escolars.
- Atenció i resposta a les necessitats de salut, no només dels escolars, sinó també dels pares i del personal docent i no docent.

Marc conceptual

- Estar actualitzat sobre prevenció secundària en col·laboració amb els professionals del Centre de Salut.
- Promoure un ambient escolar segur, incloent la prevenció d'accidents i educació sobre drogues.
- Aconsellar i assessorar sobre temes de salut a la comunitat escolar.

La Comunitat Murciana, ha obtingut el reconeixement per donar resposta a aquesta indispensable necessitat a les escoles, i el govern de la comunitat murciana ha aprovat, a finals del 2016, la incorporació immediata, en fases, d'aquest programa a les escoles de la seva comunitat. A més, la Comunitat Valenciana va aprovar una llei referent a la infermera a l'escola, la Llei 8/2008 dels Drets de Salut i Adolescents, la qual assenyala en el seu article 10.4 que els centres educatius d'educació especial comptaran amb un professional d'infermeria, que dependrà orgànicament del seu corresponent departament sanitari.

Si pares i escola són els educadors principals, també és cert que, cada vegada més, especialment a partir de l'adolescència, es confien algunes qüestions o dubtes a professionals de l'àmbit sanitari. En aquest sentit, els professionals poden ser un recurs i un referent important, especialment perquè davant els adolescents poden representar la màxima objectivitat, (Sánchez et al., 2014).

Davant l'adolescent, la infermera escolar pot representar un paper molt important, un referent que coordina de forma correcta els seus objectius professionals amb els interessos i necessitats d'aquesta etapa vital (Corominas, Prats, & Coll, 2008). La infermera pot proporcionar als adolescents un sòlid suport, oferint-los coneixements tècnics, neutralitat i confidencialitat en alguns casos, tractant amb objectivitat els temes delicats relacionats amb l'adolescència (Hernández, Hernández, & Aguila, 2015).

Marc conceptual

El paper professional de l'infermer i, concretament, dels infermers comunitaris, (Nebot et al., 2016), què duen a terme les activitats escolars, pot abastar múltiples facetes però, pel que fa al contacte amb els adolescents, convé destacar les tres següents funcions, com a més interessants:

- Atenció als processos de desenvolupament a través del cicle vital, amb l'objectiu d'ajudar-los a culminar adequadament cadascuna de les fases del seu procés de creixement i formació com a futurs adults.
- Adaptació a situacions d'alarma per poder ajudar a que les respostes conductuals a les exigències de l'ambient siguin les millors possibles. Informar i entrenar els joves en la recerca d'una conducta adaptativa que propiciï la salut i eviti la malaltia.
- Continuitat entre les fases de malaltia i salut, és a dir, treballar pel manteniment i l'equilibri dins de les limitacions dels processos patològics i les discapacitats temporals o permanents. Recerca del millor nivell possible de qualitat de vida.

És per tot això que les funcions del professional infermer a les escoles van més enllà de la cura de la salut (Encinar, 2015). Treballa amb un objectiu a curt termini: aconseguir i garantir un estat de salut òptim de la població més jove incidint en totes les etapes, des de la infància fins a l'adolescència, i pel que fa a hàbits i conductes saludables (López, 2015). Aquests hàbits i conductes són més fàcils d'adquirir si s'actua des de les primeres etapes de la vida. L'educació en la salut influirà en que els joves desenvolupin la responsabilitat envers la cura de la seva salut en l'edat adulta (Encinar, 2015). D'aquesta manera, s'aconsegueixen disminuir les conductes de risc i els mals hàbits, els quals són moltes vegades la causa de futures malalties, (Rojo et al., 2004).

Des del punt de vista de la professió infermera comunitària, a Catalunya a través del programa de SIE, fa que tinguem una situació privilegiada com a molt pocs països, per poder abordar els temes de promoció i prevenció de la salut dels

Marc conceptual

nostres adolescents, la implicacions i contacte amb els centres educatius, fa que la infermera tingui un paper fonamental i decisiu, i sense estar en l'objectiu d'aquesta tesi però si de forma implícita, s'ha de donar suport al debat per consolidar un àmbit professional encara en discussió i poc formalitzat com és la Infermeria a les escoles.

1.9 PROGRAMA SALUT I ESCOLA

El Programa “Salut i Escola” (PSiE), és el conjunt d'accions de prevenció i de promoció de la salut que es porta a terme en els centres educatius de l'ESO, per part de les ABS del corresponent àmbit territorial, mitjançant un professional sanitari de l'Equip d'Atenció primària. Aquest professional es desplaça expressament al centre escolar per portar a terme els dos tipus d'intervenció que constitueixen el PSiE, que són la individual (la Consulta Oberta) i l'activitat grupal (les activitats d'educació i promoció de la salut).

El programa iniciat el curs 2004-05, mitjançant un conveni signat el 2002 entre el Departament de Salut i el Departament d'Ensenyament, s'ha ampliat progressivament i de manera descentralitzada.

La població diana del programa són els adolescents i joves entre 12 i 18 anys d'edat, escolaritzats en centres docents públics i privats de Catalunya, on s'imparteixin ensenyaments de règim general d'educació Secundària Obligatòria (ESO).

La raó de ser del PSiE és desenvolupar una línia de treball de salut comunitària de l'EAP, en el marc del programa “Infància amb salut” que esdevé una acció paral·lela a la que realitza, habitualment, l'EAP, a través de les visites programades individuals durant tota la infància i adolescència, i que s'especifiquen en el “Protocol d'actuacions preventives i de promoció de la salut a l'edat pediàtrica”. L'essència del treball del PSiE és l'apropament al sistema sanitari, al

Marc conceptual

lloc on es troben, pràcticament, tots els adolescents. L'objectiu és donar assistència durant la pre-adolescència, que és el moment en que baixa, d'una manera molt notòria, l'assistència a les visites preventives programades per l'equip de pediatria. Aquesta és una etapa evolutiva en la qual és molt important la prevenció i la promoció de la salut. És una etapa vital en la qual s'assenten les bases de la seva salut per a tota la vida futura.

Amb la intenció d'aproximar el sistema sanitari als adolescents i als joves, a través dels centres docents, s'ofereix, per una banda, una opció d'escolta individual, confidencial, i voluntària en "La Consulta Oberta", on se'ls orienta i assessora sobre problemes individuals de salut. En cas necessari, se'ls deriva de manera adequada al servei sanitari que correspongui, per al diagnòstic i tractament que es cregui oportú. Per una altra banda, tot un seguit d'activitats grupals de prevenció i promoció de la salut, estructurats en 4 eixos temàtics bàsics (*Salut mental/Salut Sexual/Addiccions/Alimentació*). Aquests eixos s'han de desenvolupar sota el criteri del sanitari de l'EAP que es desplaça des de l'ABS, d'acord amb la informació epidemiològica i les incidències que hagi pogut observar en el centre docent i amb la col·laboració del professorat.

Els principals objectius del Programa "Salut i Escola", mitjançant accions de promoció de la salut i de prevenció de les situacions de risc i d'atenció precoç són:

- Millorar la coordinació entre l'escola i els serveis de salut per donar resposta a les necessitats dels adolescents.
- Apropar els serveis de salut als centres docents i als adolescents per facilitar la promoció d'actituds i d'hàbits saludables (factors protectors).
- Reduir els comportaments que poden afectar negativament la salut (factors de risc).

Marc conceptual

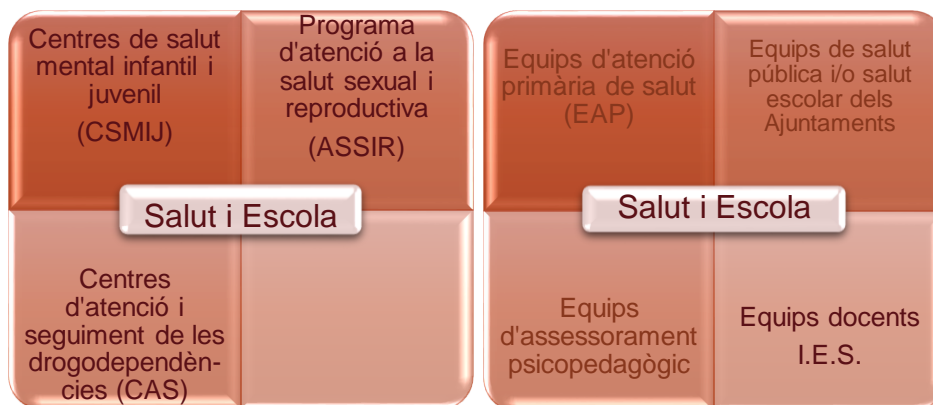
- Detectar els problemes de salut per intervenir-hi com més aviat millor i elaborar un mapa territorial conjunt de serveis sanitaris i educatius amb l'objectiu de donar una resposta territorial integrada.

Recursos Implicats al PSIE

Al ser un programa comunitari, requereix la cooperació i la intervenció coordinada de diferents sectors, i dels serveis de salut comunitaris implicats a cada territori

Els serveis implicats són:

Serveis sanitaris de suport:



La consulta oberta és un espai on els adolescents poden acudir, espontàniament, a fer consultes relacionades amb la seva salut a un/a professional (prioritàriament d'infermeria. Aquestes consultes es realitzen en el propi institut d'Ensenyament Secundari (IES), i un cop a la setmana, segons horari pactat amb cada centre. El lloc escollit ha de ser acollidor, de fàcil accés, i ha de complir amb els requisits de confidencialitat cap a l'adolescent. En aquesta consulta, es disposarà dels mitjans per donar la informació a l'adolescent i poder-lo guiar, orientar i derivar al servei sanitari que correspongui on se li oferirà diagnòstic o tractament, en cas necessari

Marc conceptual

1.9.1 EL PROFESSIONAL DE SALUT I ESCOLA

L'equip d'atenció primària de salut, principalment els professionals d'infermeria, seran els encarregats de portar a terme el programa "Salut i Escola", d'acord amb la prioritització del Departament de Salut de potenciar l'atenció comunitària, amb la col·laboració del professorat dels centres docents i els professionals dels serveis educatius de la zona.

La majoria dels professionals, a l'inici de la implantació del programa, fa més de 10 anys, van ser formats per portar a terme el programa SIE, amb una formació específica que constava de blocs presencials (26 h) i virtuals (34 h), amb una durada total de 60 hores a realitzar durant 8 setmanes.

Segons la guia d'implantació, es recomana que la formació continuada es desenvolupi de manera descentralitzada en el propi territori. La metodologia adequada per aquesta formació inclou la presentació de casos, i sessions de seguiment. És important la detecció de noves necessitats formatives a partir de la presentació d'experiències, de l'espai de reflexió, de l'anàlisi de punts forts i febles, del debat i les posades en comú. La formació ha de ser específica i a de respondre a les necessitats detectades.

Taula 7: Continguts de la formació SiE.

Formació específica PSiE.
Presentació del programa. Funcions i Coordinació.
Informació del medi escolar, línies i estructura actual.
Habilitats comunicatives i pedagògiques. Les interferències en el procés comunicatiu: els so-rolls, les interpretacions, els estereotips, els prejudicis.
Habilitats del professional re la relació educativa: l'assertivitat, l'empatia, l'escolta activa (l'escolta i observació), informar i educar: la relació educativa. Mètodes actius i participatius.
Presentació de casos, intervenció de nois i pares. L'entrevista amb

l'adolescent. Situacions més freqüents. Adquisició d'habilitats específiques.
Jocs de rol a partir d'un cas, presentació i discussió.

Font: Guia implantació Programa "Salut i Escola".

Estratègies preventives d'educació per a la salut del PSiE

El programa PSiE contempla un model d'intervencions de promoció de la salut i de prevenció dirigides als alumnes de l'ESO. i té dos objectius específics:

- Proposar el marc teòric en què s'ha de fer la prevenció al grup.
- Definir els criteris que han de complir les intervencions.

En molts centres educatius ja es duen a terme intervencions amb l'objectiu de treballar la prevenció dels mateixos problemes de salut que aborda el PSiE. En aquests casos, es recomana no fer canvis bruscos de programació, sinó iniciar un període de reflexió i d'anàlisi sobre l'adequació de les intervencions que s'estan duent a terme envers el que recomana específicament el PSiE. Com a resultat d'aquesta reflexió i anàlisi, s'hauran de valorar els possibles canvis que cal fer, per tal de complir els objectius del PSiE.

La guia d'implantació del PSiE afirma que, segons l'evidència científica, les accions preventives que tenen més garanties d'èxit són les que es basen en la màxima participació de tots els agents implicats: professorat, alumnat, famílies i comunitat. Per tant, es recomana que les accions preventives que es porten a terme des del PSiE s'integrin en un marc ampli d'objectius elaborats conjuntament per part de tots els implicats (docents, famílies, alumnat, personal sanitari i municipi).

Es tracta de fomentar processos de coresponsabilitat en una situació tan complexa com és la prevenció, en la qual intervenen variables diferents, moltes de les quals són difícils de controlar.

Marc conceptual

Es parteix de la premissa que la prevenció no és un treball individual. Els joves formen part d'un curs, d'un centre i d'un municipi o comunitat, i en cadascun d'aquests entorns pot haver-hi definides estratègies preventives prèvies al PSiE. Així doncs, és molt important que els professionals del PSiE coneguin l'entorn en l'àmbit de salut. Per això, caldrà parlar-ne amb la direcció del centre, i amb d'altres agents que són presents en el territori, i treballar plegats a partir d'aquest moment, de manera que es tanqui el triangle salut-escola-municipi (comunitat).

Per això, és molt important, com a referents del PSiE, conèixer la xarxa de recursos que estan a l'abast, i treballar conjuntament, per decidir com prioritzar-los i com aprofitar-los de la millor manera possible dins el territori.

La guia recomana que les bases teòriques vertebradores de les estratègies de prevenció s'emmarquin en els models teòrics que, d'acord amb l'evidència disponible actualment, constitueixen el marc conceptual que permet un abordatge preventiu d'eficàcia provada. Cal destacar, entre d'altres, els models de promoció de la salut i el model de l'aprenentatge social.

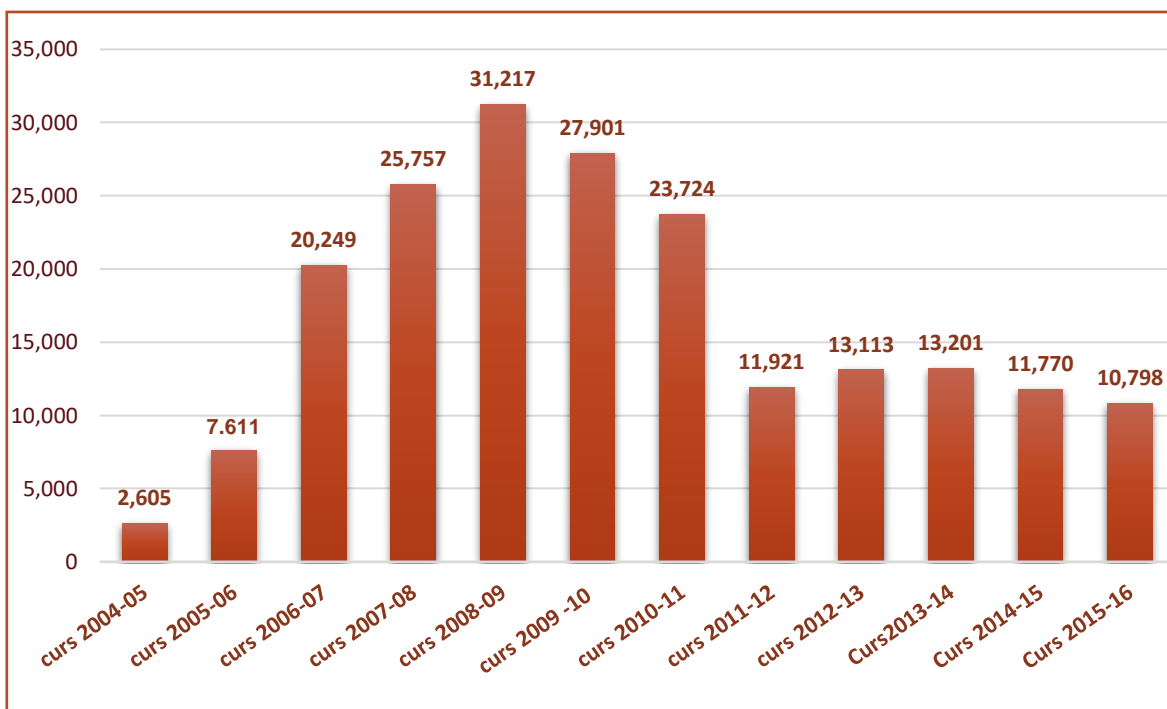
1.9.2 SEGUIMENT I AVALUACIÓ PSIE

Segons les dades de l'informe de seguiment i avaluació dels 11 anys del PSiE, publicades per la secretaria de Salut Pública de la Subdirecció General de promoció de la Salut, del Servei de Salut maternoinfantil, curs 2015-2016, s'han realitzat un total de 10.798 visites i, en total, en els 11 anys d'existència del PSiE, més de 199.860 visites. La figura 5 ens mostra el nombre total de visites per curs, i s'aprecia un nombre més elevat de consultes durant el curs 2008-2009, amb un total de 31.217. A partir d'aquest moment i, sobretot al curs 2010-2011, comença una disminució de l'activitat del programa, relacionada amb el reordenament dels

Marc conceptual

recursos en el territori i de la crisi del 2008, Catalunya, igual que la resta d'Espanya i que la major part d'Europa, està immersa en una greu crisi econòmica. En aquest context de situació mantinguda de crisi i de polítiques d'austeritat, es va fer necessari disminuir les hores de presència de la infermera referent SiE d'atenció primària a les escoles, per dur a terme el PSiE i fer més presència als centres de AP.

Figura 5. Distribució temporal del nombre de consultes realitzades, curs 2004-2005 a curs 2015-2016. Catalunya.



Font: Subdirecció General de Promoció de la Salut, dades extretes del Servei de Salut maternoinfantil. 2017.

L'únic informe complet que hi ha a data d'avui, on s'avalua el "Programa de Salut i Escola", sobre conductes relacionades amb la salut dels alumnes de 3er i 4t d'ESO, es va realitzar durant el curs escolar 2005-2006.

Marc conceptual

Per centrar-nos en el tema de la sexualitat que és l'objecte d'aquesta tesis, l'informe conclou que: al voltant del 97 % dels alumnes manifesten que estan totalment o bastant d'acord amb l'afirmació de que sempre s'ha d'utilitzar el preservatiu en les relacions amb penetració, que l'ús de preservatiu evita l'embaràs i que protegeix de les infeccions de transmissió sexual. No hi ha diferències entre regions sanitàries, pel que fa a aquesta dada. En general, el percentatge que està d'acord amb aquestes afirmacions és lleugerament superior entre les noies, respecte als nois.

D'altra banda, el 30,6 % pensa que aconseguir els preservatius és molt difícil per als nois i les noies de la seva edat. Segons la regió sanitària, s'observa una variabilitat important que oscil·la entre el 26,7 % de la RS Barcelona (Vallès Oriental / Sabadell / Terrassa-Rubí-Sant Cugat) i el 40,9 % de Terres de l'Ebre (taula 194). Aquest percentatge és lleugerament superior entre els alumnes enquestats de 3er d'ESO (33,7 %) respecte als alumnes de 4rt d'ESO (27,2 %), i entre els nois enquestats (34 %) respecte a les noies (27,3 %) (taules 196 i 195).

Declaren que estan totalment o bastant d'acord amb l'afirmació de que la utilització del preservatiu disminueix el plaer en les relacions sexuals (31,4 % dels enquestats). Aquesta creença és més freqüent entre els nois (41,2 %) que entre les noies (21,5 %; taula 197), i no hi ha diferències entre regions sanitàries.

El 27,3 % pensa que el més important de la relació sexual és la penetració, i s'observen- ven diferències molt rellevants segons el sexe de l'enquestat: el 38,5 % dels nois està d'acord amb aquesta afirmació, enfront del 16,1 % de les noies . D'altra banda, el 65,7 % està d'acord amb l'afirmació de que el *petting* pot donar tant de plaer com la penetració, i aquest acord és lleugerament més freqüent entre les noies (66,7 %) que entre els nois (64,6 %).

Marc conceptual

El 30,5 % dels alumnes enquestats han tingut, com a mínim, una vegada relacions sexuals amb penetració (taula 213). Aquest percentatge és superior entre els alumnes de 4rt d'ESO (35,4 %), respecte als de 3er d'ESO (26 %); entre els nois (33,6 %) respecte a les noies (27,4 %); entre els alumnes dels centres amb finançament públic (33,1 %) respecte als de finançament privat (27 %); entre els alumnes estrangers o d'origen estranger (37,5 %) respecte als autòctons (27,2 %).

Del total d'alumnes que han tingut relacions sexuals amb penetració, el 23,4 % les tenen amb una freqüència setmanal o diària, i s'observen lleugeres variacions en aquest percentatge, segons la regió sanitària. El 72,3 % han tingut relacions amb una o dues persones durant tota la seva vida i el 27,7 % restant, amb tres o més. El percentatge d'alumnes que han tingut relacions amb tres persones o més, és superior entre els alumnes amb una autopercepció de salut "regular o dolenta" (37 %), respecte als qui manifesten una autopercepció de salut "excel·lent, molt bona o bona" (26,2 %), entre els alumnes estrangers o d'origen estranger (36,7 %) respecte als autòctons (25,4 %), i entre els nois (36 %) respecte a les noies (17,5 %), (taules 220, 221 i 222).

El mètode anticonceptiu que aquests alumnes han utilitzat amb més freqüència, la darrera vegada que han tingut relacions sexuals, és el preservatiu (75 %; IC del 95 %: 72,6-77,3), mentre que el 8,9 % (IC del 95 %: 0,7-7,6) declaren que no han utilitzat cap mètode.

El 22,4 % (IC 95 % \pm 2,5) d'aquests alumnes manifesten que han pres alguna beguda alcohòlica i/o han pres drogues la darrera vegada que han tingut relacions sexuals amb penetració, sense diferències entre regions sanitàries. Aquesta conducta és més freqüent entre els alumnes de 4rt d'ESO (24,3 %) que entre els de 3er (19,9 %), entre els nois (25,1 %) que entre les noies (19,2 %).

Marc conceptual

El 20,8 % dels alumnes que han tingut relacions sexuals amb penetració han fet servir la píndola de l'endemà com a mètode anticonceptiu. D'aquests alumnes, el 4,5 %, declaren que ho han fet més d'una vegada en els darrers sis mesos.

Dels alumnes que han tingut relacions sexuals amb penetració, el 73 % (IC del 95 %: 70,6-75,3) no han anat mai a la consulta d'un professional de la salut per demanar informació sobre sexualitat. Aquesta situació és més freqüent entre els alumnes dels centres amb finançament privat.

Pel que fa al Programa "Salut i escola" (PSiE), el 36,1 % saben que al seu centre hi ha una consulta d'infermeria. Destaca la RS Barcelonès Nord / Maresme, on el percentatge d'alumnes que declaren que tenen informació és del 60,9 % . Del total d'alumnes que coneixen l'existència de la consulta d'infermeria a la seva escola, el 24,6 % dels alumnes manifesten que han tingut contacte amb la infermera del Programa.

El 90,3 % dels alumnes que han contactat amb la infermera del Programa "Salut i escola" s'han sentit molt o bastant compresos i el 78,8 % pensen que la informació rebuda ha estat molt bona o bona. El 60,4 % manifesten que tornarien a anar a parlar amb la infermera i el 62,4 % recomanaria als seus companys anar a aquesta consulta.

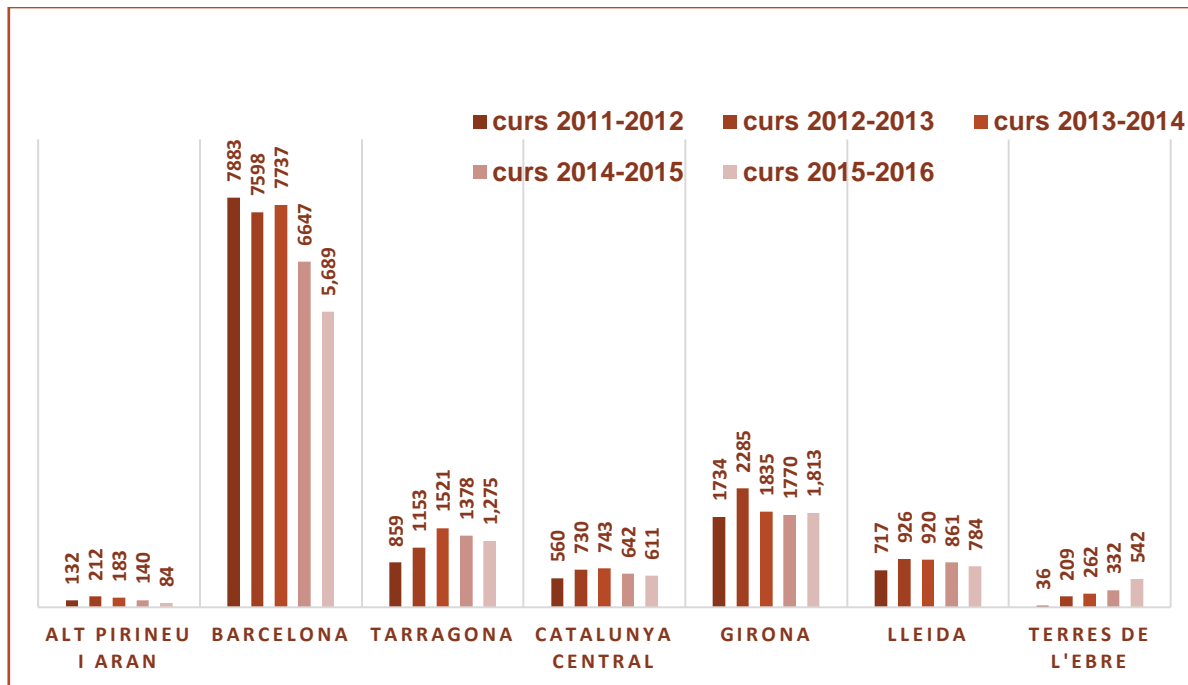
1.9.3 CONSULTES REALITZADES PER REGIÓ SANITÀRIA.

L'informe analitza els últims 5 cursos. La Regió Sanitària amb més nombre de consultes en els 4 cursos analitzats va ser la Regió Sanitària de Barcelona (56,5%-66,1%) (figura 6). Aquest és un fet esperable pel major volum de centres

Marc conceptual

que s'inclouen en aquesta Regió Sanitària. No obstant, la magnitud de consultes de Barcelona, les Regions Sanitàries amb menys població, mostren un increment al llarg del temps, coincidint amb la descentralització del Programa, com és el cas de les Terres de l'Ebre.

Figura 6. Nombre de consultes realitzades per regió Sanitaria. Catalunya.

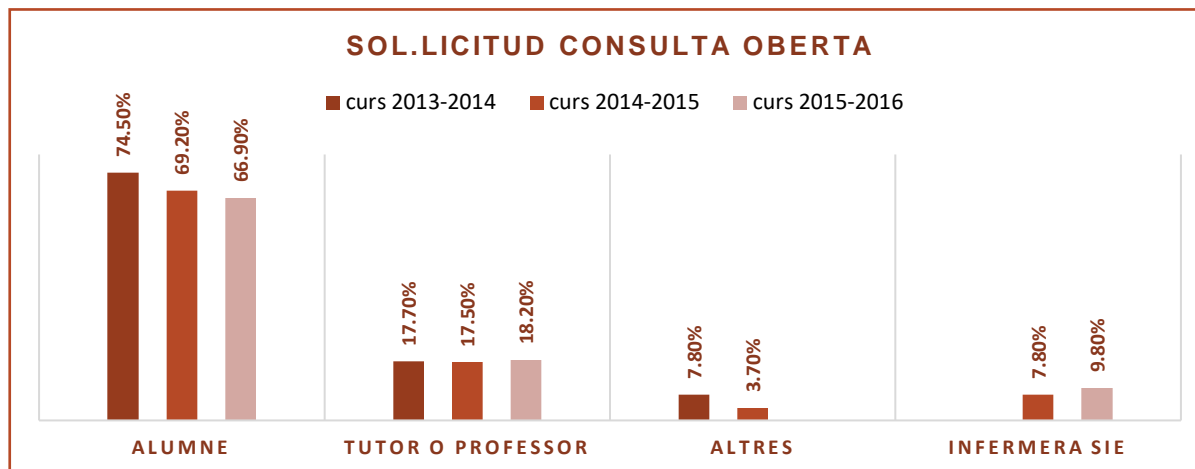


Font: Subdirecció General de Promoció de la Salut, dades extretes del Servei de Salut maternoinfantil. 2017.

Les persones que sol·liciten la Consulta Oberta (CO) són principalment els alumnes (69,2%- 74,5%), seguit del tutor o professor (figura 7). En els cursos 2011-2012 i 2012-2013 no es recollia el valor d'aquesta variable a l'aplicatiu i, per tant, no ha pogut ser analitzada.

Marc conceptual

Figura 7. Distribució de la persona sol·licitant de la CO, curs 2013-2014 a 2015-2016. Catalunya.

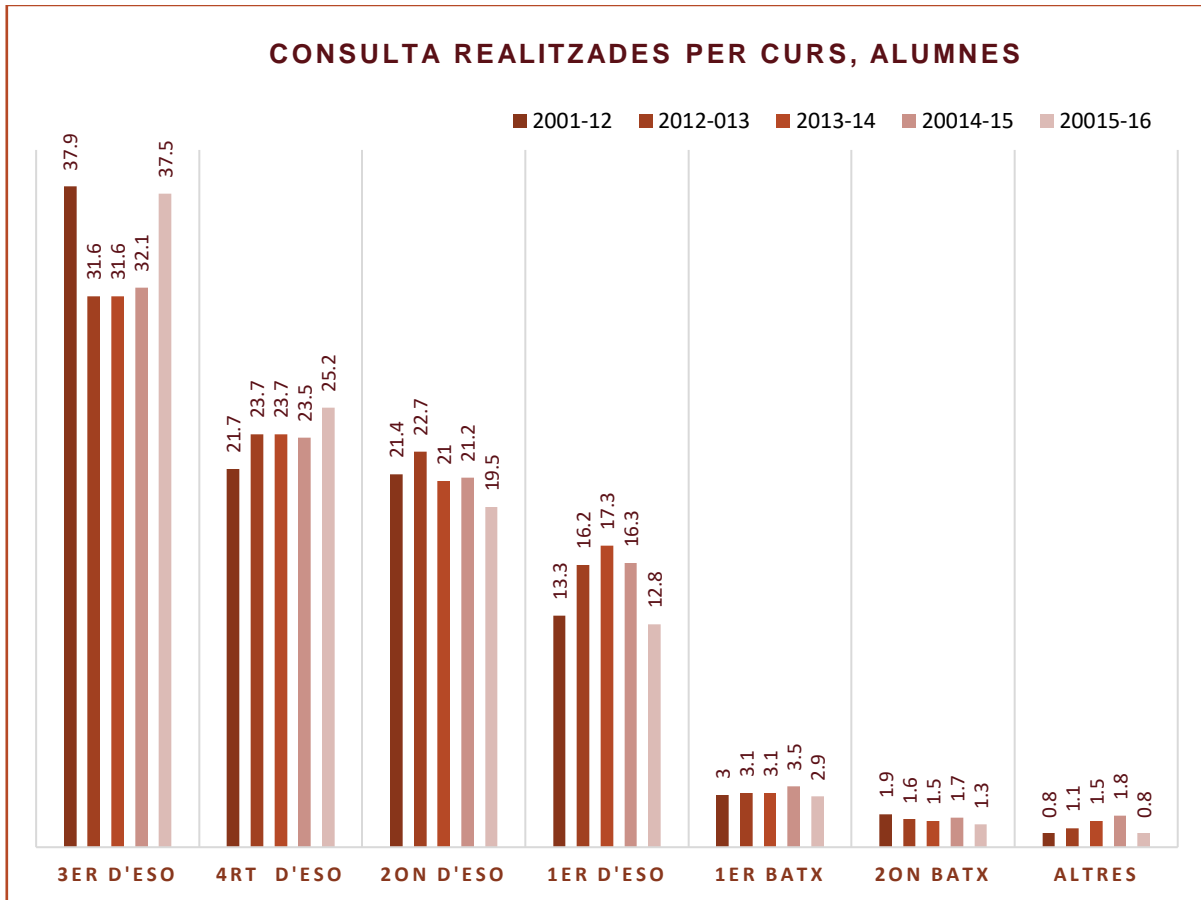


Font: Subdirecció General de Promoció de la Salut, dades extretes del Servei de Salut maternoinfantil. 2017.

Pel que fa al nombre de consultes realitzades per curs, el major nombre d'alumnes que van accedir-hi, van ser alumnes de 3er d'ESO (31,6 - 37,9%), disminuint el seu percentatge en favor dels alumnes més joves de 1er d'ESO i Batxillerat al llarg dels cursos estudiats (figura 8).

Per gènere, un 71% del escolars que han consultat són dones, mantenint-se aquesta relació 7 noies / 3 nois. El 80% de consultes són de nens i nenes amb nacionalitat espanyola i el 20% són de nacionalitat estrangera.

Figura 8. Distribució de consultes per alumnes en els últims 5 anys. Catalunya.

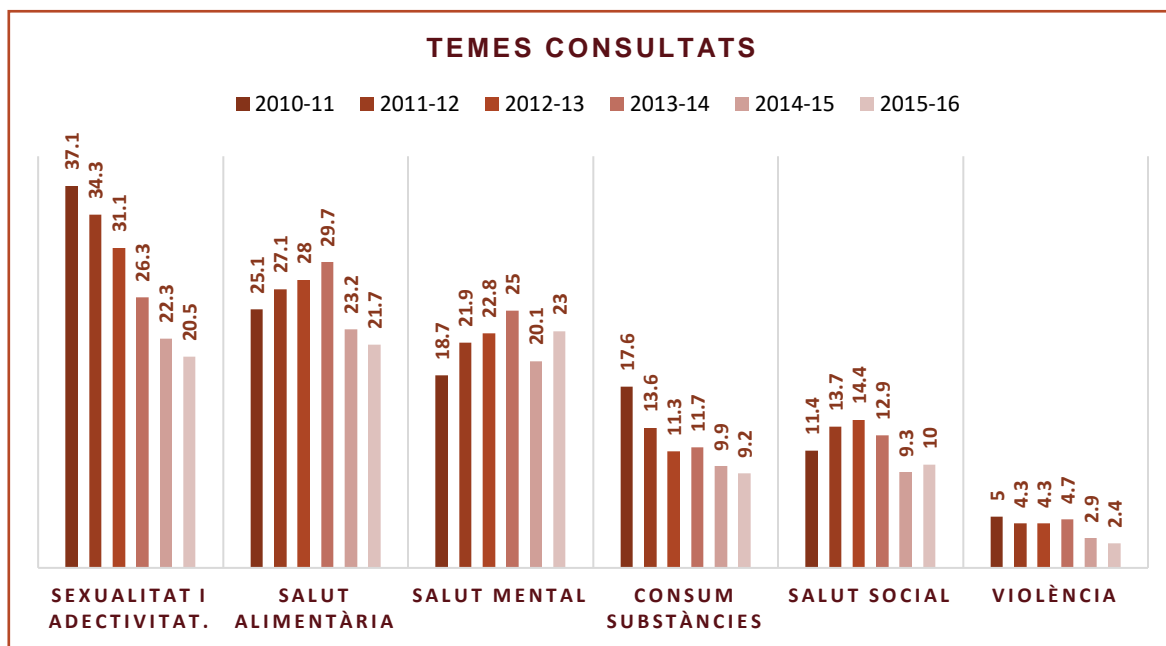


Font: Subdirecció General de Promoció de la Salut, dades extretes del Servei de Salut maternoinfantil, 2017.

A la figura 9 veiem el total de consultes realitzades distribuïdes per àrees temàtiques. El tema més consultat és sexualitat i afectivitat, sent l'àrea de violència i maltractaments la menys consultada.

Marc conceptual

Figura 9: Distribució de temes consultats per alumnes. Catalunya.



Font: Subdirecció General de Promoció de la Salut, dades extretes del Servei de Salut maternoinfantil, 2017.

En el curs 2013-14, a l'aplicatiu es va crear una pestanya sobre "altres temes" més específics depenent del motiu de consulta. (figura 10, figura 11).

Figura 10: Distribució de altres temes consultats curs 2013-16. Catalunya.

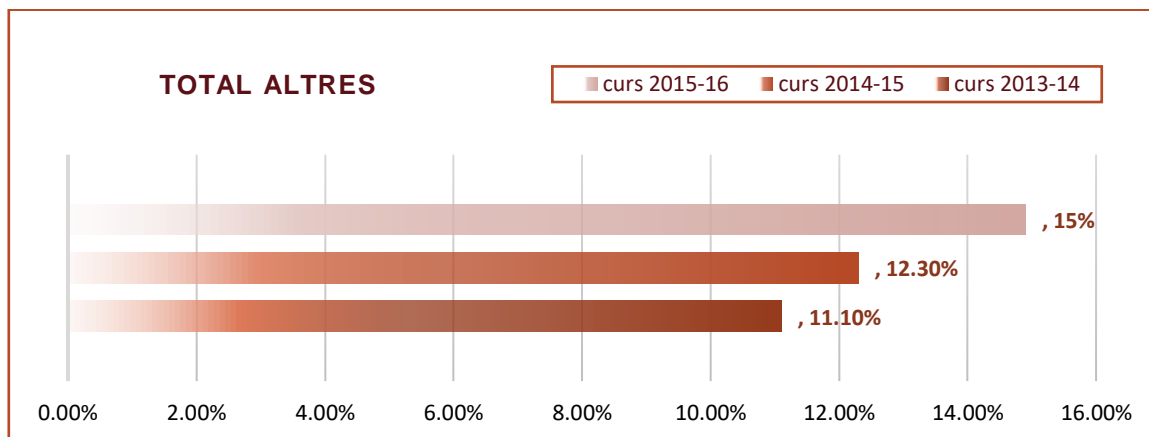
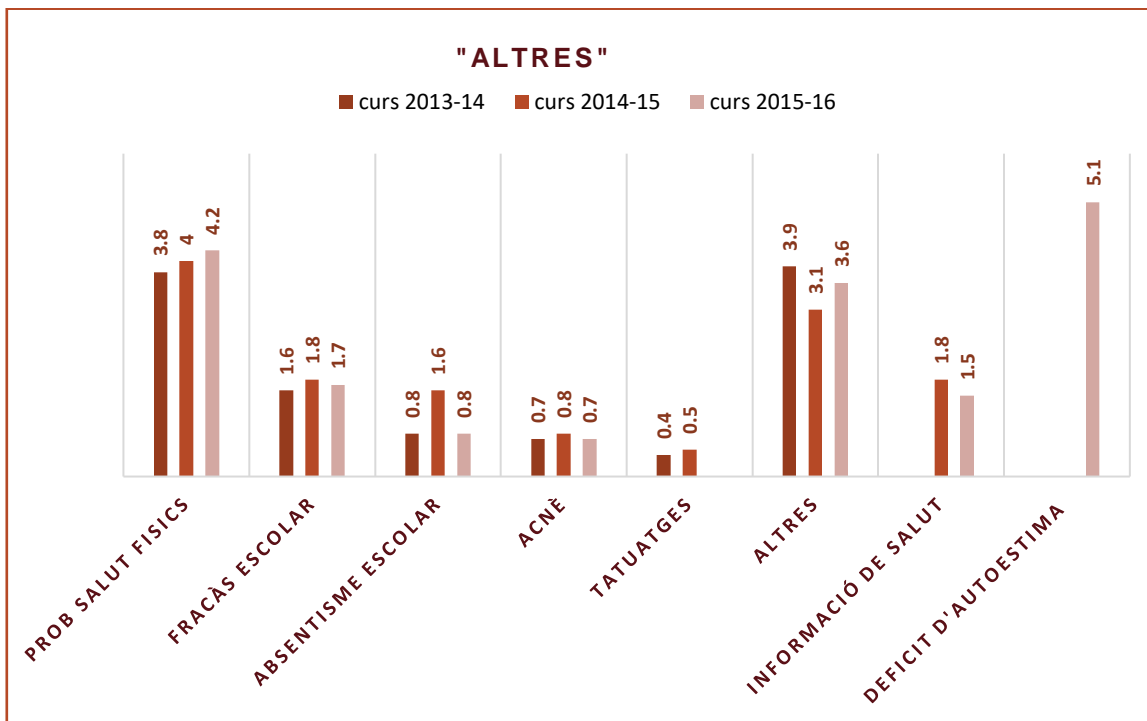


Figura 11: Distribució de temes Altres. Catalunya.

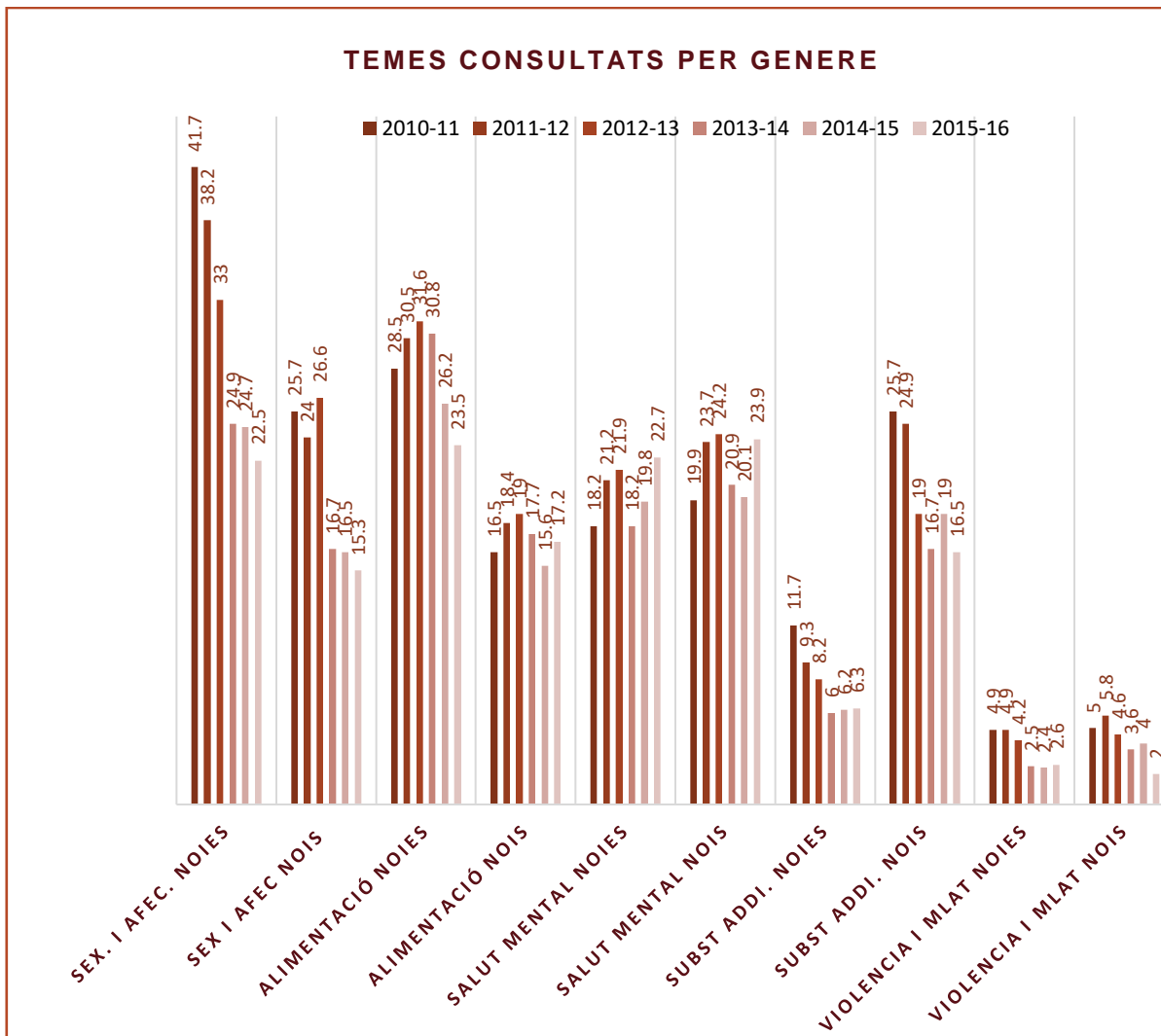


Font: Subdirecció General de Promoció de la Salut, dades extretes del Servei de Salut maternoinfantil, 2017.

Analitzant per gènere, veiem que al llarg dels cursos estudiats de temes Al llarg dels cursos estudiats, podem observar que les temàtiques més sol·licitades per part de les noies dins la CO són la sexualitat, l'afectivitat i la salut alimentària.(figura 12). Pel que fa als nois, el patró de consulta és una mica diferent del de les noies. Ells mostren interès prioritari pel consum de substàncies tòxiques, i coincidint amb les seves companyes d'estudis en temes relacionats amb la sexualitat i l'afectivitat. Dins l'apartat "altres", inclòs en els dos darrers cursos analitzats, es registren consultes que podrien ser assignades a algun dels cinc temes codificats, fet que ens indica que millorar la codificació de les CO registrades hauria de ser un objectiu del Programa.

Marc conceptual

Figura 12. Distribució de temes consultats per gènere. Catalunya.

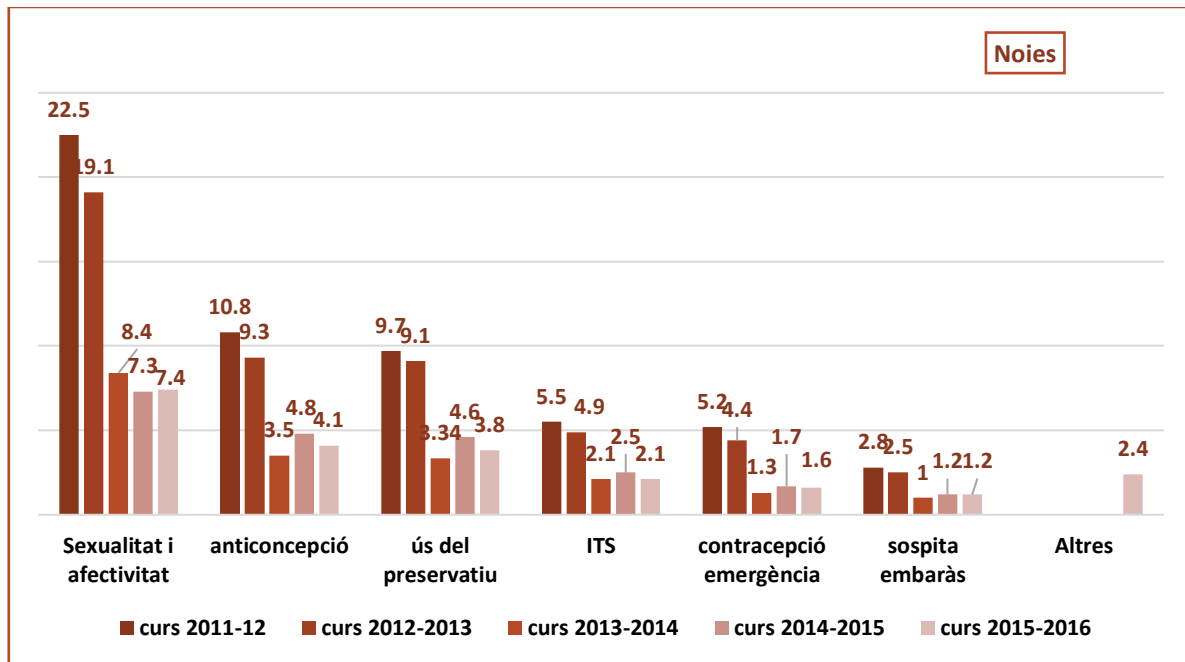


Font: Subdirecció General de Promoció de la Salut, dades extretes del Servei de Salut maternoinfantil, 2017.

Segons queda enregistrat a l'aplicatiu i pel que fa als darrers quatre anys, a la figura 13 i a la figura 14 podem veure que, en general, tant els nois com les noies consulten, proporcionalment, més sobre sexualitat i afectivitat.

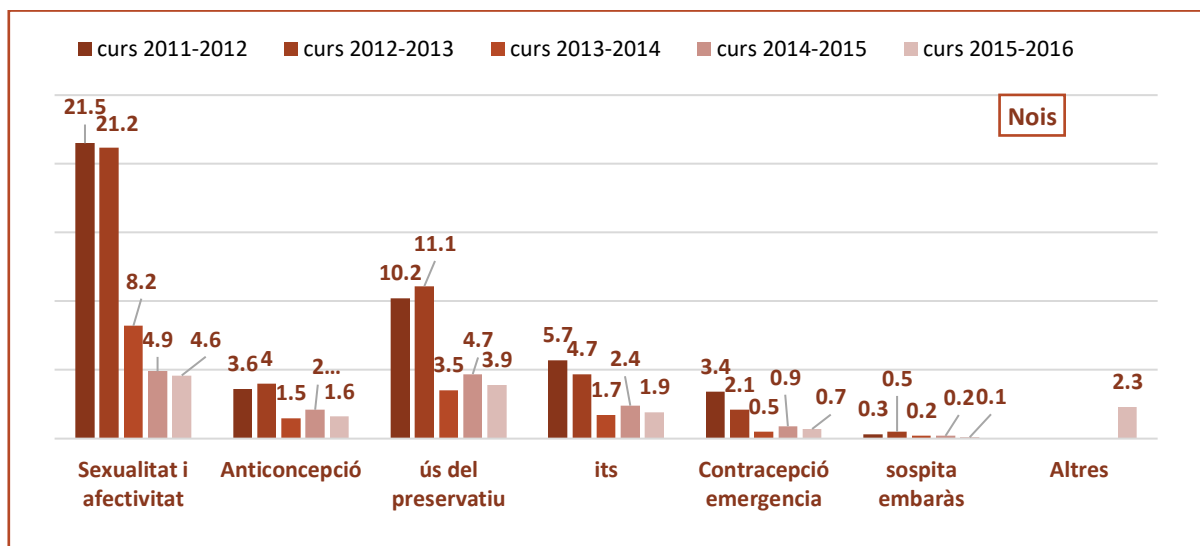
Marc conceptual

Figura 13. Distribució de temes Sexualitat per noies. Catalunya.



Font: Subdirecció General de Promoció de la Salut, dades extretes del Servei de Salut maternoinfantil, 2017.

Figura 14. Distribució de temes Sexualitat per nois. Catalunya.

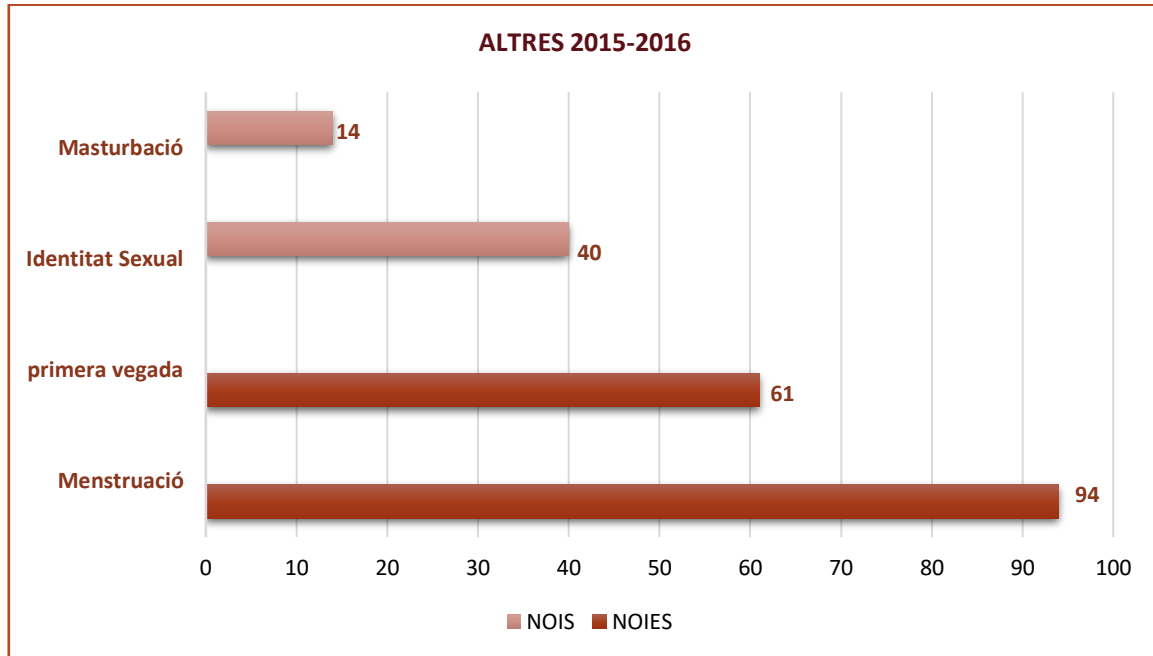


Font: Subdirecció General de Promoció de la Salut, dades extretes del Servei de Salut maternoinfantil, 2017.

Marc conceptual

Altres temes consultats (figura 15) sobre sexualitat i afectivitat segons gènere, curs 2015-2016. 7,3% de les consultes són de noies i un 10% de nois.

Figura 15. Distribució de altres temes Sexualitat per noies i nois. Catalunya.



Font: Subdirecció General de Promoció de la Salut, dades extretes del Servei de Salut maternoinfantil, 2017.

De les consultes realitzades el curs 2012-2013, el 80 % no ha necessitat derivació. En el curs 2013-2014, el percentatge és del 76,4 %; en el curs 2014-2015, s'incrementa fins al 84,2 %; i en el curs 2015-2016, es resolen un 81 %, derivant el 19%. El centre de derivació majoritari en els tres cursos és d'entre un 30,5% i un 36,1% al propi centre de salut (metge, infermera,...), mentre que el 32,2 % es deriven als Centres de Salut Mental Infantil i Juvenil (CSMIJ), i entre el 10,8% i el 13,6 % a la unitat d'ASSIR (Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva).

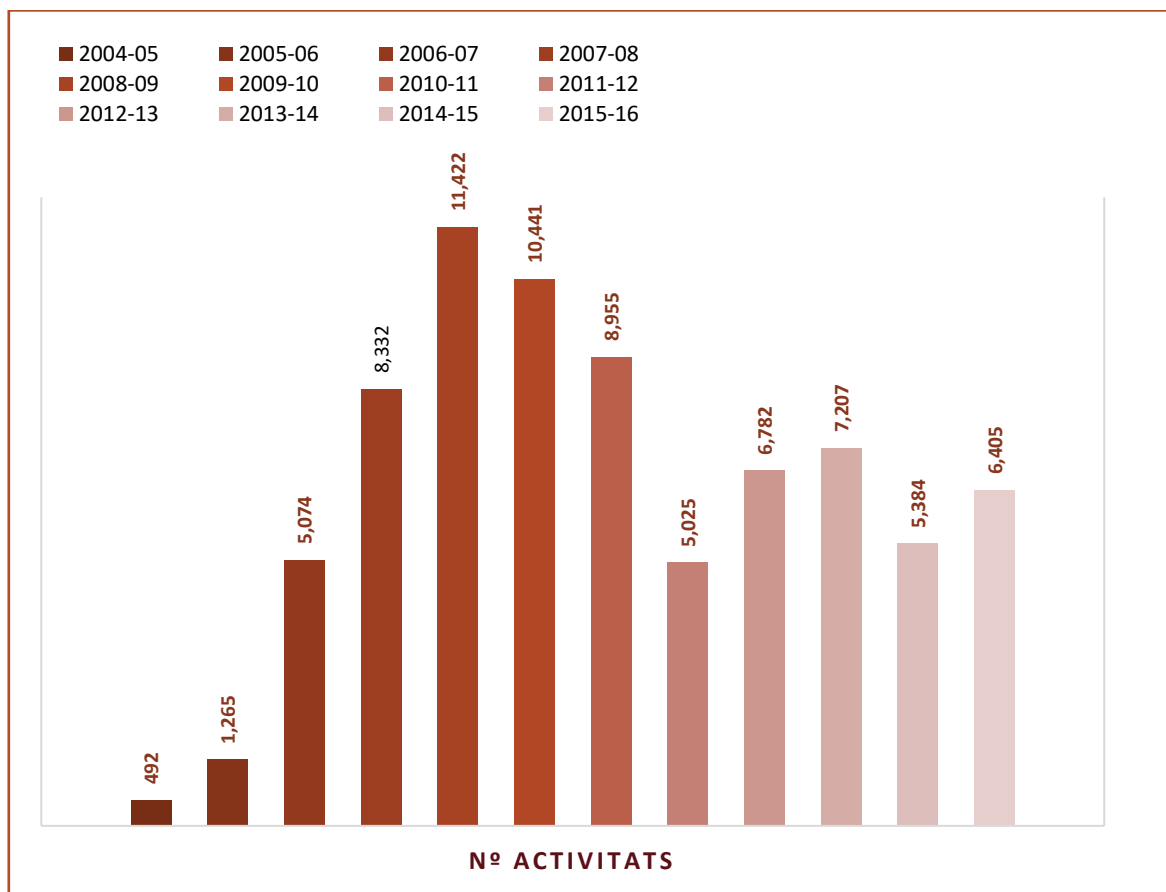
Els motius de derivació principals estan relacionats amb la salut mental al curs 2015-2016 amb un 29,4%. Els trastorns del comportament alimentari, amb un

Marc conceptual

17,2% o salut sexual i afectivitat 19,2 % són els que més derivacions provoquen i, en canvi, els relacionats amb consum de substàncies, la violència i maltractaments són els que menys en provoquen (5 %).

Del nombre d'activitats realitzades veiem que en el curs 2008-2009 va ser el curs en el què més intervencions, via activitats, es van realitzar, tal i com es pot observar en la figura 16. A partir del curs 2010-2011 es detecta una disminució, probablement per la reordenació i la prioritització relacionada amb el re ordenament dels recursos en el territori i de la crisi del 2008. En total, s'han realitzat més de 76.500 activitats.

Figura 16. Distribució d'activitats. Catalunya.



Font: Subdirecció General de Promoció de la Salut, dades extretes del Servei de Salut maternoinfantil, 2017.

Marc conceptual

Els temes més tractats en els cursos analitzats són, altra vegada, alimentació, sexualitat i afectivitat, temes prioritaris en la Consulta Oberta.

L'informe conclou que el perfil més comú de l'alumne que consulta és el d'una noia de 3er d'ESO a la que li preocupen els temes de sexualitat i afectivitat, alimentació i salut mental. Es detecta una alta capacitat resolutiva dels professionals de salut i escola; aproximadament un 80% no necessita cap derivació a altres professionals, això vol dir que el personal d'infermeria està altament qualificat per dur a terme aquestes activitats, sent un referent important per a l'alumne. L'informe també fa referència a la detecció precoç de problemes importants de salut.

1.10 MODEL DE PROMOCIÓ DE LA SALUT

En els anys 70, el sociòleg i metge Aaron Antonovsky, va introduir un model de salut que amb els anys s'ha convertit en un concepte establert en la salut pública i la promoció de la salut, la 'Salutogènesi', que proposa entendre la salut com un continu entre benestar i malaltia, en lloc d'una visió en què salut i malaltia s'exclouen mútuament. Coincidint amb l'actual enfocament de l'Organització Mundial de la salut (OMS), l'any 1986, es considera que els estils de vida dels diferents grups poblacionals poden millorar si es creen i es fomenten les condicions necessàries perquè les persones puguin augmentar el control sobre els factors que influeixen en la seva salut i la condicionen (Casado & Valls, 2014).

En aquest enfocament conceptual es considera la salut com un recurs per viure millor i més plenament, no pas l'objectiu de la vida. El model aporta eines valuoses per identificar i comprendre els elements que afecten les conductes relacionades amb la salut, i ajuda a comprendre la forma en que aquests elements conflueixen en l'adopció d'estils de vida. Actualment, sabem que la tramesa d'informació, com

Marc conceptual

a instrument únic de canvi d'estils de vida, ha fracassat, i que tampoc ha resultat efectiva per assolir els canvis cognitius necessaris per promoure hàbits de salut.

El Model de Promoció de la Salut ha estat utilitzat pels professionals d'infermeria en l'última dècada, amb freqüència en diferents situacions, què van des de la pràctica segura de l'ús de guants en les infermeres, fins a la percepció de la salut dels pacients. Particularment, ha estat dirigit a la promoció de conductes saludables en les persones, què indubtablement és una part essencial de la cura infermera, tal com s'evidencia en els treballs publicats. Es manté, en tots ells, un interès genuí i implícit cap a la cura, la millora de la salut i la generació de conductes que prevenen la malaltia, (Lindström & Eriksson, 2011).

Quan s'imparteix educació sexual, sense adonar-nos, podem caure en els estereotips sobre la sexualitat i l'amor. Pot ser poc educatiu i, de vegades perillós, donar com a certes, idees preconcebudes que ja funcionen socialment.

Els determinants de conducta, utilitzant el model de promoció, i tenint en compte el model teòric sobre les experiències prèvies dels nostres adolescents, poden posar en context als nostres joves, pel que fa a sexualitat i afectivitat, creences i a les actituds que tenen al respecte. D'aquesta manera, podem identificar conductes en les què es pot intervenir i canviar-les, seguint una metodologia de promoció i prevenció de salut adequada al seu perfil. L'objectiu és canviar aquestes actituds sobre la base de coneixements i, així, trencar barreres per tal que els nostres adolescents gaudeixin d'una forma sana la sexualitat i el sexe, (Folch et al., 2015).

Marc conceptual

1.11 MODEL SALUTOÈNIC

La salut positiva és una forma de veure les accions de salut, focalitzant la mirada cap a allò que fa que les persones, les famílies i la comunitat augmentin el control sobre la seva salut i la millori. En aquesta forma de planificar i actuar en la salut pública, guanyen valor les teories relacionades amb la salutogènesi, i l'origen de salut, les quals avalen que les persones són capaces d'actuar en benefici de la seva salut, aprenent a fer front als reptes que planteja l'entorn.

L'enfocament de salut pública, centrat en la prevenció, ha generat barreres contra la malaltia i ens ha donat, i seguirà donant en el futur, bons resultats. Tot i així, i gradualment, anem necessitant avançar cap a un enfocament de salut pública positiva.

La salutogenesis segueix la lògica de facilitar i fer accessibles les opcions orientades al benestar, el creixement i l'envelliment saludable, posant èmfasi en l'origen de la salut i l'interès actual pels recursos positius, envers la salut de les persones i les comunitats. Tal i com hem expressat en capítols anteriors, és important saber que la sexualitat es desenvolupa i s'expressa de diferents maneres al llarg de la vida. Així, la sexualitat d'un infant no serà la mateixa que la de l'adolescent o de l'adult.

L'adolescència és l'etapa on es produeix el començament del desenvolupament de les funcions sexuals i reproductives en la dinàmica física, biològica i psicològica dels individus (Lavielle et al., 2014). L'enfocament de salut-malaltia ha evolucionat des del model tradicional patogènic cap a un model salutogènic, en el qual la salut es troba en constant construcció (Rivera et al., 2011).

Marc conceptual

Les característiques individuals de les persones, considerades com a agents actius, constitueixen una de les claus més importants per entendre els processos involucrats en l'adquisició, manteniment o deteriorament de la seva salut. Algunes investigacions suggereixen que els trets de personalitat mesurats a edats primerenques s'associen amb factors de risc per a la salut durant l'edat adulta (Morell et al., 2016).

El contingut i els objectius conflueixen en les activitats d'ensenyament i aprenentatge inspirades en els models didàctics. Aquests models són, més aviat, principis generals i bàsics que orienten i il·luminen l'acció, o que seran contextualitzats en funció de les contingències de l'entorn que vagin produint-se i què són imprevisibles. L'opció metodològica és el resultat d'un procés de decisió en què han de ser considerats simultàniament les necessitats detectades, els objectius, continguts del programa, el temps, recursos disponibles i el nombre d'assistents. (Rivera et al., 2011)

El model salutogènic, proposat per Antonovsky (1979, 1987), dins el marc del model biopsicosocial, consisteix en una avaluació integral de la salut amb caràcter d'intervenció.

El model recull conceptes, com ara la personalitat resistent, duresa i resiliència, amb un enfocament interdisciplinari (Almedon, 2005), constituint un sòlid fonament teòric per a la promoció de la salut (Aaron Antonovsky, 1996).

D'altra banda, aquest model també té una gran vocació social en relació a la disponibilitat dels recursos d'afrontament i els estressors, els quals poden afectar comunitats senceres (Malagón et al., 2012).

A més d'aquests principis què són les bases del model de Antonovski, hi ha un ampli marc teòric què els sustenta i què se centra al voltant del sentit de coherència. El concepte de sentit de coherència consisteix en una disposició generalitzada de confiança en què les coses sortiran bé i en què es poden predir

Marc conceptual

els estressors, els quals presenten una certa estructura. Per altra banda, hi ha la creença de que aquests recursos d'enfrontament estaran disponibles i de que valdrà la pena utilitzar-los davant les demandes del medi (Aaron Antonovsky, 1996). Així, el sentit de coherència connecta el món intern amb l'extern (Malagón et al., 2012), construint fonaments per al canvi, amb la suficient flexibilitat i capacitat, segons un pla que promou la direcció i la motivació (Rodríguez Crespo, 2016).

El model també inclou l'ordre i la claredat de la informació ambiental (comprensibilitat), l'adequació entre recursos i demandes (gestionabilidad o autosuficiència), i el donar sentit als esdeveniments de la vida (sentit) (Rodríguez Crespo, 2016).

Aquest model resulta d'una gran utilitat en l'abordatge de comunitats, a causa de la multitud d'elements que integra. A més, a diferència del biopsicosocial, aquests elements estan ben articulats en el model.

Desenvolupament del model salutogènic: la seva influència en la promoció de la salut des de la proclamació de la nova concepció de salut, realitzada quan s'estava constituint l'Organització Mundial de la Salut, fins a la proclamació oficial de la Promoció de la Salut, com a objectiu de les polítiques de salut pública, realitzada a la Carta d'Ottawa, l'atenció es va anar centrant, cada vegada més, en el desenvolupament i potenciació dels recursos de salut per a la població.

Els principals testimonis d'aquest canvi de perspectiva es poden trobar en l'Informe Lalonde, la Declaració d'Alma-Ata, realitzada a la Primera Conferència Internacional sobre Atenció Primària de Salut o l'estratègia "Salut per a tothom l'any 2000". El pilar fonamental d'aquest procés seria el respecte pels Drets Humans i la consideració de les persones com a participants actives del seu benestar.

Marc conceptual

En aquest sentit, els professionals i les persones es comprometrien, mútuament, en un procés d'empoderament, de manera que el paper dels professionals seria donar suport i oferir opcions que permetin a les persones prendre decisions ben fonamentades, sent conscients dels principals determinants de la salut. Durant la Primera Conferència Internacional sobre Promoció de la Salut, celebrada a l'octubre de 1986 a Ottawa (Canadà), la Promoció de la Salut va ser definida oficialment com el procés que permet a les persones incrementar el control sobre la seva salut per millorar-la.

Pel que fa a la teoria salutogènica, tot i no figurar explícitament a la Carta d'Ottawa, ha influït, indubtablement, en el desenvolupament de la Promoció de la Salut. El començament d'aquesta influència es pot dir que va succeir formalment el 1992, en un seminari celebrat a l'Oficina Regional de l'OMS a Copenhaguen, en què es van discutir les teories subjacents en Promoció de Salut. Antonovsky va assistir a aquest taller i va presentar el seu model salutogènic com un camí cap a la Promoció de la Salut. Es va concloure que l'enfocament en Promoció de la Salut havia de realitzar-se sobre la salut i no sobre la malaltia.

L'orientació salutogènica es presentava com un paradigma realment viable per a la investigació i la pràctica en Promoció de la Salut. En concret, segons resumeixen Lindstrom i Eriksson, el model salutogènic seria una bona base de fonamentació per a la promoció de la salut, per tres raons principals: en primer lloc, perquè el focus es col·loca en la resolució de problemes i en la recerca de solucions; en segon lloc, perquè identifica recursos generals de resistència que ajuden a les persones a moure's en la direcció de salut positiva; i, en tercer lloc, perquè identifica un sentit o discerniment global i omnipresent en els individus, grups, poblacions o sistemes.

Antonovsky fa ús d'una metàfora (el riu de la vida) per comparar el punt de vista patogènic amb la perspectiva salutogènica. Utilitzant el símil d'un riu embravit, l'enfocament patogènic considera que els corrents d'aquest riu representarien

Marc conceptual

l'estat de malaltia, sent l'objectiu rescatar les persones que es troben dins d'aquest riu, sense tenir en compte com van arribar allà o per què no són bons nedadors. No obstant això, des d'una perspectiva de salut pública, s'hauria de reconèixer que, de vegades, les persones es tiren al riu voluntàriament o es neguen a aprendre a nedar, (Lindström & Eriksson, 2011).

En aquest sentit i des d'una perspectiva salutogènica, Antonovsky prefereix entendre que aquest riu representaria la vida en si mateixa, és a dir, un riu que dóna lloc a rierols amb aigües tranquil·les o bé a corrents i remolins perillosos. Així, Antonovsky es pregunta quines seran les condicions que determinen que una persona tingui l'habilitat de nedar bé, independentment de la zona del riu on sigui. Per tant, l'objectiu no es centraria en "salvar" a les persones, sinó en aconseguir que nedin bé, per no ser arrossegades per la corrent.

Els adolescents necessiten tenir una bona informació sobre la sexualitat des de edats ben primerenques, per tal que puguin, d'una forma positiva, administrar tota la informació i utilitzar-la en el moment que ho necessitin.

En la representació gràfica del riu de la vida presentada per Eriksson i Lindstrom es mostra, de manera clara, el desenvolupament de la medicina (d'atenció i tractament) i de la salut pública (prevenció i promoció). Concretament, el desenvolupament lògic i històric de la salut pública cap a la Promoció de la Salut presentaria les següents quatre etapes.

En primer lloc, la curació o tractament de malalties. Segons el símil del riu, la perspectiva curativa en salut significaria "salvar la gent d'ofegar-se", utilitzant eines tecnològiques i professionals, i donant un bon entrenament.

En segon lloc la protecció de la salut i prevenció de malalties. Aquesta etapa es pot dividir en dues fases:

Marc conceptual

- Protecció. Intervencions a les escoles, amb l'objectiu d'evitar riscos de malalties sexuals.
- Factors individuals com l'autoestima, la personalitat, les actituds, enfront de les relacions i els patrons d'afecció, influeixen en la forma en com es desenvolupa la sexualitat.
- Fets com són l'embaràs no desitjat, el fracàs, l'autoestima, l'afectivitat, la gestió d'emocions, la presa de decisions sobre el sexe i la sexualitat, però atorgant-los un paper passiu en el procés.

Segons la metàfora, es tractaria de col·locar barreres al riu per evitar que les persones hi caiguin.

- Prevenció. En aquest cas es tractaria de prevenir les malalties a partir de la intervenció activa dels adolescents. És a dir, es tracta d'administrar una armilla salvavides per evitar que les persones s'ofeguin al riu.

En la tercera etapa co-existirien l'Educació per a la Salut i la Promoció de la Salut. D'una banda, des de l'Educació per a la Salut, els professionals tractarien d'informar, a nivell individual o grupal, dels riscos per a la salut, proporcionant consells sobre com han de viure per mantenir la seva salut i evitar els riscos. El els adolescents, els factors individuals com l'autoestima, la personalitat, les actituds enfront de les relacions i els patrons d'afecció, influeixen en la forma en com es desenvolupa la sexualitat.

El coneixement de la sexualitat s'enriqueix al transcendir la descripció de la conducta juvenil i s'incorporen variables actitudinals i de personalitat relacionades amb el desenvolupament sexual humà (Dolores & Polanco, 2014).

Marc conceptual

Progressivament, amb el pas del temps, les persones van participant cada vegada més en aquest procés, arribant a ser capaços de prendre les seves pròpies decisions si compten amb el suport dels professionals. S'han trobat variables, que correlacionen una bona educació, promoció i prevenció, entre el funcionament sexual, amb una major satisfacció sexual i major benestar psicològic, tal i com hem exposat en l'apartat d'educació per a la salut.

Tornant a la metàfora del riu, els esforços estarien dirigits a "ensenyar a les persones a nedar". D'altra banda, des de la promoció de la salut, la responsabilitat de l'acció s'entendria més enllà del sector salut. Es considera la salut com un dret humà que s'ha d'assegurar a través de la coordinació de tota la societat. En aquest cas, l'individu es converteix en un subjecte responsable, actiu i participant. La tasca dels professionals seria donar suport i oferir opcions perquè les persones puguin prendre decisions ben fonamentades. L'educació sanitària és aquí substituïda per l'aprenentatge sobre la salut, a partir de la reciprocitat d'un diàleg sobre salut.

En aquest sentit ensenyar als nostres adolescents a que tinguin una sexualitat sana, sense prejudicis, que sàpiguen prendre les decisions en un moment determinat de la seva vida, valorant en quin costat del riu anar.

Finalment, la quarta etapa es caracteritzaria per la millora de la percepció de la salut, benestar i qualitat de vida. L'objectiu últim de les activitats de Promoció de la Salut és la creació o facilitació de les condicions prèvies necessàries per al desenvolupament d'una vida saludable. És a dir, la clau del procés està en aprendre a reflexionar sobre les opcions que existeixen en funció de les situacions que ocorren en la vida, traient partit d'aquelles que generen salut i que milloren la qualitat de vida.

Marc conceptual

Tornant a la metàfora desenvolupada per Eriksson i Lindstrom, el corrent del riu únicament s'entendria, segons el model biomèdic, per la seva fluïdesa cap avall, la qual cosa es troba a la cascada. Per tant, des d'aquesta perspectiva patogènica, únicament es podria ajudar a les persones que ja tenen problemes per escapar, per si sols, d'aquest corrent que els guia cap a la cascada. No obstant això, per explicar el canvi de paradigma en el marc salutogènic, la metàfora del riu és diferent. En aquest cas, es tractaria del "riu de la vida", on la direcció principal en el fluir de l'aigua passa horitzontalment, tot i que al llarg del seu recorregut, hi ha permanentment un salt vertical de l'aigua, en forma de cascada.

Aquestes noves línies en el model salutogènic s'han plasmat en diferents iniciatives de polítiques de salut pública d'abast. Així, per exemple, en el marc de la Presidència Espanyola de la Unió Europea, centrada en la consecució de l'equitat en salut, i dins del seu programa de seminaris, conferències i congressos, es van dur a terme dos esdeveniments per als quals la filosofia del model salutogènic ha tingut especial rellevància.

D'una banda, del 28 al 30 d'abril del 2010, es va celebrar a Sevilla el simposi *Health Assets for Young People Wellbeing*, organitzat per l'equip espanyol de l'estudi *Health Behaviour in School-aged Children* (de la Universitat de Sevilla), la Universitat de Hertfordshire (Regne Unit), l'Organització Mundial de la Salut i el Ministeri de Sanitat i Política Social d'Espanya. El simposi va reunir experts de tot el món al voltant dels temes de la salutogènesi, la resiliència i el capital social. En concret, i pel que fa a la salutogènesi, es va comptar amb la participació de Monica Eriksson i Bengt Lindstrom, referents actuals en l'estudi de la salutogènesi. Aquests experts van tractar de centrar l'aplicació del constructe a les poblacions d'adolescents i joves.

L'objectiu general d'aquest simposi va ser el de contribuir a l'avenç de la perspectiva basada en actius (i no només en mancances o dèficits) per millorar el benestar dels joves, posant en relleu l'aportació que els investigadors, els

Marc conceptual

responsables polítics i els professionals poden fer en aquest procés. En definitiva, es va tractar d'un simposi centrat en les implicacions pràctiques del model d'actius proposat, entre d'altres, per Antony Morgan i Erio Ziglio, i què compta, entre els seus principis bàsics, amb la teoria salutogènica d'Antonovsky.

Catalunya té uns bons indicadors de salut pel que fa als adolescents, però hi ha problemes de salut específics en aquesta edat que, o bé han augmentat en els últims anys, o bé es concentren en persones en situació de vulnerabilitat que requereixen un abordatge específic i prioritari. En aquesta etapa del desenvolupament de la persona és fonamental la forma d'abordar els problemes de salut. En aquest sentit, l'ajut que poden oferir les noves tecnologies 2.0, a nivell de comunicació, es pot relacionar amb l'èxit futur, tant a nivell personal i familiar, com acadèmic.

CAPÍTOL 2: JUSTIFICACIÓ DE L'ESTUDI

2 JUSTIFICACIÓ

Una anàlisi de la situació de salut dels joves ens fa identificar les necessitats de salut més importants i les seves inquietuds, i ens permet conèixer les desigualtats existents, tant per edats com per sexe.

L'interès per atendre les necessitats de salut dels adolescents, prevenir els seus problemes i proporcionar-los atenció i solucions, és cada vegada més gran.

La salut i el desenvolupament dels adolescents requereixen estratègies i programes específics de promoció de la salut que s'han d'adaptar a les necessitats locals i a les possibilitats específiques de cada regió, tenint en compte els diversos sistemes socials, culturals i econòmics que hi ha a la comunitat.

Un dels determinants dels canvis en les condicions socials és l'accés a la informació a través d'Internet. És possible que mai fins ara, el paper de la xarxa, en l'orientació de les vides i conductes del joves, hagi estat tan important. Els joves utilitzen una quantitat d'informació formal i informal com mai abans havia succeït. La facilitat d'accés a gran quantitat d'informació influeix en la construcció de les creences, els conceptes, les actituds, els valors i els procediments, que en tots els àmbits de la vida, inclosa la salut, són utilitzats pels joves.

Freqüentment, apareixen contradiccions entre la informació, les normes i els valors culturals. La pressió i els esdeveniments que es reben de l'entorn poden afectar els hàbits de salut dels nostres joves. Un dels llocs que adquireix més importància, tot i que en menys mesura que la llar dels joves, és l'escola. Les aules, són l'espai on conviuen i es desenvolupen moltes actituds, de vegades, originades per la ignorància i les actituds negatives dels companys, igualment inexperts.

Com bé hem vist en el capítol 1, en l'apartat d'antecedents del Programa "Salut i Escola", des de la seva implantació el 2004, any rere any, el perfil del jove que

Justificació de l'estudi

majoritàriament busca informació sobre la sexualitat, afectivitat i salut alimentària correspon a noies que estan cursant 3er d'ESO.

Els coneixements i les actituds són difícils de percebre, ja que l'adolescent calla tot els seus desitjos sexuals per por de ser reprès i jutjat pels sentiments d'atracció que té per una altra persona. Per treballar en promoció amb adolescents, cal saber què és el que cal prevenir a un jove, tenir informació sobre els seus coneixements i sobre quines acostumen a ser les seves actituds, donat que són persones susceptibles de patir malalties de transmissió sexual, sida i embarassos no desitjats.

El control de les MTS en els adolescents i joves resulta particularment complicat per la peculiaritat d'aquestes edats, estils de vida, la forma d'interacció sexual, el seu desenvolupament psico-evolutiu, la informació que reben i l'accés a xarxes socials. Tots aquests elements condicionen les vies i formes de transmissió i, per tant, les estratègies de prevenció.

Les MTS en els joves i adolescents poden i, solen ser, motiu d'altres problemes més generals de salut física i mental, convertint-se en malalties sentinella. Aquestes malalties poden encobrir problemes de relacions, depressions, abusos sexuals, etc. Coneixent les necessitats formatives respecte a la salut sexual i reproductiva que tenen els joves, podem ajudar a millorar la seva salut física i emocional.

El coneixement i les actituds que tenen els adolescents sobre la sexualitat es pot millorar amb l'ajuda del personal d'infermeria capacitat per donar una oportuna orientació en l'educació dels joves que es troben en alt risc, intentant que tinguin una sexualitat sana amb auto-cura i respectant el seu cos.

Justificació de l'estudi

Com infermer en salut comunitària, i a través del programa de "Salut i Escola" des fa més de 9 anys, crec en la necessitat d'un canvi d'estratègia. L'evolució que ha sofert la metodologia educativa dels adolescents amb les noves tecnologies, justifica la necessitat d'un canvi d'estratègies i, és arrel d'aquesta realitat, que es presenta el projecte "Blog "Salut i Escola 2.0"", com una eina complementària de suport del Programa "Salut i Escola".

"Salut i Escola 2.0" pretén ser una eina més, dins del programa de "Salut i Escola" de la Generalitat de Catalunya, que englobi diferents aspectes socials, ambientals i d'estils de vida saludable, i que, sobretot, ajudi als joves, pares, professors i personal sanitari, a facilitar una bona prevenció de la salut. Aquesta eina ha de permetre identificar conductes de risc, i facilitar una bona promoció d'estil de vida saludable, per poder, així, disminuir situacions de riscos, el més aviat possible, millorant la salut dels nostres adolescents. Pretén ser un enllaç amb l'adolescent i la comunitat, dins dels Instituts de Secundària, Serveis dels mateixos Ajuntaments, i del Sistema de Salut, com són els Centres d'Atenció Primària.

Com bé hem observat en el gràfic de consultes realitzades de "Salut i Escola" en els últims 5 anys, a conseqüència de la crisi esdevinguda en els darrers anys i les retallades sofertes per la nova política sanitària de Catalunya, s'ha afavorit que els infermers de les àrees bàsiques de salut hàgim vist disminuïda la nostra presència en els instituts. Aquest fet ha provocat un descens notori en les consultes que realitzen els nostres adolescents, i en la gestió de la informació que requereixen els adolescents, així com en les seves consultes sobre inquietuds o necessitats especials. Aquesta realitat també justifica la creació d'aquesta nova eina que forma part del Programa de "Salut i Escola".

Les actuals generacions d'adolescents anomenats nadius digitals o generació Z, han crescut en un context on les tecnologies formen part de la seva vida diària, presenten competències digitals per a usar i navegar per entorns digitals

Justificació de l'estudi

multidimensionals de manera ràpida i efectiva. Les TIC suposen un canal òptim per a l'acostament i la comprensió dels joves, a més d'un mitjà adequat per a la promoció de la salut i la intervenció en problemes de salut pública com la violència de gènere, el consum de drogues, alcohol i la sexualitat. (Martínez et al., 2017)

És en aquest punt on tornem a plantejar-nos i a repetir la mateixa pregunta: quina educació sexual s'està donant en els centres educatius?

Les intervencions de promoció i prevenció en la sexualitat, es segueixen centrant, exclusivament, en evitar les malalties de transmissió sexual, i evitar embarassos no desitjats. Es restringeix el missatge en negatiu i es centra en considerar l'acte sexual com aquell fet que comporta uns riscos i que cal tractar d'evitar. Oferim als adolescents pocs recursos per tal que estiguin informats.

En l'adolescència, és on s'aprecia un major increment en l'ús de les noves tecnologies, pel fet que les han incorporat de manera habitual en la seva vida, utilitzant-les com a eines d'interacció, informació, comunicació i coneixement. El joves s'inicien en les relacions sexuals cada vegada a edats més joves i les noves tecnologies fan que hi hagi un canvi en la tendència sexual: *sexting*, app per relacionar-se.

Durant els meus deu anys d'experiència com a infermer en el Programa de "Salut i Escola", he trobat situacions en què els adolescents s'han sentit molt vulnerables i desprotegits, sense informació contrastada, i amb por de fer preguntes quan creuen que tenen un problema. Per posar-nos en antecedents i a tall d'exemple, fa anys, un adolescent va acudir a mi d'una manera desesperada, en un moment molt crític de la seva vida. No sabia on anar, tenia por, desconfiança amb els professionals del centre de atenció primària (AP). Va venir a demanant ajut després d'haver tingut relacions sexuals, sense protecció. No volia que se'l jutgés, i menys per la seva condició sexual.

Justificació de l'estudi

Pensava que ningú podria entendre'l, i no volia comentar res als seus pares perquè pensava que ja no seria acceptat com a fill si explicava el que li havia succeït, Tenia 15 anys i va ser contagiats de VIH.

Mai oblidaré com van afrontar una situació tan delicada.

Aquesta situació i altres, em van fer veure i creure en la necessitat de canvi i de replantejar-nos en la forma en què intervenim en les aules, i en la forma de fer promoció de la salut i, sobretot en l'avaluació d'aquestes intervencions.

Un dels objectius d'aquesta eina és proveir al centre educatiu i als serveis de salut de la comunitat (Ajuntament, serveis socials i equips d'atenció primària) i infermeres del Programa "Salut i Escola" de material didàctic i visual sobre actuacions d'educació per a la salut i sobre els elements de protecció (hàbits i actituds saludables), reduint, així, els factors de risc. També n'és objectiu, donar el coneixement necessari per afavorir un estil de vida saludable entre els adolescents de la comunitat i la incorporació d'estratègies de promoció i prevenció de salut en el currículum escolar.

<http://xtec.gencat.cat/ca/comunitat/salutescola/programasalutescola/>

Aquesta tesi pretén avaluar la implementació d'aquesta nova eina "Salut i Escola 2.0" i descriure el que pensen els joves sobre sexualitat, posant en evidència les deficiències que tenen els alumnes comuns de secundària.

Aquest estudi potser rellevant, ja que amb els resultats que s'obtinguin es podrà ajudar els joves, proporcionant-los amb informació fiable, empoderant-los perquè adoptin actituds i coneixements sans, ajudant-los a prendre decisions amb criteri, i a que siguin capaços de cuidar-se sense cap impediment en la consecució de les seves metes.

CAPÍTOL 3: OBJECTIUS DE LA INVESTIGACIÓ I HIPÒTESI

Objectius de la investigació i hipòtesi

3 OBJECTIUS DE LA INVESTIGACIÓ I HIPÒTESI

En aquest context els objectius d'aquest estudi són:

3.1 OBJECTIUS GENERALS

1. Dissenyar i implementar el Blog 2.0 com a complement de l'atenció presencial dins el programa "Salut i Escola".
2. Analitzar l'ús d'Internet i les xarxes socials per a la salut en els adolescents estudiats.
3. Avaluar l'efectivitat d'una intervenció de promoció d'educació sexual.

3.9.1 SEGONS LA METODOLOGIA ELS OBJECTIUS S'AGRUPEN EN DOS FASES

1ª Fase

1. Dissenyar i implementar el blog "Salut i Escola 2.0" com a complement de l'atenció presencial dins del Programa "Salut i Escola".
 - 1.1 Avaluar l'ús del blog "Salut i Escola 2.0".
2. Analitzar l'ús d'internet i xarxes socials per la Salut dels adolescents estudiats.
 - 2.1. Analitzar la percepció de salut dels adolescents estudiats.

2ª Fase

En aquesta segona fase s'analitzen tant el grau de coneixements com l'efecte de la intervenció en tots els adolescents de 3er de l'ESO del present estudi.

3. Avaluar l'efectivitat d'una intervenció de promoció d'educació sexual.
 - 3.1. Descriure el grau de coneixement sobre VIH/SIDA i altres ITS, fòbia al VIH, ansietat per la salut i actitud envers el VIH.

Objectius de la investigació i hipòtesi

- 3.2. Analitzar les relacions entre el nivell de coneixements i actituds cap a la Sida, ansietat per la salut i por a la Sida i les diferents variables estudiades.
- 3.3. Comparar el nivell de coneixements sobre VIH/Sida i altres ITS, fòbia al VIH, ansietat per la salut i actitud envers el VIH, pre i post intervenció.

3.10 HIPÒTESI

La hipòtesi que ens plantegem, la realització d'intervencions de promoció i prevenció de conductes de risc a les aules, a més de l'accés al blog "Salut i Escola" 2.0 com a eina de suport, augmenta el nivell de coneixement sobre la sexualitat i mètodes anticonceptius, millora la percepció de risc de malalties de transmissió sexual, ansietat per la salut i embarassos no planificats. En general, es milloren les condicions òptimes de salut sexual en els adolescents.

CAPÍTOL 4: DESENVOLUPAMENT I METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓ

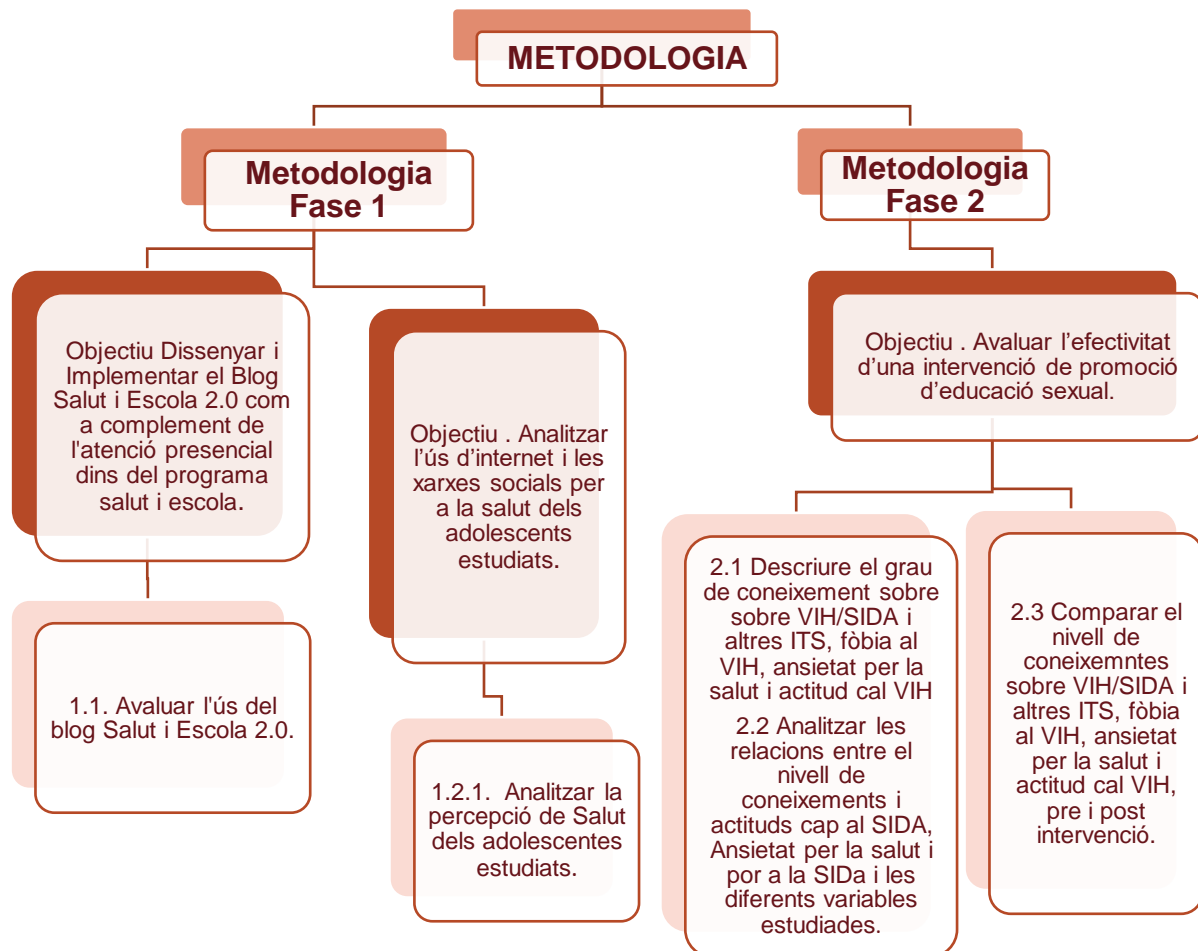
Desenvolupament i Metodologia de la Investigació

4 DESENVOLUPAMENT I METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓ

4.1 METODOLOGIA

La metodologia es divideix en dos fases i amb tres objectius definits. A continuació es presenta un resum per fer més comprensible les fases de metodologia i el seu desenvolupament:

Figura 17 : Esquema de l'estructura de la metodologia.



Desenvolupament i Metodologia de la Investigació

4.1.1 Fase 1. Disseny del blog Salut i Escola 2.0

La primera fase planteja com a objectius:

- Dissenyar i implementar el blog “Salut i Escola 2.0” com a complement de l’atenció presencial dins del Programa “Salut i Escola”. Es realitza un disseny descriptiu que analitza el nombre de visites i descriptors bàsics de l’ús global del blog “Salut i Escola 2.0” (figura 21).
- Analitzar l’ús d’Internet i les xarxes socials per la salut en els adolescents estudiats, així com analitzar la seva percepció de salut.

Figura 18: Descriptors bàsics de l’ús global del blog “Salut i Escola 2.0”.



Per a aquesta primera fase es va recopilar tota la informació sobre el programa de “Salut i Escola” i la seva última avaluació amb l’objectiu de tenir una visió global de la situació actual i identificar els motius de consulta més prevalents dels adolescents.

Desenvolupament i Metodologia de la Investigació

Es va realitzar una anàlisi de recursos a través de diferents webs del CatSalut per tal d'unificar tota aquesta informació, agrupar-la i, classificar-les per temes.

Amb aquesta informació i per tal de definir l'objecte d'estudi, descobrim en primer lloc l'origen del blog "Salut i Escola 2.0".

A la població d'Abrera, en el curs 2012-2013 i en el marc del Programa "Salut i Escola", després de la consultes al IES, en què es realitzaven intervencions a les aules (xerrades i tallers), una de les intervencions dins l'aula amb els adolescents de 3er de l'ESO, va ser sobre el accés a Internet i sobre les diferents webs d'informació per a adolescents com a font segura, fiable, per poder buscar i resoldre problemes i inquietuds.

A l'aula es va establir una sessió oberta de com els agradaria tenir accés a aquesta informació. Les conclusions a les que es va arribar és que havia de ser informació ràpida, d'accés còmode, de fonts fiables. Així, es va veure la necessitat de crear, a mode de prova, un blog senzill, barat i fàcil d'actualitzar. L'eina seleccionada va ser blogger.com, i la pàgina es va anomenar

<http://salutescolabaixllobregatnord.blogspot.com>.

Imatge 4: Blog Salut i Escola, amb eina blogger, curs 2013-14.



Desenvolupament i Metodologia de la Investigació

La població van ser tots els alumnes que estudien a l'IES 3er i 4rt ESO, i que poden accedir de forma voluntària a través del link del propi IES.

El total de visites durant els dos anys va ser de 3.790, dels quals el 87% van ser entrades a través del propi IES. Durant els cursos 2012-13 i 2013-14, totes les entrades realitzades a través de l'IES, i els temes més buscats estaven relacionats amb la sexualitat, seguit de l'alimentació, i les drogues.

Amb aquest inici i veient els resultats, es va veure la necessitat d'aprofundir més sobre els temes i, sobretot, sobre els temes de sexualitat que són els que més preocupen als joves.

En aquest punt es va contactar amb els responsables del Programa "Salut i Escola" del Departament de Salut, per presentar-los i demanar-los autorització per iniciar el Projecte "Salut i Escola 2.0", (annex1), i analitzar la seva viabilitat. Es de van iniciar reunions tant amb l'Institut Català de Salut com amb el Departament de Salut.

Un cop autoritzat l'estudi per avaluar la nova eina del Salut i Escola, 2.0,(blog "Salut i Escola 2.0"), des del Departament i des de Presidència del Salut, se`ns va facilitar un compte de Wordpress, que `hauria d'estar en línia amb el treball que porta realitzant al propi Departament.

Es va decidir que el contingut, d'acord amb el Programa "Salut i Escola", no només seria sobre sexualitat, sinó també sobre els principals eixos del programa, (alimentació, sexualitat, drogues, tabac, salut mental, bullying, gènere. etc. Un cop feta la revisió dels anys del Programa "Salut i Escola",es va deixar clar que l'estudi aniria enfocat a aquells temes que més interès generaven entre els adolescents i què eren la sexualitat i l'afectivitat.

Desenvolupament i Metodologia de la Investigació

Amb L'experiència obtinguda amb el blog de l'IES i un cop revisats els seus continguts, es va realitzar el bolcatge al nou blog proporcionat pel Departament de Salut, donant-li l'estructura que més endavant detallarem. S'inicien tots els tràmits perquè el blog s'insereixi a la intranet dels IES i es mostra als adolescents a l'inici del curs, com un recurs en benefici de la salut, aprofitant la presentació que es realitza sobre les consultes d'infermeria de "Salut i Escola". El blog queda obert per anar setmanalment introduint continguts, segons les necessitats dels adolescents i obert a propostes que els adolescents ens van fent arribar, incloent els temes actuals que van sorgint. Així és com es crea l'estructura de continguts que detallem en els apartats posteriors.

4.1.2 Fase 1: Analitzar l'ús d'Internet i xarxes socials per a la salut dels adolescents estudiats i percepció de salut dels adolescents estudiats.

Per a aquesta fase de l'estudi, es crea una enquesta online mitjançant l'eina de Google docs, amb totes les variables del l'estudi. S'obre una pestanya al blog perquè els adolescents puguin entrar i contestar les enquestes, dins l'horari escolar i en les hores de tutoria pactats. En aquesta fase es recullen les variables i la primera bateria d'escales que s'utilitzen per a l'estudi. que més endavant detallarem.

4.1.3 Fase 2: Avaluar l'efectivitat d'una intervenció de promoció d'educació sexual.

La segona fase correspon a la intervenció de promoció educativa on s'implementarà el blog com a complement al Programa "Salut i Escola". Aquesta fase s'avalua mitjançant les eines que utilitzem per a l'estudi de les escales, i s'avaluarà l'eficàcia en l'àmbit de la sexualitat, sexe i l'afectivitat.

Desenvolupament i Metodologia de la Investigació

4.2 DISSENY DE L'ESTUDI

4.2.1 Disseny de l'estudi fase 1

En la primera fase de l'estudi què dona resposta al primer objectiu, es revisen altres blogs i webs, i s'elabora l'estructura i continguts del blog "Salut i Escola 2.0", (l'estructura i els continguts es descriuen en apartats posteriors). Per donar resposta al segon objectiu es realitza un estudi multicèntric descriptiu transversal.

4.2.2 Disseny de l'estudi fase 2

A la segona fase del l'estudi es va realitzar una anàlisis descriptiva i un estudi longitudinal amb mesures repetides al mes 0, 4 i 9 posteriors a la intervenció de promoció d'educació comunitària.

En les dues fases de l'estudi es treballa amb metodologia quantitativa.

4.3 ÀMBIT DE L'ESTUDI

La investigació es realitza a dos dels tres IES de Sant Andreu de la Barca, (Barcelona), vinculats a les activitats que es realitzen des del servei d'atenció primària de l'Institut Català de Salut, a càrrec de l'infermer del centre de primària i dins del Programa "Salut i Escola" con a referent del programa al propi IES. Dos dels tres centres tenen línies educatives fins a batxillerat, mentre que el tercer IES, només té fins a 2on de l'ESO.

Es decideix realitzar l'estudi de tesi en el marc de la població de Sant Andreu, per la facilitat d'accés als IES i com a referent del Programa de "Salut i Escola".

Sant Andreu de la Barca és una ciutat de Catalunya que es troba al nord de la comarca del Baix Llobregat i de la conglomeració urbana metropolitana, en el límit

Desenvolupament i Metodologia de la Investigació

administratiu d'aquesta àrea, a uns vint quilòmetres de Barcelona, té una població de 27.434 i el 9% de població és d'origen estrangera.

4.3.1 Període d'estudi.

El període d'estudi es va iniciar en el curs escolar 2015-16, i va finalitzar en el mes de maig del curs escolar 2016-17. Per a l'anàlisi del primer objectiu s'han tingut en compte totes les visites realitzades al blog, fins al mes de maig del curs 2016-2017.

4.4 POBLACIÓ I MOSTRA

La població objecte d'estudi és la de tots els alumnes matriculats en els Instituts de Sant Andreu de la Barca que cursaven 3er de l'ESO, i que compleixin els criteris d'inclusió.

Figura 19 : Esquema de composició de la població d'estudi.



Desenvolupament i Metodologia de la Investigació

4.4.1 Selecció de la mostra

Criteris d'inclusió

Alumnes de 3er curs d'ESO dels IES de Sant Andreu de la Barca, matriculats en qualsevol dels instituts participants en l'estudi, amb infermera del Programa "Salut i Escola", que van assistir a classe en la visita informativa i els pares dels quals van acceptar participar en l'estudi.

Comprensió de l'Idioma i acceptació a formar part del l'estudi.

Criteris d'exclusió

No acceptar participar en l'estudi.

Grandària Mostra

S'ha seleccionat a tots els adolescents que realitzen 3er d'ESO, (n=292) dels centres educatius inclosos en l'estudi. El total ha estat Grup control (n=144), i grup Intervenció (n=148).

Grup d'intervenció: Aquest grup està compost per l'alumnat d'un dels IES estudiats. Amb una mostra de (n=148) adolescents de 3er d'ESO, 70 nois i 78 noies.

A aquest grup se li ha fet tota la intervenció del present estudi què es detalla en un apartat posterior.

Grup control: Aquest grup està format per l'alumnat de l'altre IES restant a l'inici de l'estudi. (N=144) adolescents, 54 nois i 90 noies.

En aquest grup control no es realitzarà cap intervenció, encara que sí que es va de fer la presentació del blog perquè coneguessin els recursos i se'ls van lliurar els qüestionaris.

Desenvolupament i Metodologia de la Investigació

4.5 VARIABLES OBJECTE D'ESTUDI

La variable independent principal de l'estudi va ser el tipus d'intervenció que va rebre l'alumne (grup intervenció o grup control) per augmentar coneixements i actituds sobre sexualitat i afectivitat a través del blog "Salut i Escola 2.0" en els escolars de 3er d'ESO de la població d'estudi. Agrupem les variables en les dos fases del estudi, i són les que a continuació detalllem:

Variables dependents del blog.

Nombre de visites al blog: variable quantitativa oberta que respon a una xifra.

Cercador més utilitzat: variable quantitativa oberta per cercador utilitzat.

Direcció de la pàgina web que ha visitat per arribar al blog (URL): variable qualitativa amb possibilitats de resposta de adreça URL.

Continguts visitats: variable qualitativa amb possibilitats de pàgines visitades.

Variables relacionades amb les característiques sociodemogràfiques dels adolescents.

Edat: Variable quantitativa oberta que es respon amb la xifra actual.

Sexe: Variable qualitativa amb la possibilitat de resposta: noi i noia.

Lloc de naixement: Variable qualitativa amb la possibilitat de varies respostes.

Nucli de convivència: variable quantitativa oberta que es respon amb la xifra actual.

Habitació pròpia: Variable qualitativa amb la possibilitat de resposta: sí o no

Variables relacionades amb l'ús d'Internet

Connexió a Internet: variable qualitativa amb la possibilitat de resposta: sí o no.

Nombre d'hores/setmana connectat a Internet: variable quantitativa oberta que es respon amb una franja d'hores setmanals.

Nombre d'hores en xarxes socials per setmana: variable quantitativa oberta que es respon amb una franja d'hores setmanals.

Desenvolupament i Metodologia de la Investigació

Motiu d'utilització d'Internet: variable qualitativa amb les següents possibilitats de resposta: jocs en línia, descarregues, missatgeria, streaming, contactes amics i família (twitter, facebook, instagram), notícies, navegació.

Consultes sobre sexualitat a Internet: variable qualitativa amb la possibilitat de resposta: sí o no.

Consultes relacionades amb la salut a Internet: variable qualitativa amb les següents possibilitats de resposta: bellesa, sexe, pírcings, drogues, alcohol, tabac, alimentació, salut mental, trastorns alimentaris, educació física.

Facilitat de connexió a Internet: variable qualitativa amb la possibilitat de resposta: sí o no.

Facilitat de connexió a Internet i des d'on s'accedeix: variable qualitativa amb les següents possibilitats de resposta: casa, escola, centre cívic, propi mòbil propi, casa d'amics.

Variables relacionades amb la família.

Parlen amb el seus pares de sexe: variable qualitativa amb la possibilitat de resposta: sí o no.

Parlen de sexe amb els seus germans: variable qualitativa amb la possibilitat de resposta: sí o no.

Tenen dificultats per aprovar assignatures: variable qualitativa amb la possibilitat de resposta: sí o no.

Variables dependents.

Coneixements sobre VIH / Sida per a adolescents: variable qualitativa amb la possibilitat de resposta: veritable, fals, no ho sé.

Actituds cap al VIH / Sida per a adolescents: variable qualitativa amb la possibilitat de resposta: totalment en desacord, en desacord, d'acord, totalment d'acord

Ansietat per la salut: variable qualitativa format per 18 ítems amb quatre opcions de resposta que puntuen amb 0 (absència de simptomatologia), 1 (simptomatologia lleu), 2 (simptomatologia greu) o 3 (simptomatologia molt greu).

Desenvolupament i Metodologia de la Investigació

Fòbia a la Sida: variable quantitativa amb la possibilitat de resposta del 0 completament en desacord a 5 màxim completament d'acord.

4.6 FONTS D'INFORMACIÓ I INSTRUMENTS DE MESURA

Per mesurar les variables d'estudi, es varen utilitzar els instruments descrits a continuació:

4.6.1 Instruments utilitzats per a l'obtenció de dades

Formulari de registre de dades sociodemogràfiques.

El qüestionari de dades sociodemogràfiques de l'alumne es va elaborar per al present estudi, mitjançant l'eina de Google docs, i es van incloure les variables sociodemogràfiques, variables relacionades amb l'ús d'Internet i variables relacionades amb la família, que s'han descrit en l'apartat anterior.

Els indicadors de les variables del blog a la primera fase, es van extreure a través de l'eina específica d'estadística de wordpress.

Escala de coneixements sobre VIH / Sida per a adolescents (José Pedro Espada, Guillén, Morales, Orgilés, & Sierra, 2014). Consta de 10 ítems amb dues opcions de resposta (verdader o fals). La puntuació total oscil·la entre 0 a 10. L'escala presenta una estructura composta per tres factors:

1. Comportaments de risc, que té una consistència interna de 0,78.
2. Efectes del VIH, amb una consistència interna de 0,57.
3. Transmissió, la consistència interna és de 0,61.

El coeficient de fiabilitat per al total de l'escala és de 0,70.

5 subescales i puntuació total (sumatori tots els ítems) coneixement transmissió VIH 5, 6, 7, 15, 16, coneixement sobre altres its 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, coneixement general VIH 1, 2, 3, 4, 8, 9, 10, 18, coneixement sobre el preservatiu 13, 14, coneixement sobre prevenció VIH 11, 12, 17. (**Annex 4**).

Desenvolupament i Metodologia de la Investigació

Escala d'actituds cap al VIH / Sida per a adolescents (José P Espada et al., 2013) Està formada per 12 ítems amb quatre alternatives de resposta (de 1 = totalment en desacord a 4 = totalment d'acord). El qüestionari té una consistència interna de 0,77, valor que es considera acceptable d'acord amb Kline (1999) i els ítems s'agrupen en quatre subescales: obstacles (tres ítems), proves de detecció (dos ítems), ús del preservatiu (quatre ítems) i persones afectades (tres ítems). La fiabilitat test-retest per al total de l'escala va ser de 0,60. (HIV-KS; Espada *et al.*, 2009), 4 factors i puntuació total (sumatori tots els ítems).

Actitud cap al condó quan hi ha obstacles per al seu ús: ítems 1, 2, 3.

Actitud cap a la prova de detecció del VIH: 4, 5.

Actitud cap al condó: 6, 7, 8, 9actitud cap a les persones que viuen amb el VIH / sida: 10 (invertit), 11, 12 (invertit) (**Annex 5**).

Ansietat per la salut (Short Health Anxiety Inventory, Shai; Salkovskis, Rimes, Warwick i Clark, 2002). (Bailer et al., 2013)Es tracta d'un autoinforme que avalua preocupació per la salut, preocupació per les sensacions corporals i por a les conseqüències negatives de patir una malaltia. Consta de 18 ítems amb quatre opcions de resposta que puntuen amb 0 (absència de simptomatologia), 1 (simptomatologia lleu), 2 (simptomatologia greu) o 3 (simptomatologia molt greu). La consistència interna és de 0,95 i la correlació test-retest oscil·la entre 0,83 i 0,87. El Shai ha demostrat bones propietats psicomètriques amb població clínica i no clínica. 2 factors i puntuació total (sumatori de tots els ítems):

- por a emmalaltir de l'ítem 1 al 14, conseqüències negatives de tenir una malaltia del ítem 15 al 18 (**Annex 6**).

Desenvolupament i Metodologia de la Investigació

Fòbia a la Sida *Phobia Scale, MAPS; Harrell i Wright, 1998 (Multi component AIDS)* (Encinar, 2015) J P Espada, Gonzalvez, Orgiles, & Morales, 2013).

La prova avalua fòbia a la Sida, contemplant les principals dimensions del trastorn. Consta de 20 ítems amb una escala de resposta tipus Likert de 6 punts (de 0 = totalment en desacord a 5 = totalment d'acord). L'escala presenta una estructura bifactorial: por a la infecció ($\alpha = 0,73$) i por a altres / evitació ($\alpha = 0,70$). L'estabilitat temporal després d'una setmana va ser de 0,64. A més puntuació, més fòbia a la sida.

2 factors i puntuació total (sumatori de tots els ítems) :

Por a la infecció: 1, 2, 3, 7, 11, 13, 14, 15, 18, 19.

Por a altres / evitació: 4, 5, 6, 8, 9, 10, 12, 16, 17, 20 (*Annex 7*).

4.7 ASPECTES ÈTICS DE LA INVESTIGACIÓ

Consideracions generals

L'estudi es va dur a terme seguint els principals continguts en la Declaració d'Hèlsinki i successives revisions, i les normes de Bona Pràctica Clínica. El protocol d'estudi va ser aprovat pel Comitè Ètic de la IDIAP Jordi Gol a Barcelona amb el número P17/119 (*Annex 3*), i es va garantir la confidencialitat de les dades dels subjectes inclosos en l'estudi conforme el que disposa la Llei Orgànica de protecció de dades de caràcter personal (15/1999 de 13 de desembre, LOPD).

Per a la utilització dels qüestionaris, es va contactar amb els autors per demanar permís per a la seva utilització (*Annex 2*).

Aquest estudi té l'autorització del Cap del Servei de Salut Maternoinfantil, Subdirecció General de Promoció de la Salut de l'Agència de Salut Pública de

Desenvolupament i Metodologia de la Investigació

Catalunya, Departament de Salut, de la Generalitat de Catalunya (Annex1), Programa Salut i Escola.

Consentiment de realitzar l'estudi amb menor, informat a tots els participants, i per protegir i ser rigorosos en l'estudi, es va lliurar un full de consentiment als pares i tutors del procediment a seguir, així com la seva implicació i utilització de les dades. A fi de preservar al màxim les dades de l'alumne, es va dur a terme una codificació per a la seva identificació ja explicada en la recollida de dades, consentiment informat (Annex 10).

Respecte a les imatges dels adolescents, cal dir que en els IES, a l'inici del curs, els pares signen un consentiment de drets d'imatges, respecte a les activitats que es realitzen en els centres educatius, per tal que es puguin publicar. És per això que ens vam assegurar de que tots els centres tinguessin i complissin amb aquest consentiment. Es van obtenir les imatges que es presenten en l'estudi de la tesi, i que són públiques, de la pròpia intranet de l'IES.

A fi de garantir la confidencialitat de les dades de l'estudi, només van tenir accés a les dades l'investigador principal i un ajudant a la investigació. Les dades varen ser introduïdes en un fitxer que es va tractar conforme al que disposa la Llei Orgànica 15/1999 a 13 de desembre de Protecció de Dades de Caràcter Personal, exclusivament per al desenvolupament i bona finalitat de l'estudi.

Emmagatzematge i control de qualitat de les dades: la informació procedent dels qüestionaris va ser introduïda en una base de dades dissenyada per a aquest estudi mitjançant el programa *Microsoft Office Excel 2015*.

Un cop introduïdes les dades a la base, aquestes van ser revisades per un altre investigador que va realitzar llistats de freqüències de les variables i comprovació de qüestionaris a l'atzar, amb l'objectiu de minimitzar errors.

Desenvolupament i Metodologia de la Investigació

Així mateix es van obtenir valors màxims i mínims de cadascuna de les variables per verificar si els valors de les variables numèriques es situaven entre els rangs atribuïbles. També es va procedir també a comprovar en aquelles preguntes afectades per preguntes filtre, que el nombre d'individus fos correcte. Quan es detectaven errors de codificació, es procedia a identificar el qüestionari al que pertanyia aquesta resposta i es realitzava la correcció pertinent a la base de dades.

4.8 PROCEDIMENT I RECOLLIDA DE DADES

Després que el projecte va ser aprovat per les diferents institucions que hi participen, avaluat, i presentat als pares i als alumnes, es va iniciar la recollida de dades.

El treball de camp es va realitzar durant el curs 2015-2016, i el curs escolar 2016-2017. Per la recollida de dades es van realitzar 3 talls de mesura: primer, una recollida al mes de setembre de 2015, dintre de l'horari de tutoria, a la sala d'informàtica; després es van realitzar les sessions de promoció de salut sexual, i als 4 mesos es va realitzar la segona recollida de dades, amb el mateix procediment que en el primer tall; finalment, la tercera recollida de dades es va realitzar als 9 mesos, sempre amb el mateix procediment, a través de l'eina Google docs, i sempre en horari de tutoria, i amb la presència de l'infermer referent del Programa, autor de la present tesi.

Al mes de setembre es recull, de tots els alumnes de 3er d'ESO i participants en l'estudi, totes les variables sociodemogràfiques, variables relacionades amb l'ús d'Internet, variables relacionades amb la família, que s'han descrit en l'apartat anterior.

Desenvolupament i Metodologia de la Investigació

Els qüestionaris es van lliurar on-line a través del blog "Salut i Escola 2.0", es van fer servir els ordinadors del propi IES, i l'enquesta es va realitzar dins d'una hora de tutoria a la biblioteca, dins el primer trimestre de 2015.

En el qüestionari, s'inclouïa una petita explicació amb una presentació i unes notes generals per indicar els següents aspectes: no es tractava d'un examen, se'ls demanava una única resposta, calia completar tot el qüestionari sense deixar espais en blancs. El qüestionari es va elaborar a través de l'eina de Google docs.

Estava previst que es realitzés en un temps estimat de 15-20 minuts. Al tractar-se d'adolescents i de l'estudi d'un comportament relacionat amb una situació que podia generar algun conflicte més immediat, se'ls garantia confidencialitat i es posava especial èmfasi en salvaguardar totes les seves respostes, sol·licitant-los la màxima veracitat en les seves respostes. Els qüestionaris van ser respostos seguint el mateix procediment tant en la post-intervenció, com en el retest.

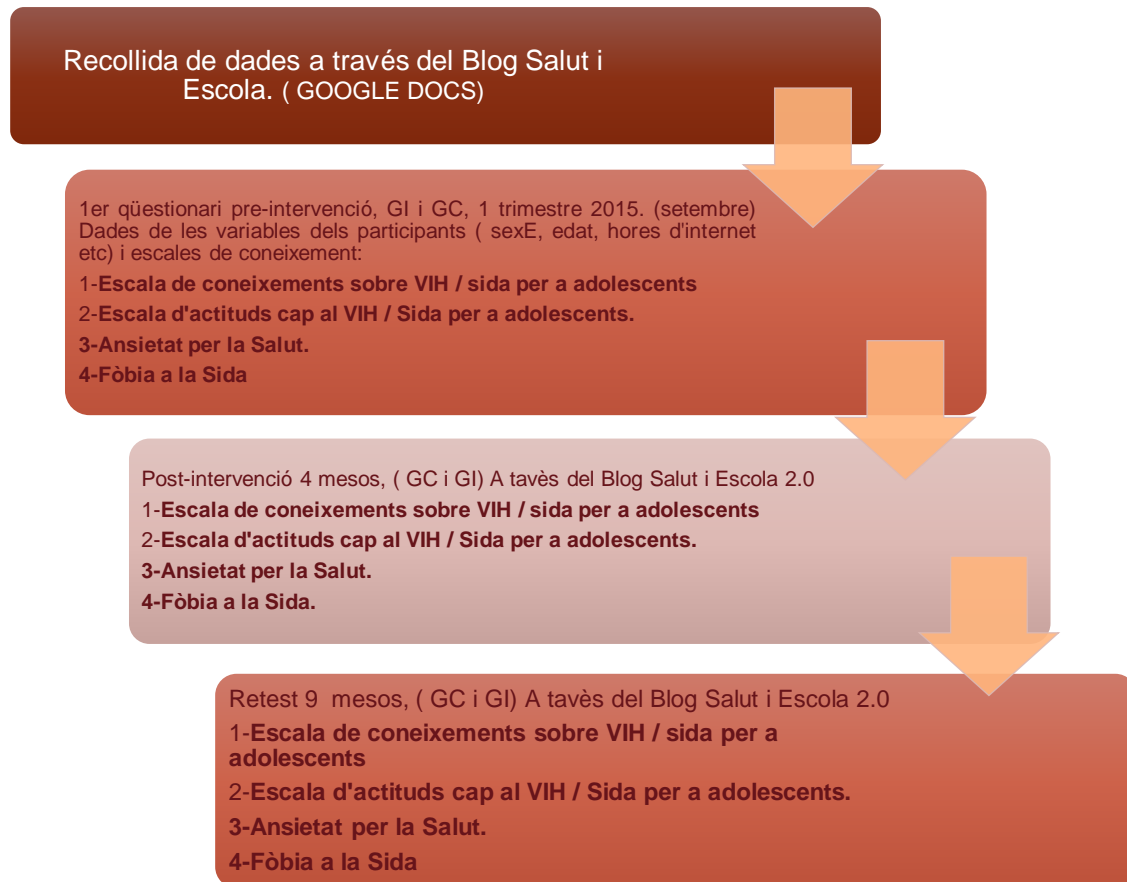
Per a la identificació dels alumnes i per poder preservar la confidencialitat i l'anonimat es va optar per codificar amb: els 4 últims dígit del número de telèfon, seguit de la data de naixement. (basant-nos en els experiències que utilitzen altres entitats con Sida Estudi per realitzar tests amb mes de 20 anys d'experiència).

La recollida de les últimes dades que es presenten per a l'anàlisi de la utilització del blog Salut i Escola es va realitzar al mes de maig, donada la facilitat de recopilació de les dades obtingudes a través de l'eina d'estadística de wordpress del propi blog.

Per entendre millor la cronologia, les variables que el qüestionari recollia i què s'han descrit en l'apartat anterior, així com els instruments utilitzats, es pot revisar en l'esquema de la figura 22.

Desenvolupament i Metodologia de la Investigació

Figura 20 : Resum Recollida dades d'intervenció al GI i GC a través del blog "Salut i Escola 2.0".



Desenvolupament i Metodologia de la Investigació

4.9 ANÀLISIS DE DADES

Les variables es descriuen, tant en el global de la mostra com en els subgrups segons grup de intervenció, mitjançant la mediana i rang interquartil (primer i tercer quartil) per a les variables quantitatives i mitjançant les freqüències absoluta i relativa de cada una de les categories de les variables categòriques. A més, s'empraran els següents estadístics pels contrastos d'hipòtesis d'igualtat de distribució entre el grup control i el grup intervenció: test de Wilcoxon per a les variables numèriques i test exacte de Fisher per a les variables categòriques; d'aquests, es presentarà el p-valor, assumint el punt de tall de 0.05 per a la valoració de la significació estadística. Les comparacions entre grup control i grup intervenció es faran de forma transversal per als tres talls temporals: basal, al mes 4, i al mes 9. S'acompanyaran les taules de resultats sobre les puntuacions en les escales sobre el VIH i MTS segons grup de exposició i en cada punt de seguiment amb boxplots (diagrames de caixa).

Adicionalment, per a les puntuacions en les escales sobre el VIH i MTS, es calcularà la mida de l'efecte (effect size) de la puntuació al mes 4 i al mes 9, ambdós en relació a la puntuació basal. Les guies habituals consideren un effect size de 0.2 com a petit, 0.5 moderat, i 0.8 gran (Cohen, Cohen, West, & Aiken, 1988); (Kazis, Anderson, & Meenan, 1989).

En l'anàlisi de l'ús de TICS, a més de l'anàlisi segons grup de exposició, es mostren resultats comparant la distribució de nois i noies en cada mesura, en el global de la mostra i dins de cada subgrup de exposició. Els estadístics emprats aquí han estat els mateixos.

El tractament estadístic de les dades s'ha dut a terme mitjançant el programari

R-Project (The R Project for Statistical Computing).

Desenvolupament i Metodologia de la Investigació

4.10 DESCRIPCIÓ DE LA INTERVENCIÓ

Les intervencions es van realitzar de forma estructurada dins el calendari escolar, en 5 blocs, impartits per mi mateix, com a infermer referent del Programa “Salut i Escola” de la població de Sant Andreu de la Barca. En l’annex 8 s’inclouen les fitxes de les activitats, objectius, conceptes, descripció activitat , metodologia i avaluació.

Totes les activitats contempnen el complement d’informació a través del blog Salut I Escola 2.0, ja que els alumnes podran trobar tota la informació que s’imparteix a l’aula, complementant-la amb més informació detallada que li proporciona aquest blog. Així, cada vegada que vulguin consultar informació o tinguin dubtes, podran accedir a ell de forma fàcil i dinàmica a aquesta nova eina de suport presencial.

Tant al grup control com al grup intervenció se’ls presenta la infermera de Salut i Escola i se’ls comunica horari d’atenció i consulta, localització dins l’IES, etc. També se’ls presenta el blog “Salut i Escola 2.0” i com s’hi pot accedir des de la intranet del l’IES.

Primerament vam presentar el projecte i el blog en una sessió informativa a principi de curs, a l’IES del GI. Es va explicar l’estudi, les intervencions què es realitzarien i també es va lliurar el full de consentiment. Es va presentar el blog de “Salut i Escola 2.0” i es v mostrar com trobar-lo a través de la intranet de l’IES, a l’apartat de recursos.

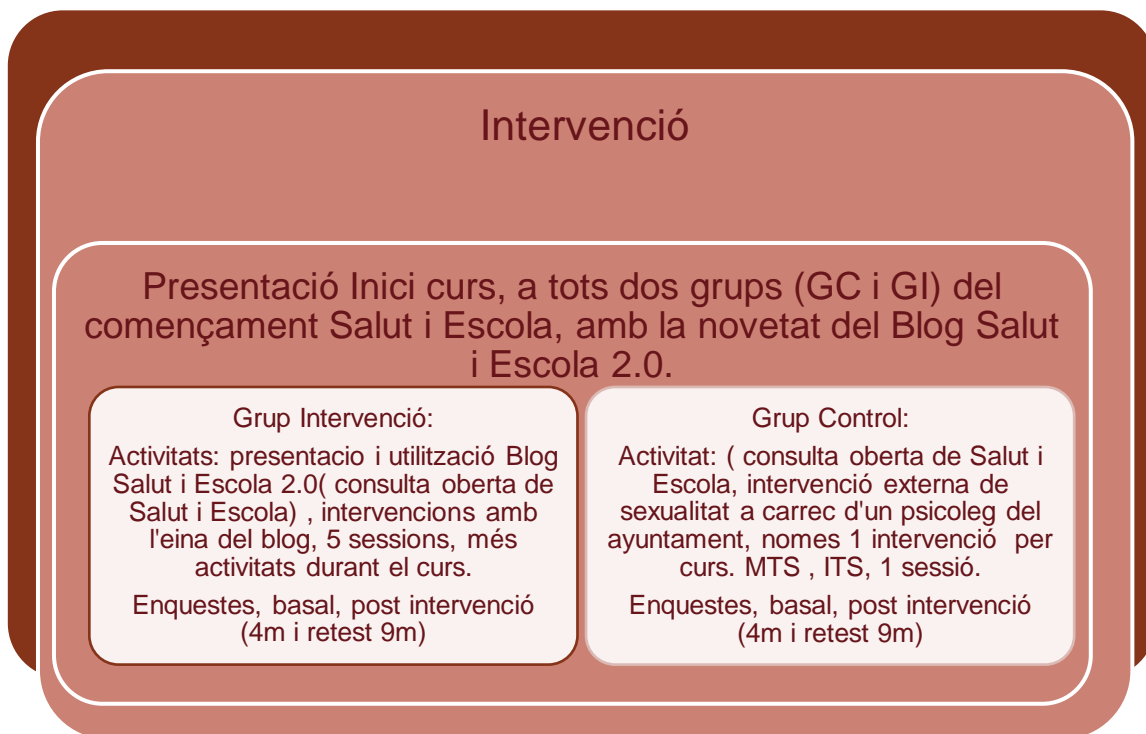
Així tant els adolescents del grup intervenció i adolescents del grup control van poder tenir accés al blog des de la pròpia intranet de l’IES durant tot el procés d’investigació.

Desenvolupament i Metodologia de la Investigació

Durant la intervenció de promoció al GI, el grup control van seguir realitzant les activitats que realitzaven fins aquell moment: una sola sessió durant el curs sobre sexualitat, impartida per un psicòleg contractat per l'Ajuntament. En aquesta sessió es parla de MTS i de mètodes anticonceptius. A aquest grup no se li ofereix cap altra sessió. Només es podrà controlar si accedeixen o no al blog, mitjançant la intranet de l'IES.

Per als adolescents que tenen twitter, o facebook, s'explica com fer seguiment del blog per tal que cada vegada que surti un post d'informació els pugui arribar la informació.

Figura 21: Esquema de la intervenció.



La intervenció a l'escola: passem enquestes online pre-intervenció al setembre, dividint les intervencions del GI en 5 Blocs temàtics i, posteriorment, passem la bateria d'enquestes on-line als 4 mesos i als 9 mesos.

Desenvolupament i Metodologia de la Investigació

A la taula 8 es presenta un esquema del contingut educatiu del programa. A l'annex 8, es descriu detalladament cadascuna de les activitats que van configurar les intervencions.

Taula 8: Esquema del programa d'intervenció impartit a IES del GI.

Nivell d'Acció	3er ESO curs 2015-16	POST-TEST	RE-TEST4rt ESO curs 2016-17
Activitats IES	Presentació blog "Salut i Escola 2.0". Qüestionari Pre-intervenció	Qüestionari Post Intervenció. 4 mesos.	Qüestionari final, 9 mesos.
	Act.1: Avui Parlem de Sexe i ... Intervenció mitjançant l'eina del blog per a la informació de l'activitat.		
	Act. 2: MTS, ITS Intervenció mitjançant l'eina del blog per a la informació de l'activitat.		
	Act. 3: Prendre una decisió, Intervenció a través de l'eina del blog per a la informació de l'activitat		
	Act. 4: Sexualitat i Autoestima Intervenció a través de l'eina del blog per a la informació de l'activitat		
	Act. 5: Mites i practiques sexuals, cibersexe. Sexting.. intervenció mitjançant vídeos a través de l'eina del blog per a la informació de l'activitat		
Intervenció Comunitària	Pòster i cartells, amb codic QR Informació blog "Salut i Escola 2.0". Blog "Salut i Escola 2.0".		
	Concurs de fotografia "Enfoca la teva salut"		
	Concurs pòster dia de la Sida.		

Desenvolupament i Metodologia de la Investigació

Figura 22: Esquema del programa d'intervenció al GI.



El blog està programat per fer publicacions cada setmana i, fins i tot, en dies específics, com el dia de la Sida, es podrà oferir informació i continguts dinàmics d'informació, atractius per als adolescents. El blog ens permet, introduir textos i imatges, vídeos i enllaços a altres continguts i arxius.

Concentra els continguts per temes i ofereix l'oportunitat d'incorporar, durant el curs, tots els continguts que desitgem en una mateixa publicació, sense necessitat de trencar la seva lectura o visualització en visitar un enllaç, tots des del mateix catàleg, sense necessitat de sortir i visitar els teus diferents xarxes o pàgines.

El blog també ens permetrà una recerca per tema, (sexualitat, alimentació, ...). D'aquesta manera, accedeixen a la informació que volem que visualitzin i es pot debatre en les següents sessions.

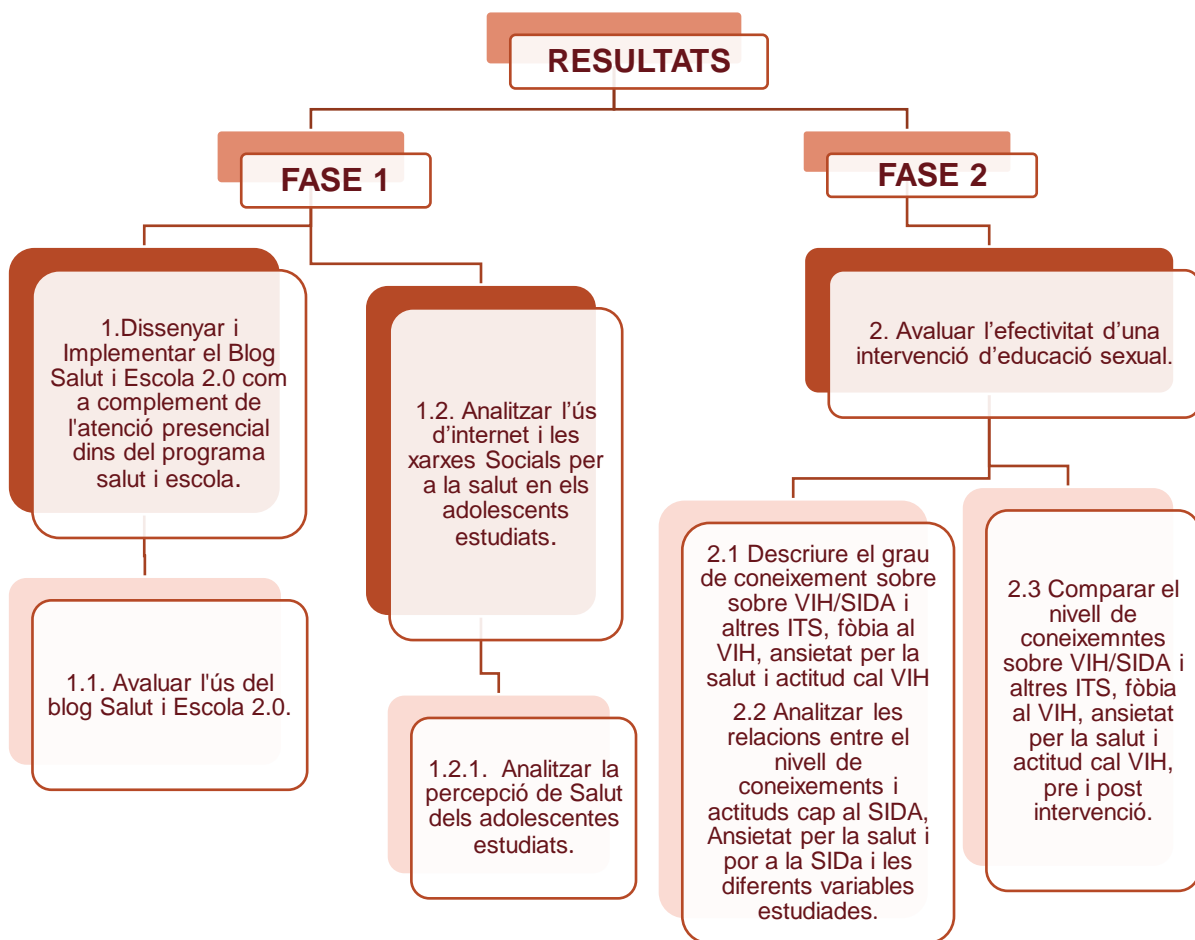
El fet de que la pàgina del blog sigui dinàmica, permet compartir contingut a través de les xarxes socials i el web de l'IES. Cada post nou sortirà com a novetat en els enllaços de les xarxes socials.

CAPÍTOL 5: RESULTATS

5 RESULTATS.

A continuació exposem els resultats dels objectius corresponents a la fase 1 i a la fase 2 del projecte. A fi de fer més còmoda la interpretació dels resultats, per fases, presentem l'estructura de la metodologia utilitzada a la figura 23.

Figura 23: Esquema de l'estructura de la metodologia.



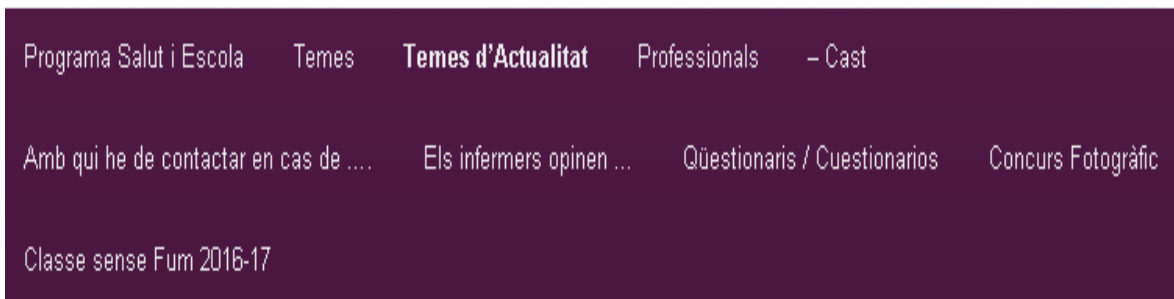
Resultats

Objectiu 1 - 1ª FASE. Dissenyar i Implementar el Blog “Salut i Escola 2.0” com a complement de l'atenció presencial dins del Programa “Salut i Escola”.

Es va definir sobre la base de la guia l'estructura del blog <https://salutiescola.wordpress.com>, les seccions i subpàgines que figuren en el portal a les què es pot accedir des de la pàgina principal.

Per tractar els continguts sobre el Programa “Salut i Escola 2.0”, el blog esta dividit en diferents apartats i es va distribuir el contingut a presentar entre les diferents seccions i pàgines, especificant les diferents vies d'accés a cadascuna de les pàgines del blog. Es disposa d'una pestanya per poder canviar l'idioma.

Imatge 5: Estructura pagina d'Inici del Blog Salut i Escola 2.0.



Imatge 6: Estructura del blog distribuït en 8 apartats.

Estructura de Salut i Escola 2.0	Programa Salut i Escola	-Documentació. -Epidemiologia.
---	--------------------------------	-----------------------------------

Temes SiE	-Alimentació. -Alcohol. -Bullying.(material, ciberbullying) -Drogues. -Gènere i identitat Sexual -l'adolescència. -Sexualitat (ITS, MTS, Cibersex.) -Tabac -Altres addiccions.
------------------	--

Temes d'Actualitat	-Les bitàcoles, idealment un cop a la setmana, surten nous posts
---------------------------	--

Professional	-Articles i opinions de professionals de la salut. -Material, Guies i recursos. -Accés a l'aplicatiu.
---------------------	---

Idiomes	-Es pot seleccionar l'idioma que es prefereixi, ja que va treballar amb la eina de google.
----------------	--

Qüestionaris	
---------------------	--

Concurs fotogràfic	
---------------------------	--

Classe sense Fum.	
--------------------------	--

Resultats

Per tractar els continguts sobre el Programa “Salut i Escola 2.0”, el blog esta dividit en diferents apartats i es va distribueix el contingut a presentar entre les diferents seccions i pàgines, indicant les diferents vies d'accés a cadascuna de les pàgines del blog.

Específicament hi ha una pestanya que permet canviar l'idioma, l'eina de Google, i així facilitar al lector la lectura de continguts i materials.

La seva estructura és molt senzilla i intuïtiva. Es pot accedir des de la pàgina principal als temes que més interessin. La pàgina principal Programa “Salut i Escola”, explica el programa, el seus objectius en general.

Es despleguem dues pestanyes, una amb la “Documentació”, i un altra amb “Epidemiologia”. A la pestanya de “Documentació”, podrem trobar:

La guia amb tota la informació del Programa “Salut i Escola” en pdf. Aquesta guia serveix d'instrument d'orientació en relació a les accions que cal dur a terme per a la implantació del PSiE, i el seguiment i l'avaluació del Programa als centres sanitaris i educatius de Catalunya. Aquesta guia és, a dia d'avui, única. Va ser creada a l'inici del programa, el 2004. És una eina de treball àgil i útil per al territori i en una referència per a l'acció dels diferents agents implicats.

Una altra guia d'orientacions per a l'educació afectiva i sexual. Creació 2006.

La finalitat d'aquest material és proporcionar a diversos tipus de professionals de l'educació i de la salut un conjunt d'orientacions i recursos per desenvolupar activitats relacionades amb l'educació afectiva i sexual.

Un estudi sobre conductes relacionades amb la salut dels alumnes de 3er i 4rt d'E.S.O. a Catalunya. Curs escolar 2005-2006.

Resultats

L'estudi permet mesurar i avaluar la magnitud i la distribució dels hàbits i conductes relacionades amb la salut dels alumnes als quals s'adreça el PSiE a una mostra de la població diana representativa de Catalunya i de les regions sanitàries, amb l'objectiu d'obtenir dades i elements de suport per a la presa de decisions pel que fa a la planificació i a la gestió del Programa.

En l'apartat de "Temes" es pot accedir als diferents apartats d'aquesta pestanya, en l'ordre en què es vulgui, prioritzant els temes en els que més es desitgi aprofundir més. Està dividit en: alimentació, alcohol, bullying, drogues, gènere i la identitat sexual, l'adolescència, tabac, i altres addiccions.

En l'índex de "Temes" cada un es desplega al en diverses pestanyes i s'hi pot trobar material didàctic, com ara llibres en PDF, vídeos, i fins i tot, els articles que es van penjant periòdicament en la pestanya de "Temes d'actualitat", depenent de quin sigui el tema tractat.

Imatge 7: Estructura pàgina "Temes" del Blog "Salut i Escola 2.0".



Resultats

“Temes d’Actualitat” és una altra pestanya que recopila cronològicament textos o articles d’un o diversos autors, apareixent primer el més recent. Habitualment es tracten temes actuals que es publiquen en altres mitjans de comunicació i que van directament lligats a problemes reals dels adolescents, situacions complexes i informació d’interès. De vegades, que els mateixos adolescents demanen que es tracti un tema: Els comentaris dels lectors són contrastats per professionals i passen un filtre abans de la seva publicació en el blog.

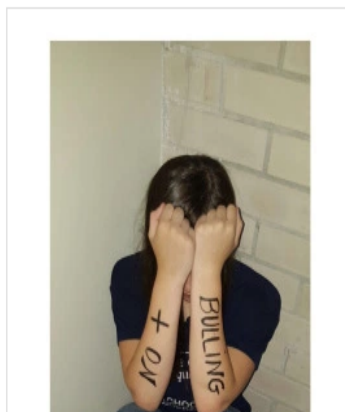
Imatge 8: Exemple de post del blog, sobre Bullying.

¿Diferencias entre el acoso escolar tradicional bullying” y el ciberbullying?

Posted on 8 Febrero 2017

El concepto de **Ciberbullying** aparece asociado al incremento en el acceso a dispositivos electrónicos por parte de niños y adolescentes, junto al hecho de una menor supervisión por parte de los adultos de los usos que hacen los jóvenes de las tecnologías digitales.

El **acoso tradicional Bullying** puede materializarse de forma **relacional, verbal o física**, mientras que el canal de acción del ciberbullying son las asociadas a la red ,correo electrónico, redes sociales (**Facebook, Instagram Twitter..**), mensajería instantánea a través del teléfono móvil (**Whatsapp**), etc.



ARXIU

Selecciona el mes ▼

FEBRER 2017

M	T	W	T	F	S	S	
			1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12	
13	14	15	16	17	18	19	
20	21	22	23	24	25	26	
27	28						

« Gen

ENTRADES RECENTS

- ¿Diferencias entre el acoso escolar tradicional bullying” y el ciberbullying?
- El Sexting
- La orientación sexual y el género son partes fundamentales de quiénes somos.
- Padres fumadores, hijos fumadores....
- Alimentación en la Adolescencia

Resultats

La pestanya de “Professionals”, està enfocada i orientada cap als professionals del Programa de “Salut i Escola”, des de del que tenen accés a 3 sub-apartats.

En el primer poden trobar articles i opinions d'altres professionals, com per exemple, sobre sexualitat. La idea inicial és que les infermeres puguin anar publicant articles i experiències de situacions del dia a dia de la consulta oberta, temes relacionats amb la promoció de la salut, etc.

En un segon subapartat disposen de material, guies i recursos per a professionals dins el Programa de “Salut i Escola”, bé com a informació, o com a material metodològic de suport per a les intervencions que es realitzen a les aules o a la comunitat.

La tercera pestanya et dona accés directe a l'aplicatiu per a la introducció de les dades de la consulta oberta.

La diversitat cultural en què ens trobem dins dels instituts fa que alguns dels adolescents es sentin més còmodes escollint l'idioma, per la qual cosa hi ha una pestanya que tradueix a l'idioma que desitgis, gràcies a l'eina de Google. D'aquesta manera, aquest blog en pot seguir en altres països i en diferents continents.

Resultats

Imatge 9: Eina d'idioma a través de Google.



Al tractar-se d'un estudi pilot i centrant-se en una zona geogràfica, Baix Llobregat Nord, hi ha un apartat que dóna informació en cas d'urgència o necessitat, com els serveis del telèfon 112, on pots trucar o acudir en cas d'emergència, com els serveis urgents hospitalaris, serveis urgents de salut, policia, mossos d'esquadra, etc.

Imatge 10: Pàgina d'informació d'on acudir en cas d'urgència.



L'apartat de qüestionaris té com a objectiu el de enllaçar enquestes i/o qüestionaris sobre els temes de salut actuals dels adolescents. Ens permeten analitzar actituds i coneixements dels adolescents per poder fer-nos un diagnòstic de la situació actual, i planificar d'una forma la metodologia a utilitzar en les intervencions de promoció i prevenció de la salut. Així, es poden modificar actituds i conductes de risc dels adolescents, des de la perspectiva de salut positiva.

Tenint un apartat "Altres", dividit en dos apartats més: un és de informatiu, com la de "Classe sense fum 2016-17" i l'altre fa referència al concurs fotogràfic Sant Andreu de la Barca.

Tot i que el l'estudi de "Salut i Escola 2.0" està orientat a la utilització del blog com a eina per intervenir en la sexualitat i l'afectivitat, el blog es pot acollir altres temes relacionats amb els eixos centrals del Programa, com el cas del tabac, i "Classe sense Fum".

En aquesta pestanya destaquem, sobretot, les intervencions que es realitzen a les aules dintre del Programa "Salut i Escola" i la informació sobre el tabac, i sobre els

Resultats

nivells de coximetria, que podem trobar els adolescents en ambient de tabac, amb el coxímentre. “Classe sense fum” és un programa de prevenció del tabaquisme adreçat als alumnes de 1er i 2on curs d’ESO.

El programa parteix del compromís de tot un grup classe de no fumar durant un període de temps no inferior als sis mesos dins del curs escolar. Al llarg d’aquest període, els professors reforcen regularment la decisió dels alumnes fent un seguiment del compliment del seu compromís (podeu consultar la Guia didàctica per al professorat). És un programa escolar de prevenció del tabaquisme coordinat per l’Agència de Salut Pública de Catalunya del Departament de Salut i el Dept. d’Ensenyament, en col·laboració amb altres institucions. Diversos estudis han demostrat la seva efectivitat per reduir l’inici d’ús de tabac entre els adolescents i frenar la progressió cap al consum habitual.

Imatge 11: Imatge de la intranet del I.E.S. Sant Andreu de la Barca, sessió tabac amb informació “Salut i Escola 2.0”.

Xerrades prevenció tabaquisme 2n ESO

Aquest matí, 25 de gener, l’alumnat de 2n d’ESO ha assistit a unes xerrades organitzades per Salut Pública, realitzades per l’infermer que fa el programa Salut-Escola al centre. Aquestes xerrades estan vinculades al programa “classes sense fum”.

Podeu veure algunes fotografies al següent enllaç: [Classes sense fum 2ESO](#)



Resultats

En el marc del Programa “Salut i Escola”, l’Ajuntament i l’EAP Sant Andreu de la Barca, han portat a terme el primer concurs de fotografia, “Enfoca la teva salut” dirigit a l’alumnat de la ESO de tres instituts del municipi.

L’objectiu del concurs era la promoció de la salut entre els més joves, sensibilitzant-los sobre els temes de salut relacionats amb l’adolescent, a través de la fotografia, obtenint una visió actualitzada del tema. I per aquest motiu els eixos principals han estat: sexualitat, drogues, tabac, assetjament, alimentació.

En aquesta pestanya es publiquen les imatges i la seva descripció.

Imatge 12: Extreta de la intranet del IES Sant Andreu de la Barca, fotografia lliurament premis, “Enfoca la teva salut”, “Salut i Escola 2.0”.

pagines

- Documentació
 - Documentació de centre
 - Taulell d’anuncis
- Estudis
- **PORTES OBERTES**
- Serveis
 - Menjador escolar
- L’institut
 - Fotografies
 - Fotografies curs 2014-2015
 - Fotografies curs 2015-2016
 - Fotografies curs 2016-2017
 - On som
 - Història
 - Instal·lacions
 - Consell escolar
 - Calendari del curs

Salut i Escola



Concurs fotografia Salut 2016

El nostre alumnat ha estat guardonat amb el 1r, 2n, 3r premi i dos finalistes del concurs “enfoca la teva salut”, dirigit a l’alumnat de 1r i 2n d’ESO del municipi.

Dins del programa Salut i Escola de l’Institut Català de la Salut i l’Ajuntament de Sant Andreu de la Barca.

Avui, 16 de desembre, l’alcaldia i representants del departament de salut han fet lliurament dels premis a l’alumnat: **TV Sant Andreu**

- Fotografies lliurament premis “enfoca la teva salut”



Resultats

L'accés al portal es pot realitzar de diverses maneres:

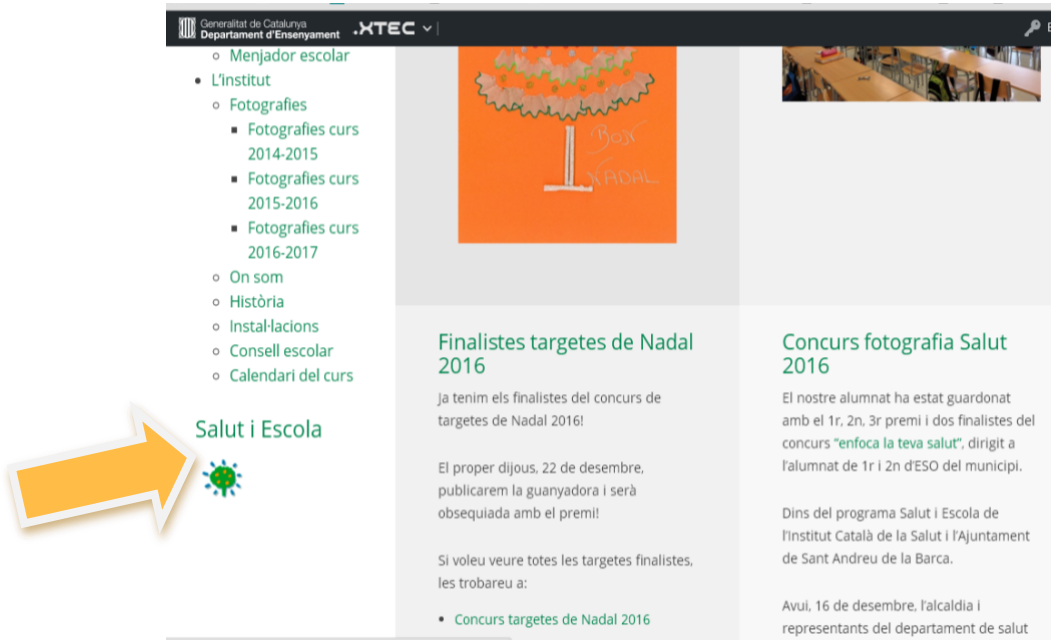
Directament, a través de l'enllaç <https://salutescola.wordpress.com> o des de les pròpies intranets dels Instituts, o a través de la recerca a Google de "Salut i Escola 2.0".

Exemple d'enllaç des de la intranet del propi institut:

Institut Sant Andreu de Sant Andreu de la Barca

<http://agora.xtec.cat/inssantandreu>

Imatge 13: Exemple d'enllaç des de la intranet del propi institut al blog Salut i Escola 2.0: institut sant Andreu de sant Andreu de la barca.



The screenshot shows the XTEC intranet interface. On the left, there is a navigation menu with the following items: Menjador escolar, L'institut, Fotografies (with sub-items for school years 2014-2015, 2015-2016, and 2016-2017), On som, Història, Instal·lacions, Consell escolar, and Calendari del curs. Below the menu, there is a link for "Salut i Escola" accompanied by a green virus icon. An orange arrow points to this link. The main content area features two news articles. The first article is titled "Finalistes targetes de Nadal 2016" and discusses the winners of a Christmas card competition. The second article is titled "Concurs fotografia Salut 2016" and reports on a health photography contest. The top of the page includes the XTEC logo and a search bar.

Exemple d'enllaç des de la intranet del propi institut: Institut Montserrat Roig de Sant Andreu de la Barca.

<http://www.iesmontserratroig.com/intranet>

Resultats

Imatge 14: Exemple d'enllaç des de la intranet del propi institut al blog "Salut i Escola 2.0": Institut Montserrat Roig de Sant Andreu de la Barca.



Exemple d'enllaç des de la intranet del propi institut: Institut Montserrat el Palau Sant Andreu de la Barca.

<http://www.institutelpalau.com>

Imatge 15: Exemple d'enllaç des de la intranet del propi institut al blog "Salut i Escola 2.0": Institut el Palau de Sant Andreu de la Barca.

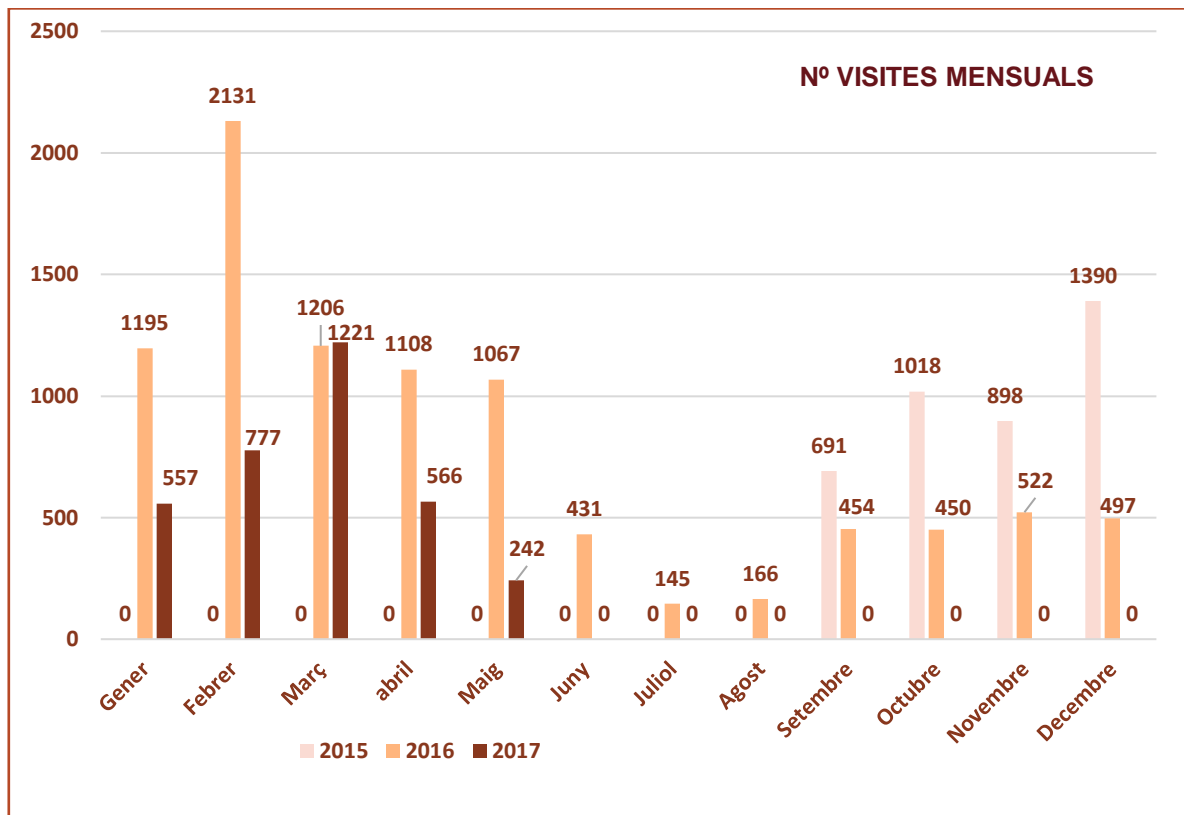


Resultats

Objectiu 1.1 - 1^a FASE: Avaluar l'ús del l'ús del blog "Salut i Escola 2.0".

EL nombre total de visites ha estat N = **16.640** i amb una mitjana de **832** visites mensuals.

Figura 24: Nombre de visites blog "Salut i Escola 2.0" curs escolar, 2015-2016 i 2016-2017.



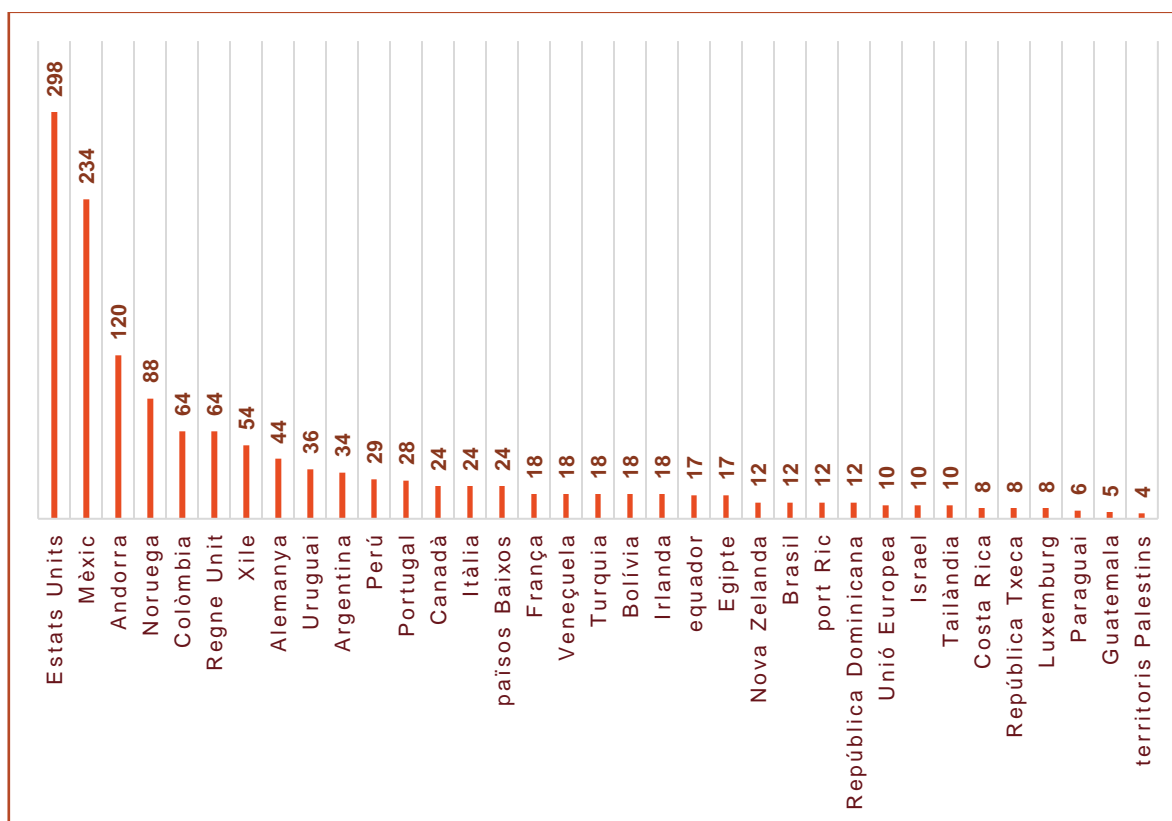
A la figura 24, observem que hi ha mesos en què el nombre de visites al blog augmenten, concretament en els mesos d'octubre, novembre i desembre de 2015, i de gener al maig de 2016, superant la mitjana de vistes mensuals. Al mes de març de 2017 també vam observar aquest augment de visites al blog. Aquest augment està relacionat amb les dates de la intervenció.

Resultats

En ser un blog obert podem observar a la figura 25, per l'accés per països. El 92% de les visites (15.234 visites) corresponen a Espanya, seguides d'Estats Units, Mèxic, Andorra, Noruega, Colòmbia i Regne Unit.

De les visites realitzades a través de la intranet dels IES, el 76% corresponen al grup intervenció.

Figura 25: Nombre de visites blog Salut i Escola 2.0 curs escolar, 2015-2016 i 2016-2017, per països.



El 82% dels temes més consultats són els relacionats amb la sexualitat, La píndola del dia després, efectivitat, utilització, tot el que has de saber, gènere i la identitat sexual, orientació sexual i el gènere són parts fonamentals de qui som, sexualitat, el sexting, infeccions de transmissió sexuals, etc.

Resultats

Objectiu 1.2 - 1ª FASE Analitzar l'ús d'Internet i les xarxes socials per a la salut dels adolescents estudiats.

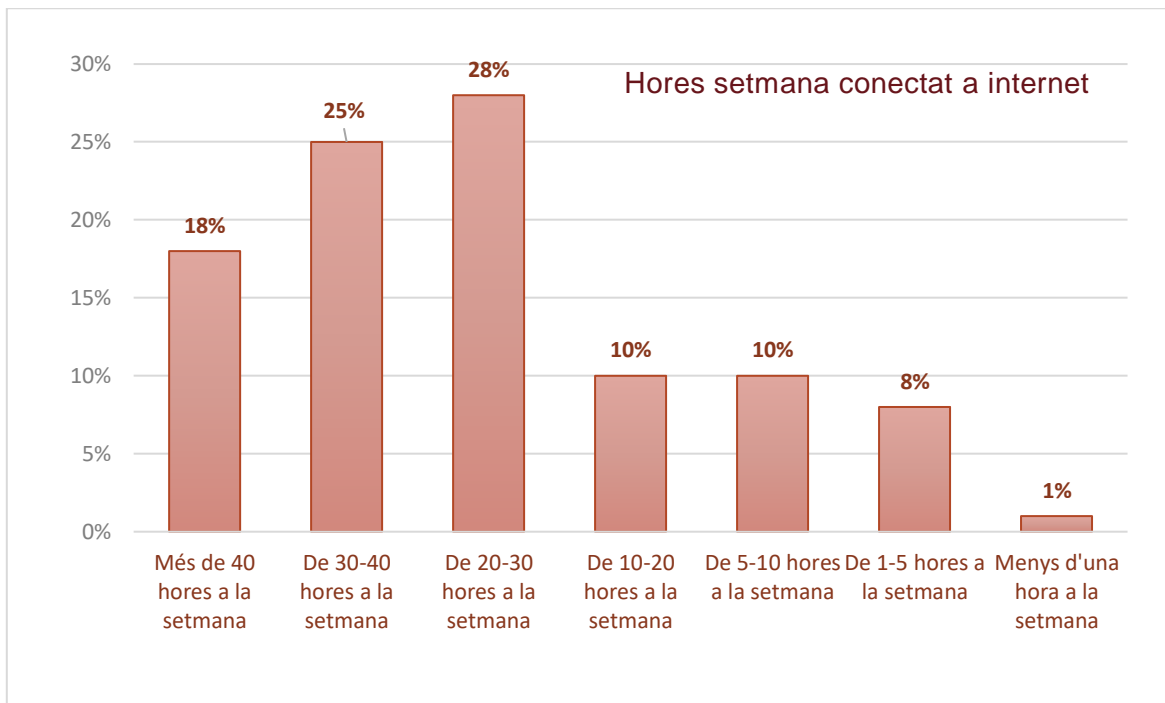
Descripció i anàlisi de les característiques de la pre-intervenció en adolescents de 3er què és la població d'estudi, tal com s'ha comentat en l'apartat de metodologia. La mostra va estar composta per N=292 adolescents què van ser inclosos en l'estudi i que eren alumnes 3er d'ESO dels dos IES. El grup control està format per n=144 i grup intervenció n=148. D'aquests 124 són nois i 168 són noies i, pràcticament, la totalitat, 75 %, tenien 14 anys en el moment en què es va lliurar el qüestionari pre-intervenció, a l'inici de l'estudi.

Tots els adolescents procedeixen d'IES públics de la població d'estudi. Un 94,83% dels alumnes són nascuts a la província de Barcelona.

A la pregunta si fas servir Internet cada dia, el 100% dels adolescents van respondre que si. El 81% ho fan a través del seu telèfon mòbil; un 17 % des de l'ordinador; el 2 % restant ho fa a través d'un altre dispositiu com són les tablets. La mostra en quan a gènere és molt homogènia.

En relació al temps què els adolescents estan connectats a Internet, sense comptar el whatsapp, la figura 26 ens mostra el percentatge en nombre d'hores a la setmana. Un 28 % dels joves manifesten que dediquen entre 20 i 30 hores, un 25 % es dediquen entre 30 i 40 hores a la setmana i un 18 % més de 40 hores a la setmana. Tos ells diuen no tenir una planificació del temps de connexió a Internet quan se'ls pregunta.

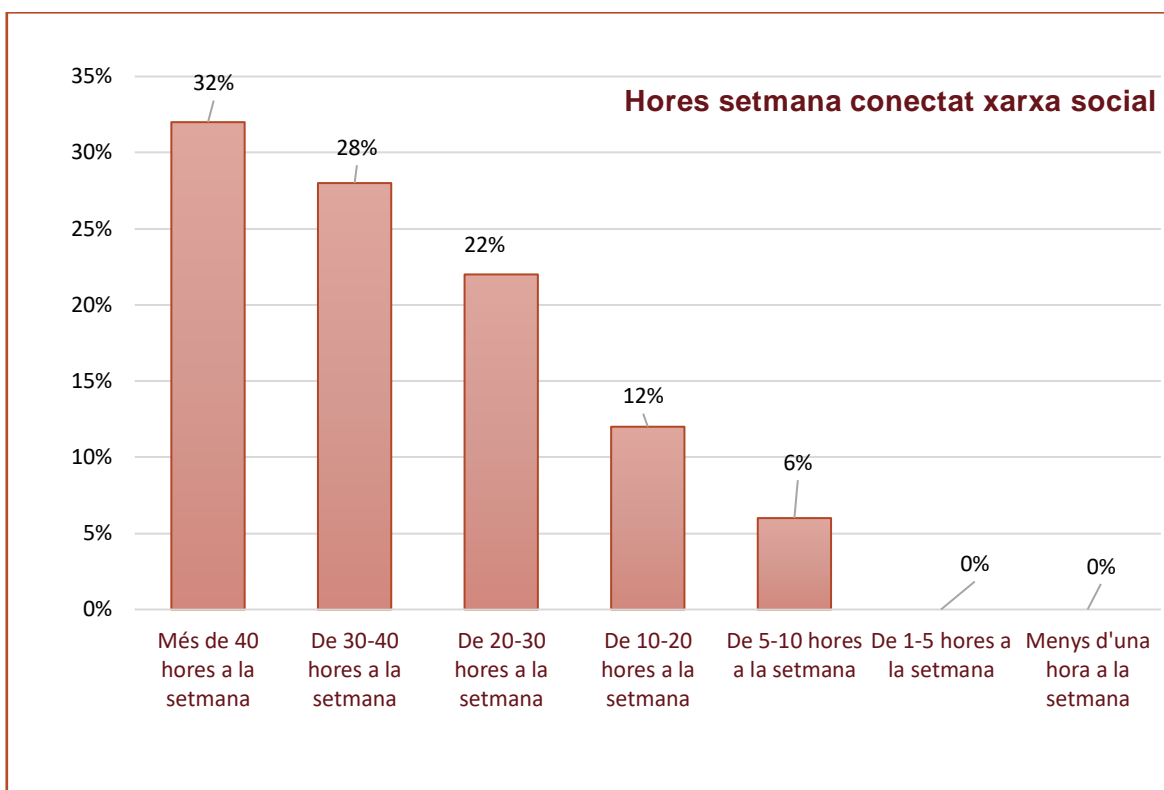
Figura 26. Percentatge en hores a la setmana connectats a Internet.



La figura 27 ens mostra el percentatge en nombre d'hores a la setmana que estan connectats a una xarxa social: WhatsApp, Line, Messenger, o qualsevol altre sistema de missatgeria. Un 32 % dels joves manifesten que dediquen més de 40 hores a la setmana; un 28% de 30 a 40 hores connectats; un 22 % entre 20 i 30 hores; un 12 % entre 10 i 20 hores. Tots ells diuen no tenir una planificació del temps de connexió a la xarxa quan se'ls pregunta.

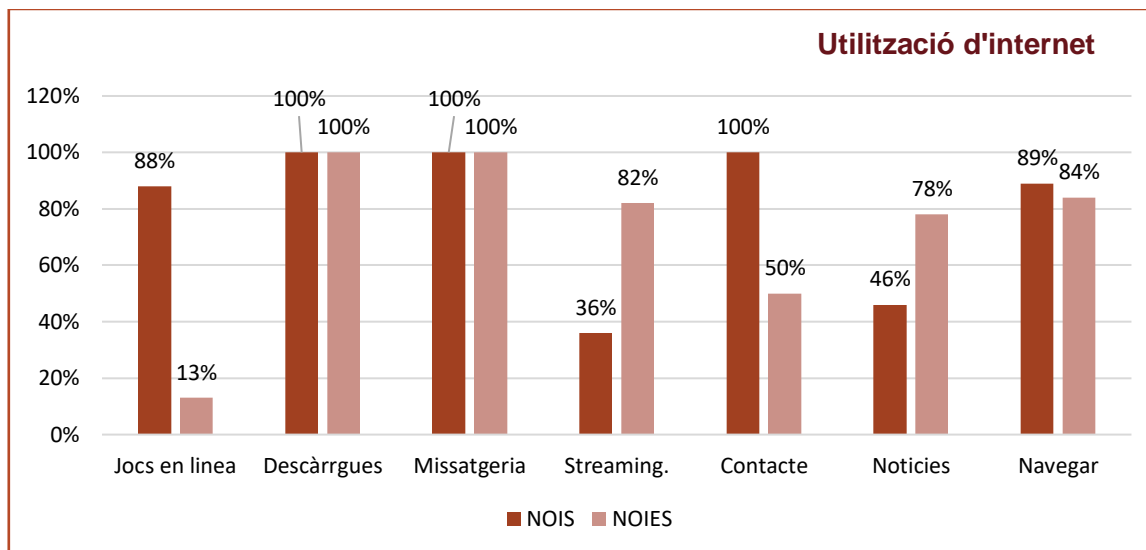
Resultats

Figura 27. Percentatge en hores a la setmana connectats a xarxes socials.



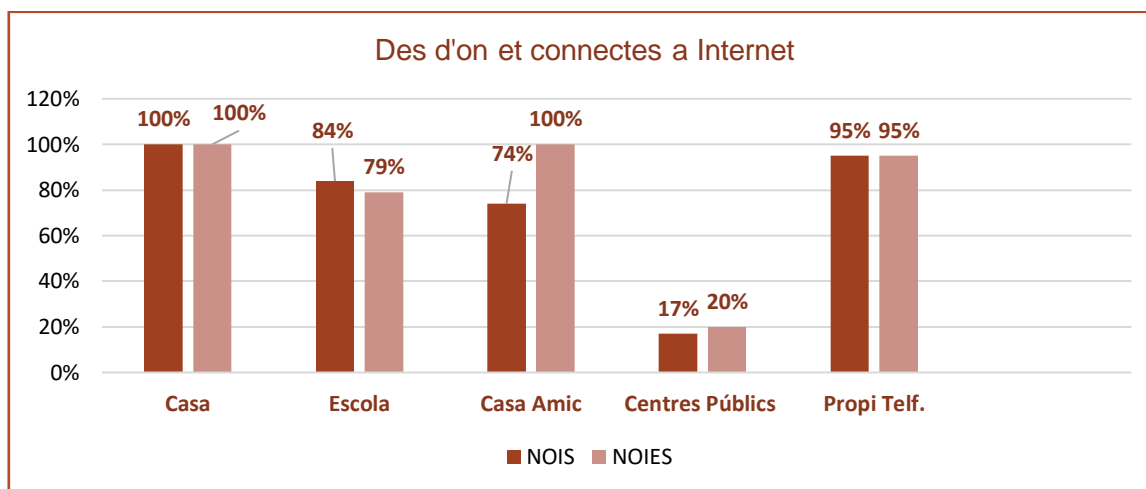
En relació la pregunta, perquè utilitzes Internet? Veiem a través de la figura 28, que els nois utilitzen més Internet per a jugar en línia, un 88 %; les noies, un 13%. El 100% de nois utilitzen Streaming. Observem que són les noies les que es connecten més per veure sèries i escoltar música: un 82% que noies i un 36 % de nois. Les noies es connecten més que el nois per buscar informació actual, amb un 78 %.

Figura 28 . Per a que utilitzes Internet.



A la figura 29 veiem que no s'aprecien diferències, pel que fa al gènere, en relació al tipus de connexió a una xarxa. El 100% dels adolescents es connecten majoritàriament, des de casa o des del seu telèfon mòbil.

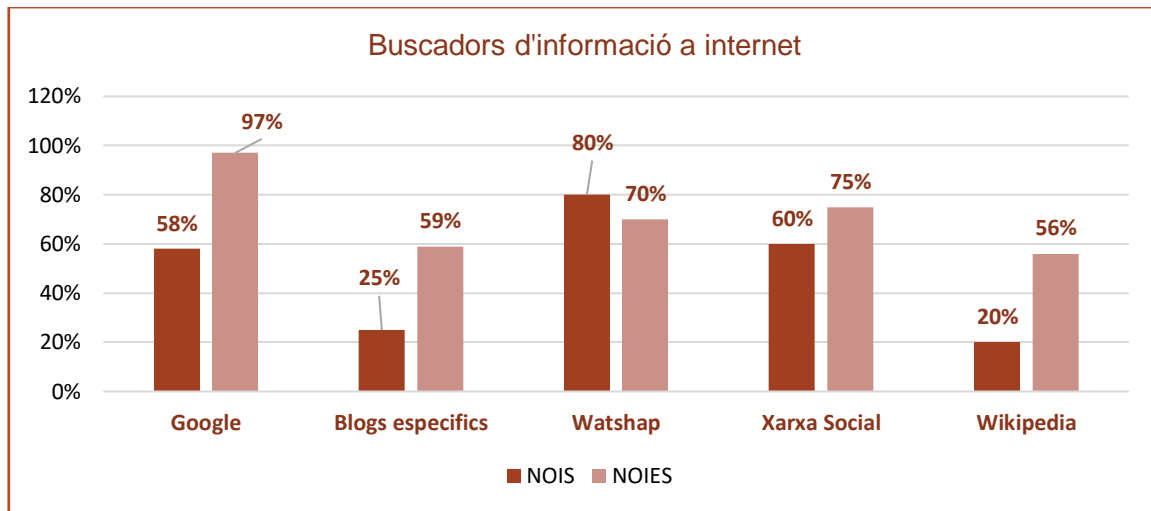
Figura 29. Des d'on et connectes a Internet.



Resultats

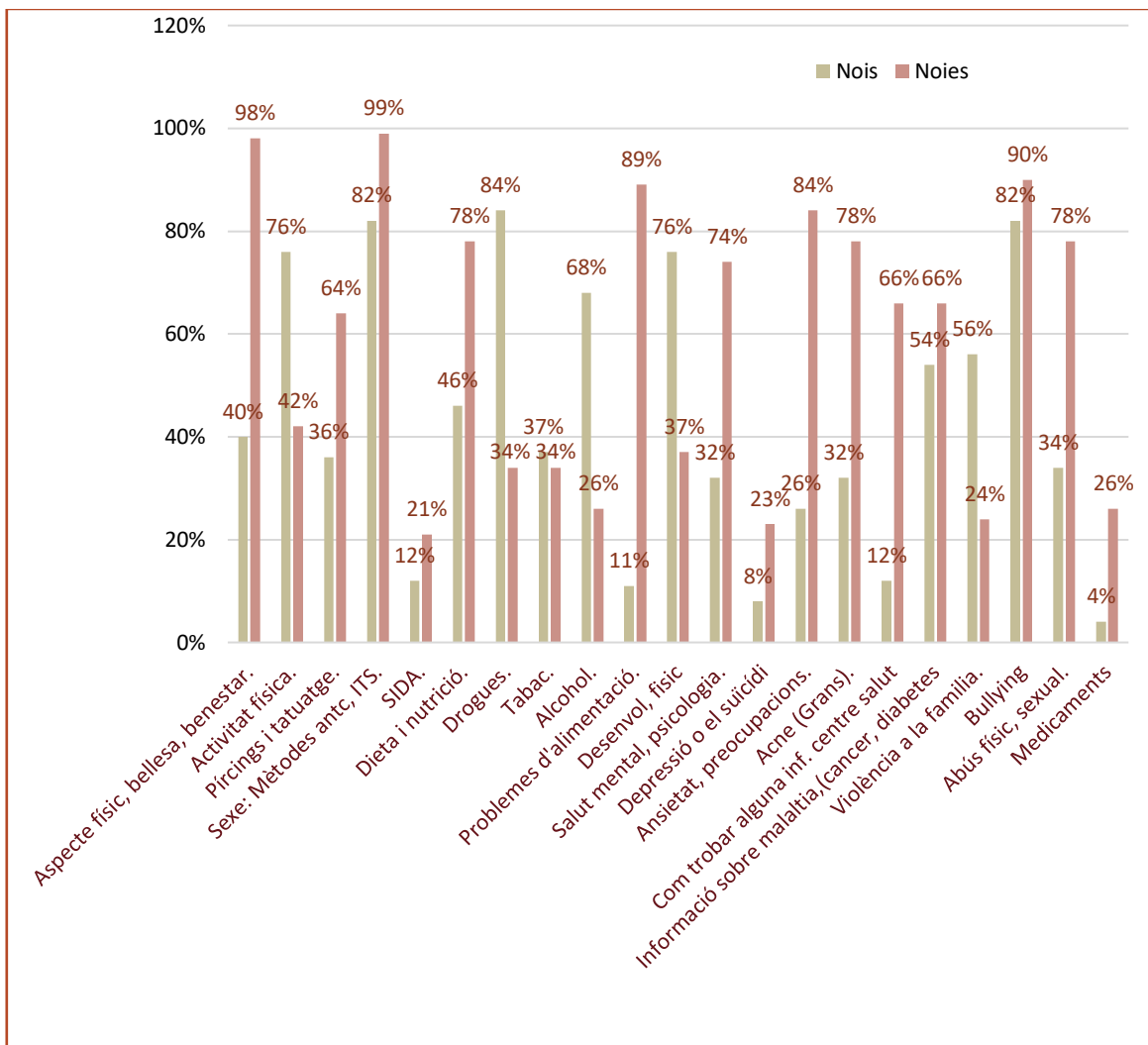
En quin lloc d'Internet busquen la informació sobre la seva salut els adolescents estudiats? Majoritàriament, les noies busquen més que els nois, Observem una diferència al buscador Google d'un 97%, en relació als nois. També busquen la informació sobre salut a wikipedia i en blogs específics, a diferència des nois: un 56 % a Wikipedia i a un blog específics, el 59 %.

Figura 30. Buscadors d'informació Internet.



A la pregunta, alguna vegada has buscat informació a Internet sobre algun d'aquests temes relacionats amb la salut? La pregunta es planteja en sentit ampli, referint-se no només a malalties, sinó també a temes que interessen per mantenir la salut i el benestar: salut física, mental i emocional. Segons indica la figura 31, trobem diferències estadísticament significatives segons gènere, en la majoria dels temes. Les noies busquen més informació a l'aspecte físic, un 98 %, sobre sexe un 99 %, sobre alimentació, un 78 %, sobre ansietat, un 84 %, sobre bullying, un 90 %, sobre abús físic, un 78%. En canvi, els nois busquen més informació sobre sexe, un 82 %, sobre drogues, un 84 %, sobre alcohol, un 68 % i sobre bullying, un 82 %.

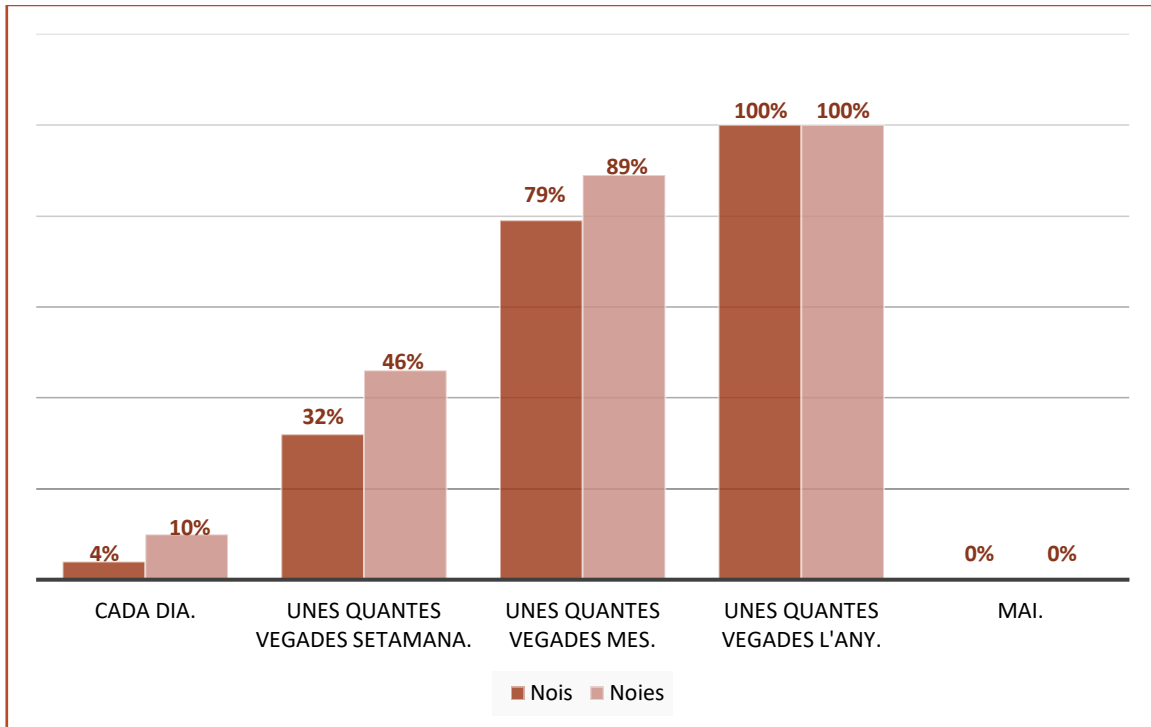
Figura 31. Cerca d'informació sobre salut a la xarxa.



Amb quina freqüència has buscat informació sobre alguns d'aquests temes de salut a Internet?, figura 32, veiem que el 100% de nois i noies, busquen unes quantes vegades a l'any informació en temes relacionats amb la salut, un 89% de les noies unes quantes vegades a la setmana, mentre que el 79 % son nois, a la setmana el 46% de les noies busquen informació i al dia un 10% e les noies també busquen informació.

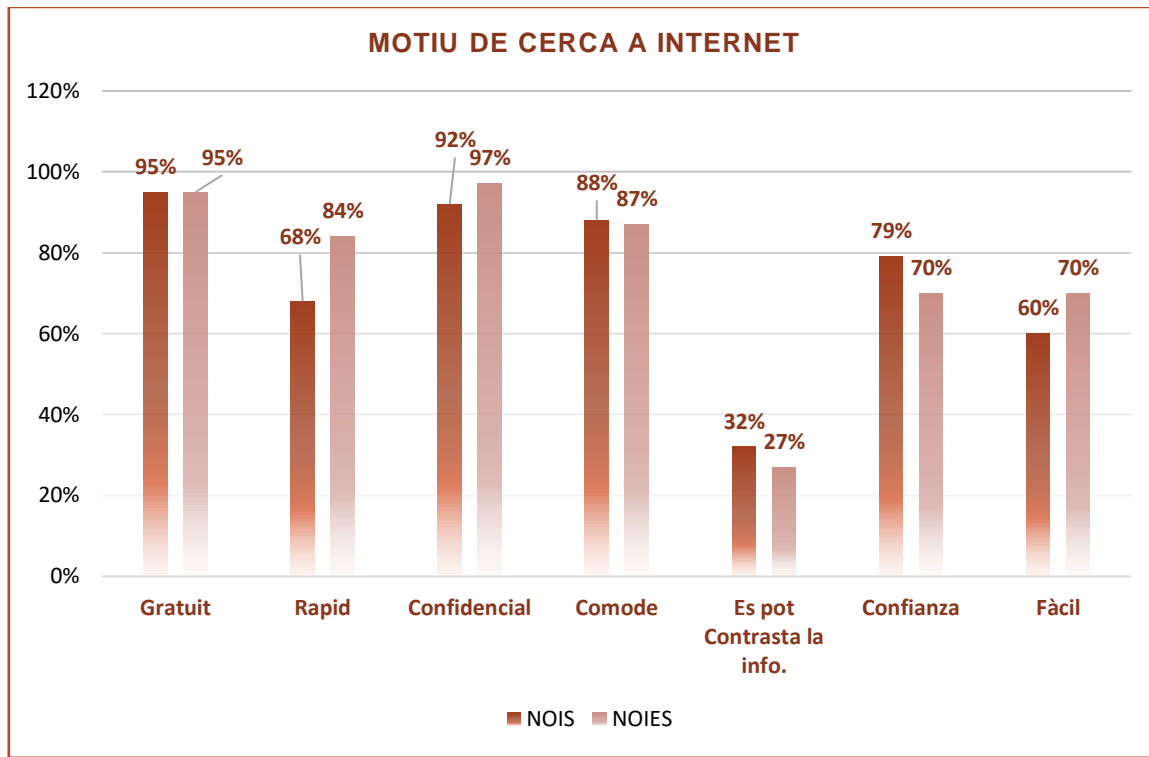
Resultats

Figura 32. Freqüència de cerca d'informació sobre la salut a Internet.



Quan preguntem, per quin motiu busqueu informació sobre salut a través d'Internet?. A la figura 33 no s'observen diferències molt significatives. Les gràfiques són molt homogènies, els percentatges són molt alts. Els motius són: confidencialitat, en un 92 %-97 %, seguit de que és gratuït, en un 95 %, còmode, en un 88 %-89 %, ràpid , en un 68 %-84 %, de fàcil accés i els dóna confiança.

Figura 33. Motiu Cerca.



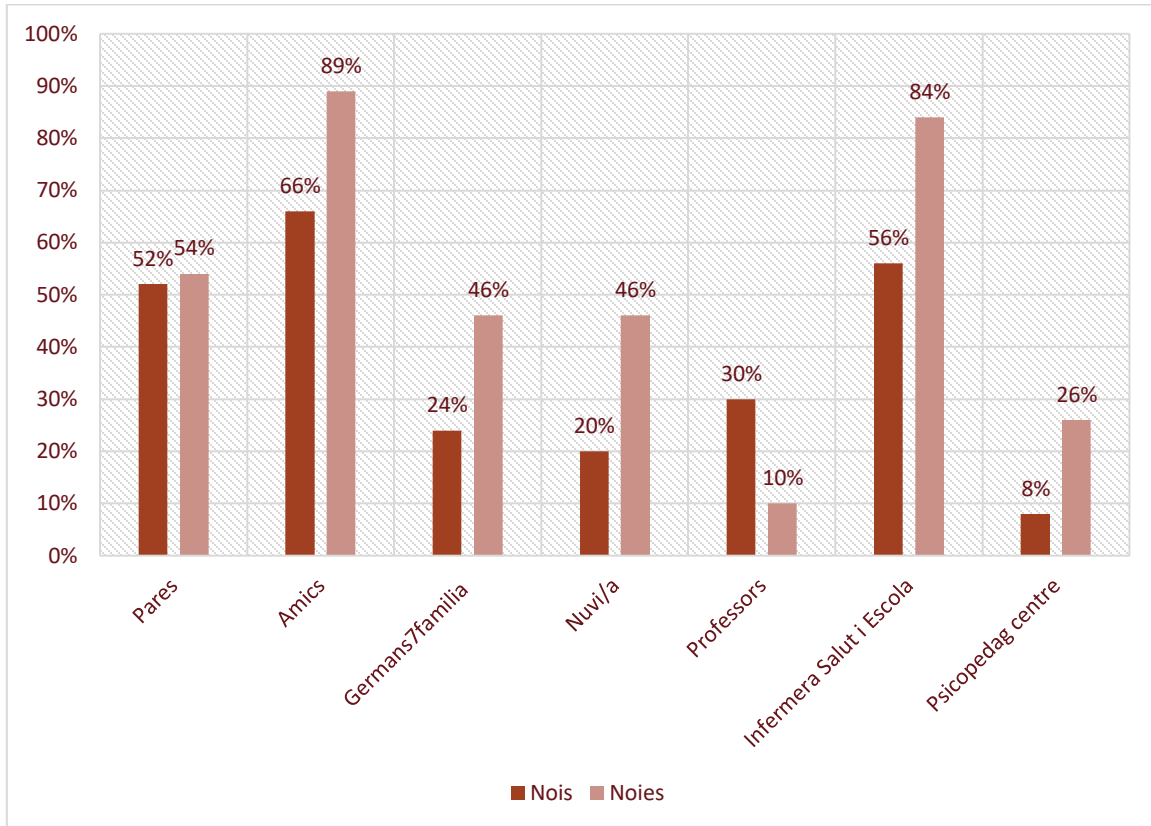
No observem diferències significatives en els resultats a la pregunta, per a qui busques informació sobre alguns d'aquests temes de salut a Internet? les respostes són que la cerca d'informació és per a ells, en un 90 %, seguit de per als amics, en un 75 %; i per algun familiar, en un 24 %.

A qui demanes o creus que demanaries ajuda, per algun tema de salut que et preocupés? A la figura 34 veiem que hi ha diferències significatives pel que fa a l'opció de demanar ajuda als amics. Les noies demanarien ajuda als amics en un 89 %, en segon lloc a la infermera de Salut i Escola, en un 84%, finalment al pares, en un 54 %.

Els nois prefereixen demanar ajuda als amics, en un 66 %; a la infermera de Salut i Escola, en un 56%; als pares, en un 52%; als professors, en un 30 %.

Resultats

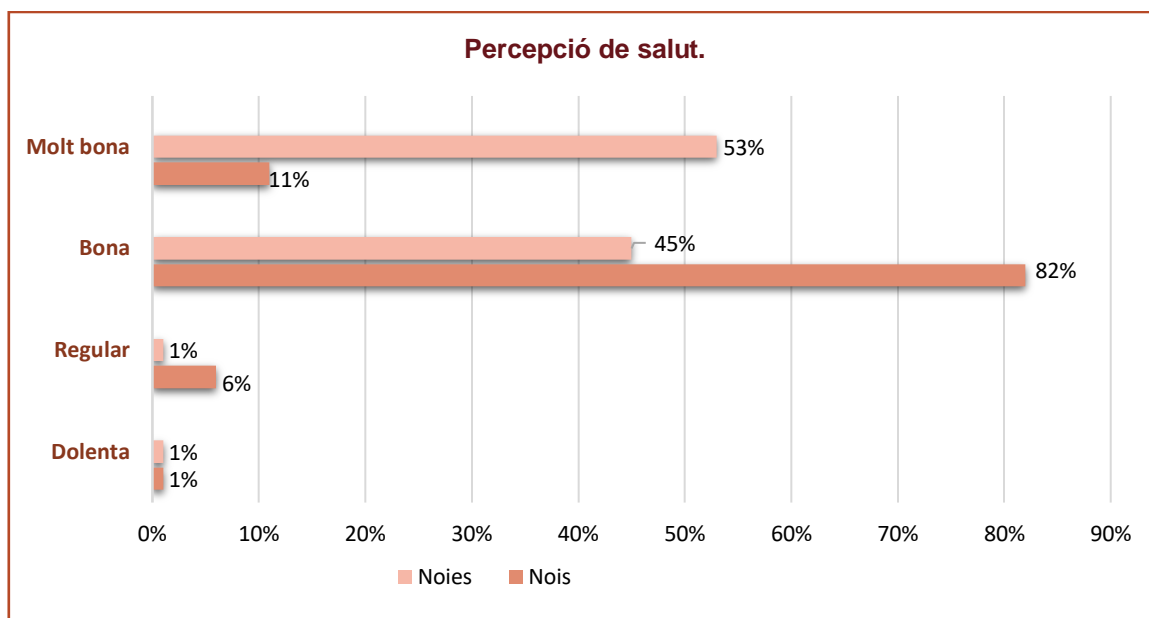
Figura 34. A qui demanaries ajuda en un moment determinat.



Objectiu 1.2.1 - 1^a FASE Analitzar la percepció de salut dels adolescents estudiats.

La figura 35 ens mostra la percepció que tenen els adolescents respecte a la seva salut. El 53 % de les noies tenen una percepció molt bona i el 45 % tenen una percepció bona. El 82 % dels nois tenen una percepció bona i només un 11 % la perceben com molt bona.

Figura 35. Percentatge de percepció de salut dels adolescents estudiats per gènere.



Els hi vam demanar que valoressin de 0 (mínim) a 10 (màxim) la seva percepció respecte del seu físic, la relació que tenen a casa i a l'escola, el seu estat emocional i les seves relacions socials. Trobem diferències estadísticament significatives relació a la percepció aspecte físic i la percepció de salut escolar en el grup intervenció, per sexe, amb una p significativa de (p-0.023) i (p- <0.001), en el grup control també trobem diferències estadísticament significatives en la percepció de l'aspecte físic entre sexe amb un valor casi normal, (p-0.429) en relacions a casa (p-0.023) i a l'escola amb un (p-0.017).

Resultats

Taula 9. Percepció segons gènere en grup control

	Global	Nois (n=54)	Noies (n=90)	p-valor
Aspecte. Físic	7.00 [5.00, 8.00]	6.00 [5.00, 8.00]	7.00 [5.00, 8.00]	0.429
Relacions a casa	8.00 [7.00, 9.00]	8.00 [7.00, 8.00]	8.00 [7.00, 9.00]	0.023
Escolar	8.00 [7.00, 9.00]	8.00 [7.00, 8.00]	8.00 [7.00, 9.00]	0.017
Social	8.00 [8.00, 9.00]	9.00 [8.00, 9.00]	8.00 [8.00, 9.00]	0.585
Emocional	6.00 [5.00, 7.00]	6.00 [5.00, 7.00]	6.00 [5.00, 7.00]	0.645
Total	8.00 [7.00, 9.00]	8.00 [7.00, 9.00]	8.00 [7.00, 9.00]	0.598

Taula 10. Percepció segons gènere en grup intervenció.

	Global	Nois (n=70)	Noies (n=78)	p-valor
Aspecte.físic	6.00 [6.00, 7.00]	6.00 [5.00, 7.00]	6.00 [6.00, 7.00]	0.022
Relacions.a.casa	8.00 [7.00, 8.00]	7.00 [7.00, 8.00]	8.00 [8.00, 8.00]	<0.001
Escolar	8.00 [7.00, 8.00]	8.00 [7.00, 8.00]	8.00 [7.00, 9.00]	0.829
Social	9.00 [8.00, 9.00]	8.50 [8.00, 9.00]	9.00 [8.00, 10.00]	0.121
Emocional	6.00 [5.00, 7.00]	6.00 [5.00, 7.00]	6.00 [5.00, 7.00]	0.692
Total	8.00 [7.00, 9.00]	8.00 [7.00, 9.00]	8.00 [7.00, 9.00]	0.569

A la pregunta, en aquests moments, tens algun problema o dificultat que et preocupi molt sobre alguns aspectes de salut?. El 65% diuen que no. Per gènere, les noies són les que més es preocupen. Un 23 % confessa que els preocupa algun tema de salut, i només un 12 % dels nois se senten preocupats.

Objectiu 2- 2 FASE. Avaluar l'efectivitat d'una intervenció d'educació sexual.

A continuació presentem els resultats dels objectius de la segona fase, que corresponents a la intervenció. S'analitza en tres temps, basal, 4 mesos de la intervenció i el retest als 9 mesos.

Taula 11: La situació inicial de les puntuacions de les característiques és la següent:

Grau de coneixement del VIH y altres ITS, La diferència més estadísticament significativa es troba en el coneixement de la transmissió del VIH. Els grups són diferents encara que la mitjana és semblant. El grup d'intervenció té un conjunt més repartit al llarg de les puntuacions però, estadísticament, es pot confirmar un millor coneixement sobre la transmissió d'aquesta malaltia en el grup d'intervenció que no pas en grup control. Encara que la diferència no arriba a la mínima detectable.

En quan al coneixement de preservatius i prevenció, les distribucions són diferents, però les puntuacions es centren en punts molt semblants: entorn a 4,5 i 5. Encara que, estadísticament, el test compara les diferències en posició i no variabilitat, no resulten diferències significatives. Està més repartit en el cas d'intervenció.

Pel que fa a actituds respecte el VIH, els grups no presenten diferències significatives. Estadísticament els p-valors demostren que els grups no són diferents, excepte len a categoria de l'actitud cap al condó. S'observen diferències significatives de la mitjana. L'actitud respecte el VIH és lleugerament més elevada en el grup control encara que la dispersió és molt semblant. El boxplot, figura 36, demostra que el grup d'intervenció està per sota en aquesta categoria.

Resultats

L'ansietat respecte a la salut en relació a la sexualitat i la por a patir malalties de transmissió sexual és gairebé idèntica en els dos grups. La distribució és gairebé igual. En canvi, sobre les conseqüències negatives de tenir malalties, el grup de control mostra, lleugerament, menys preocupació, encara que les diferències no són molt importants.

Pors respecte la sida: es presenta el grup d'intervenció com un grup amb menys por a la infecció que no pas el de control. El p-valor demostra diferències i el boxplot il·lustra valors de la distribució lleugerament menys elevats.

Respecte a altres pors, tenim diferències estadísticament significatives amb un valor $p < 0.05$, amb poca variabilitat entre els dos grups.

Taula 11. Puntuacions basals en les diferents escales sobre el VIH i MTS, en el global de la mostra i segons grup d'intervenció.

	Global	Control (n=144)	Intervenció (n=148)	p-valor
Escala de coneixement sobre VIH i altres ITS				
Coneixement transmissió VIH	3.87 [2.64, 5.44]	3.80 [2.54, 4.29]	4.16 [2.97, 6.44]	<0.001
Coneixement altres ITS	0.00 [0.00, 0.00]	0.00 [0.00, 0.00]	0.00 [0.00, 1.75]	0.069
Coneixement general VIH	4.26 [3.38, 5.52]	4.46 [3.85, 5.43]	4.19 [3.27, 5.69]	0.144
Coneixement preservatiu	5.08 [3.84, 5.84]	5.14 [4.41, 5.84]	4.88 [3.36, 5.89]	0.031
Coneixement Prevenció VIH	4.19 [3.16, 5.62]	4.14 [3.19, 5.31]	4.70 [2.96, 5.98]	0.024
Actituds cap al VIH				
Actitud cap al preservatiu quan hi ha obstacles	59.87 [44.08, 77.41]	56.87 [44.08, 74.41]	64.61 [42.02, 78.75]	0.503
Actitud cap a la prova de detecció del VIH	66.67 [66.67, 85.26]	66.67 [66.67, 81.41]	70.52 [66.67, 85.26]	0.196
Actitud cap al condó	66.67 [56.03, 77.48]	73.28 [59.34, 82.76]	64.51 [52.37, 73.99]	<0.001
Actitud cap a les persones que viuen amb VIH / sida	43.75 [33.33, 55.03]	44.97 [33.33, 57.81]	42.97 [33.33, 55.03]	0.425
Ansietat per la salut				
Por a emmalaltir	28.57 [21.42, 35.71]	28.90 [20.17, 38.48]	28.07 [21.67, 34.47]	0.819

	37.69]		36.99]	
Conseqüències negatives de tenir una malaltia	20.67 [9.46, 34.39]	17.18 [6.70, 32.79]	23.29 [13.68, 35.99]	0.030
Por a la sida				
Por a la infecció	18.07 [10.64, 25.43]	19.86 [12.18, 29.27]	15.39 [9.05, 21.32]	<0.001
Por a altres / evitació	72.17 [63.75, 79.00]	71.35 [60.23, 78.11]	72.88 [66.95, 79.70]	0.047

Es mostra, per a cada escala, la mitjana i el rang interquartil (1er i 3er quartil) en el global de la mostra i dins de cada subgrup segons grup d'intervenció. A més, es mostra el p-valor del test de Wilcoxon d'igualtat de distribució entre grups ($p < 0.05$ indicadora de diferències estadísticament significatives entre els grups, segons el test).

En el mes 4 la situació de les puntuacions de les característiques es la següent (taula 12).

Grau de coneixement del VIH y altres ITS, Ja en el mes 4 de la intervenció, en quant a coneixements tots son superiors en el cas del grup d'intervenció, amb diferències estadísticament significatives. Les mitjanes del grup d'intervenció son valors que superen en 4 i 5 punts als del grup control. El tercer quartil del grup control es menor que el primer quartil del grup d'intervenció, en totes les situacions.

Aquest fet és molt significatiu i es pot afirmar la millora molt important del grup d'intervenció respecte al de control.

Sobre les actituds respecte el VIH, trobem diferències estadísticament significatives. Les mitjanes són més altes en el grup d'intervenció que en el de control. La mitjana del grup intervenció era superior que el tercer quartil del grup control. Aquest fet implica una millora clara respecte a la de grup control.

Els boxplots mostren que millora el grup d'intervenció substancialment en comparació amb el de control, pel que fa a l'actitud cap el condó amb dificultat i sobre la prova del VIH.

En la resta de categories hi ha diferències significatives. La mitjana del grup control és igual al primer quartil del grup intervenció en els dos casos.

Resultats

L'ansietat per la salut en relació a la sexualitat i la por a posar-se malalt és més elevada en el grup d'intervenció que en el grup control. El boxplot s'observa més elevat en conjunt i el p-valor confirma diferències.

En relació a ser conscient de les conseqüències de les malalties el grup d'intervenció presenta un lleuger augment. Per tant, el p-valor confirma diferències entre els grups en el mes 4, encara que no és tan evident com la por a posar-se malalt.

En general, es té un nivell de consciència més elevat en el grup d'intervenció que no pas en el de control.

Pel que fa a la por a la sida, el grup d'intervenció es mostra més segur i amb menys pors de contagis. En totes les subcategories la resposta és més baixa de manera evident en el grup d'intervenció, de manera evident. Es pot observar en les caixes situades a nivells inferiors i els p-valors confirmen diferències en el boxplots (figura 36).

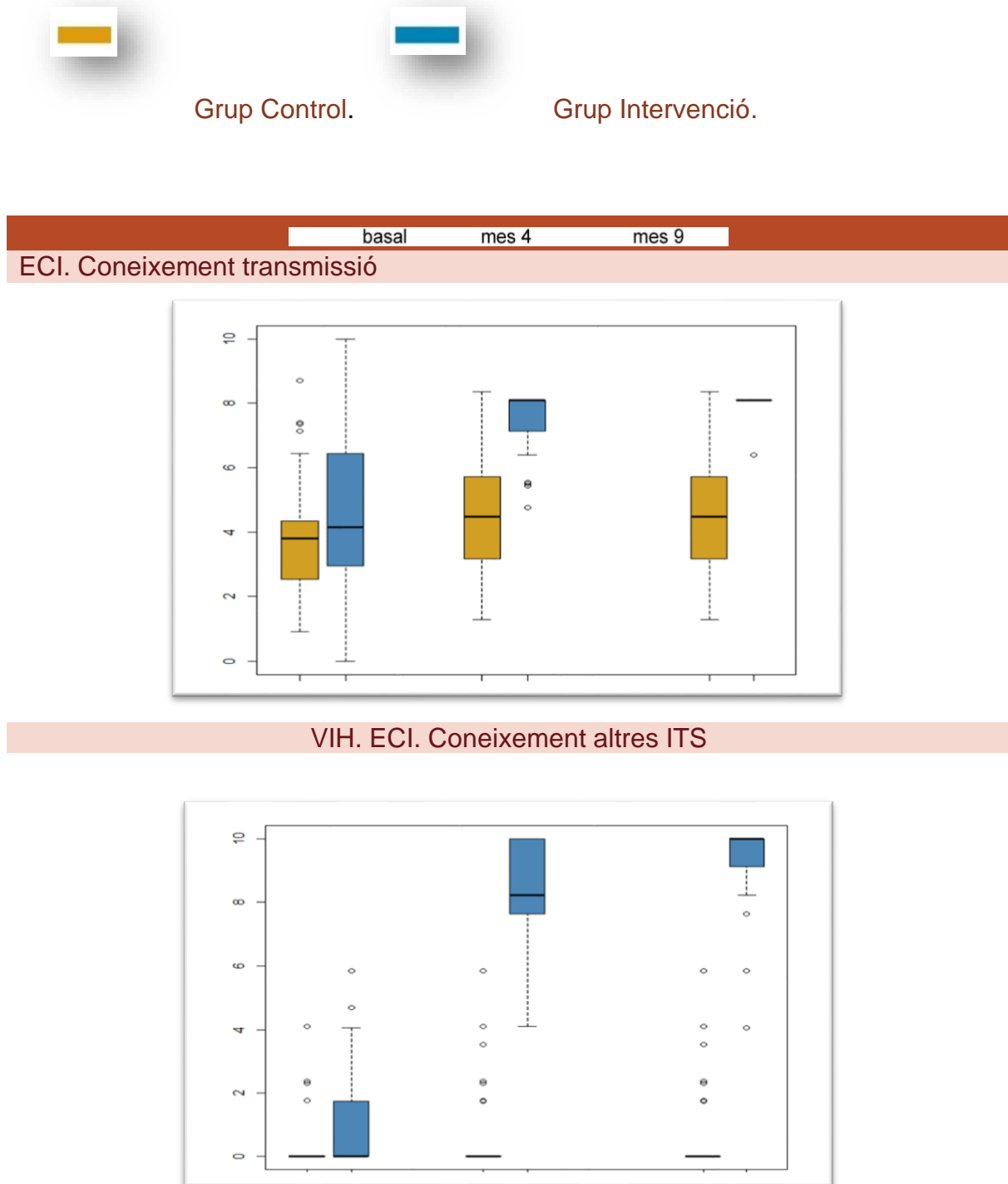
Taula 12. Puntuacions al mes 4 en les diferents escales sobre el VIH i MTS, en el global de la mostra i segons grup d'intervenció

	Global	Control (n=144)	Intervenció (n=148)	p-valor
Escala de coneixement sobre VIH i altres ITS				
Coneixement transmissió VIH	6.49 [4.70, 8.09]	4.48 [3.16, 5.71]	8.09 [7.13, 8.09]	<0.001
Coneixement altres ITS	5.84 [0.00, 8.22]	0.00 [0.00, 0.00]	8.22 [7.62, 10.00]	<0.001
Coneixement general VIH	7.73 [5.13, 10.00]	5.13 [4.29, 5.95]	10.00 [9.24, 10.00]	<0.001
Coneixement preservatiu	7.76 [5.89, 9.35]	5.87 [5.10, 6.54]	9.35 [9.18, 10.00]	<0.001
Coneixement prevenció VIH	8.23 [4.63, 10.00]	4.55 [3.21, 5.94]	10.00 [8.88, 10.00]	<0.001
Actituds cap al VIH				
Actitud cap al condó quan hi ha obstacles	68.25 [55.92, 79.46]	56.87 [49.92, 69.67]	77.41 [66.67, 89.49]	<0.001
Actitud cap a la prova de detecció del VIH	81.41 [66.67, 85.26]	66.67 [66.67, 81.41]	85.26 [81.41, 100.00]	<0.001
Actitud cap al condó	71.62 [66.67, 77.30]	66.67 [57.90, 80.60]	73.99 [66.67, 77.30]	0.021
Actitud cap a les persones que viuen amb VIH / Sida	55.03 [44.97, 62.02]	46.18 [33.33, 59.03]	57.81 [46.18, 66.67]	<0.001
Ansietat per la salut				
Por a emmalaltir	29.25 [22.63, 36.20]	23.78 [18.24, 33.35]	32.24 [28.12, 36.65]	<0.001
Conseqüències negatives de tenir una malaltia	20.67 [9.46, 34.06]	16.16 [6.70, 30.13]	23.87 [13.97, 34.06]	<0.001
Por a la Sida				
Por a la infecció	14.67 [10.96, 20.69]	20.72 [15.31, 30.35]	12.74 [9.68, 14.67]	<0.001
Por a altres / evitació	56.73 [50.43, 72.64]	73.14 [64.48, 82.21]	51.79 [48.85, 55.09]	<0.001

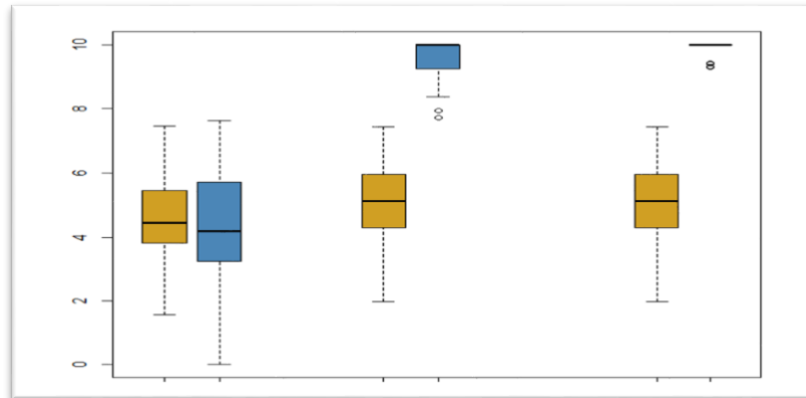
Es mostra, per a cada escala, la mitjana i el rang interquartil (1er i 3er quartil) en el global de la mostra i dins de cada subgrup segons grup d'intervenció. A més, es mostra el p-valor del test de Wilcoxon d'igualtat de distribució entre grups ($p < 0.05$ indicadora de diferències estadísticament significatives entre els grups, segons el test).

Resultats

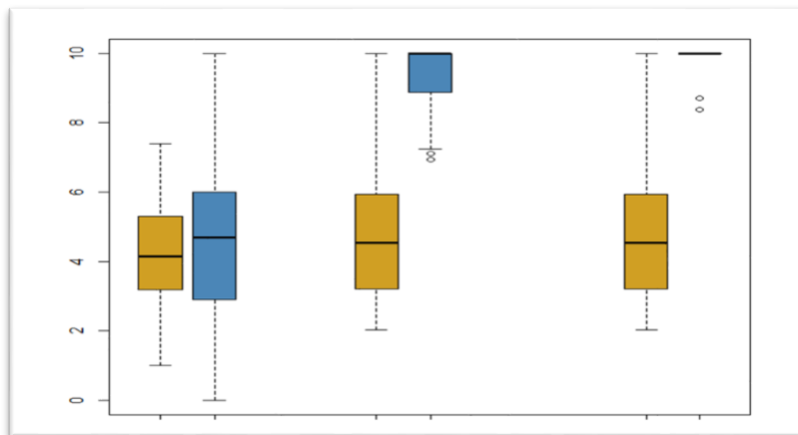
Figura 36. Evolució de les puntuacions en les subescales de l'Escala de Coneixement sobre VIH i altres ITS, segons grup d'intervenció.



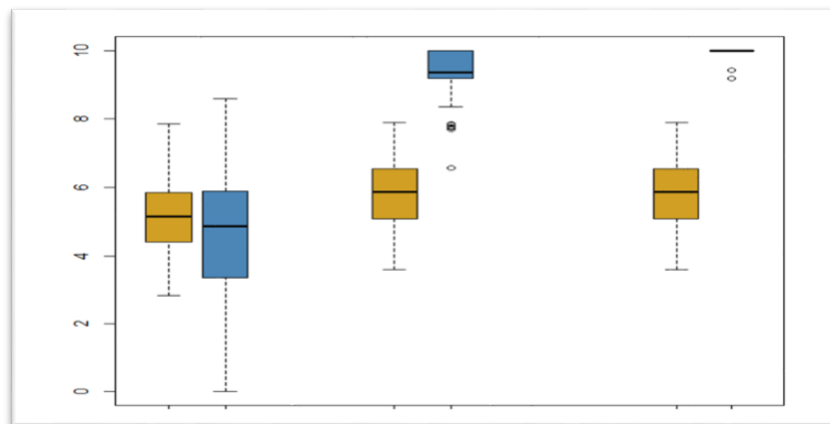
ECI. Coneixement general VIH.



ECI. Coneixement prevenció VIH



ECI. Coneixement preservatiu



Resultats

La situació (taula 13) de les puntuacions de les característiques en el mes 0 és la següent:

Grau de coneixement del VIH i altres ITS: en el mes 9 observem les diferències estadísticament significatives respecte al mes 4 post intervenció. Els valors del coneixement del grup d'intervenció són excel·lents, les puntuacions arriben quasi a les màximes en, pràcticament, tots els integrants. En canvi, no és així en el grup de control.

Actituds respecte el VIH: en el mes 9 es veu una clara millora del grup d'intervenció en tots els aspectes. Es pot observar que les caixes dels boxplots (figura 22) estan situades a nivells més elevats, i òbviament, els p-valors reafirmen aquests gràfics. Tenim p-valors que evidencien diferències entre grups. I segons els valors dels quartils les diferències són prou importants.

Ansietat per la salut en relació a la sexualitat i la por a ser contagiats són més presents en el grup d'intervenció. En canvi, en relació a les conseqüències, els grups no presenten diferències significatives, tot i que els valors per aquest cas són lleugerament inferiors.

Pors respecte la Sida, el grau de consciència és més elevat en el grup d'intervenció en tots els aspectes. Com passava en el mes 4, en el mes 9 continua havent-hi diferències entre els grups.

Resultats

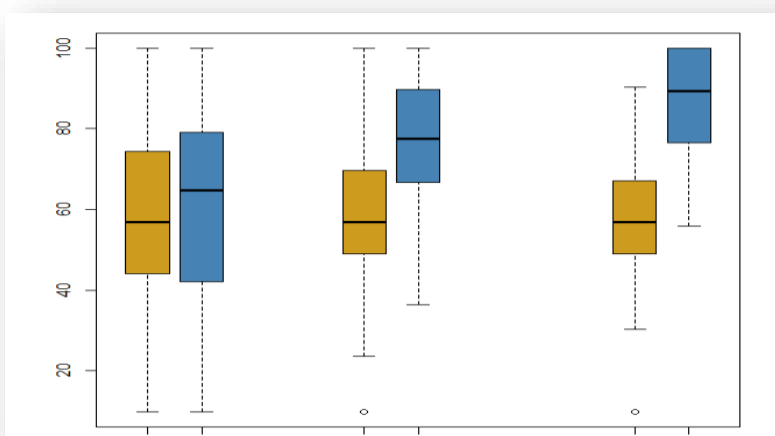
Taula 13. Puntuacions al mes 9 en les diferents escales sobre el VIH i MTS, en el global de la mostra i segons grup d'intervenció.

	Global	Control (n=144)	Intervenció (n=148)	p-valor
Escala de Coneixement sobre VIH i altres ITS				
Coneixement transmissió VIH	7.40 [4.70, 8.09]	4.48 [3.16, 5.71]	8.09 [8.09, 8.09]	<0.001
Coneixement Altres ITS	6.73 [0.00, 10.00]	0.00 [0.00, 0.00]	10.00 [9.56, 10.00]	<0.001
Coneixement general VIH	9.29 [5.13, 10.00]	5.13 [4.29, 5.95]	10.00 [10.00, 10.00]	<0.001
coneixement Preservatiu	9.18 [5.89, 10.00]	5.87 [5.10, 6.54]	10.00 [10.00, 10.00]	<0.001
Coneixement Prevenció VIH	9.35 [4.63, 10.00]	4.55 [3.21, 5.94]	10.00 [10.00, 10.00]	<0.001
Actituds cap el VIH				
Actitud cap al Preservatiu quan hi ha obstacles	76.46 [56.87, 89.26]	56.87 [49.92, 66.90]	89.26 [76.46, 100.00]	<0.001
Actitud cap a la prova de detecció del VIH	81.41 [66.67, 85.26]	66.67 [66.67, 81.41]	85.26 [81.41, 100.00]	<0.001
Actitud cap al condó	73.99 [66.67, 82.76]	66.67 [62.36, 73.99]	80.60 [73.99, 83.91]	<0.001
Actitud cap a les persones que viuen amb VIH / sida	59.03 [46.18, 66.67]	46.18 [34.24, 59.03]	66.67 [66.67, 78.30]	<0.001
Ansietat per la salut				
Por a emmalaltir	28.20 [22.46, 34.78]	23.78 [18.24, 33.35]	30.40 [26.13, 35.05]	<0.001
Conseqüències negatives de tenir una malaltia	13.68 [6.99, 23.87]	16.16 [6.70, 30.13]	13.68 [13.68, 23.14]	0.667
Por a la SIDA				
Por a la infecció	15.26 [13.01, 21.11]	19.91 [14.72, 29.10]	14.78 [13.01, 15.31]	<0.001
Por a altres / evitació	53.21 [40.52, 78.04]	78.36 [67.59, 87.56]	42.23 [37.31, 47.83]	<0.001

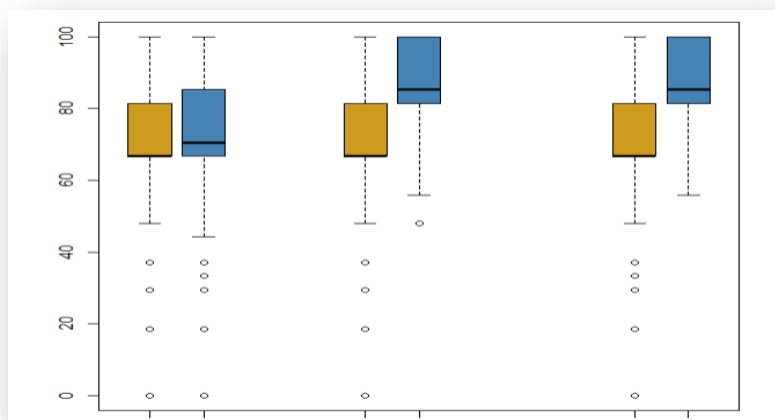
Es mostra, per a cada escala, la mitjana i el rang interquartil (1er i 3er quartil) en el global de la mostra i dins de cada subgrup segons grup d'intervenció. A més, es mostra el p-valor del test de Wilcoxon d'igualtat de distribució entre grups (p <0.05 indicadora de diferències estadísticament significatives entre els grups, segons el test).

Resultats

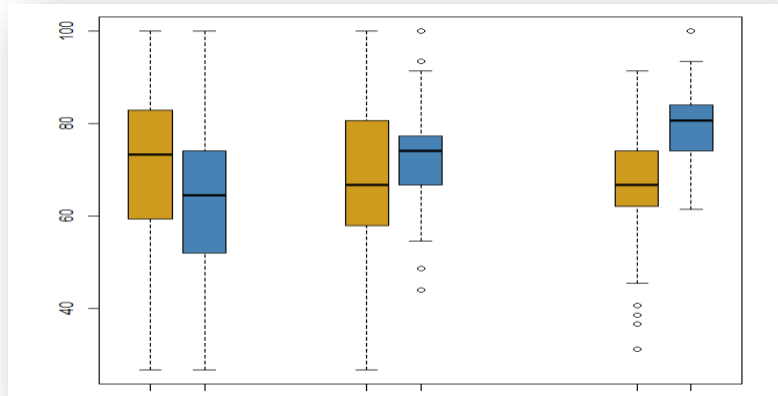
Figura 37. Evolució de les puntuacions en les subescales de escala de “Coneixement sobre VIH i altres ITS”, segons grup d'intervenció.



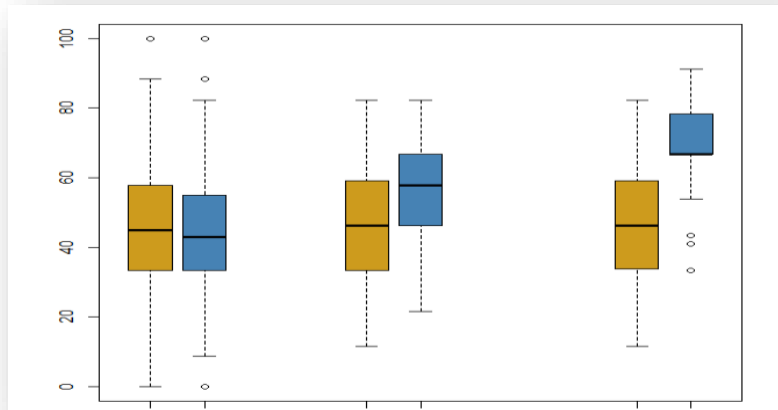
Actitud cap a la prova de detecció del VIH.



Actitud cap al preservatiu.



Actitud cap a persones que viuen amb VIH

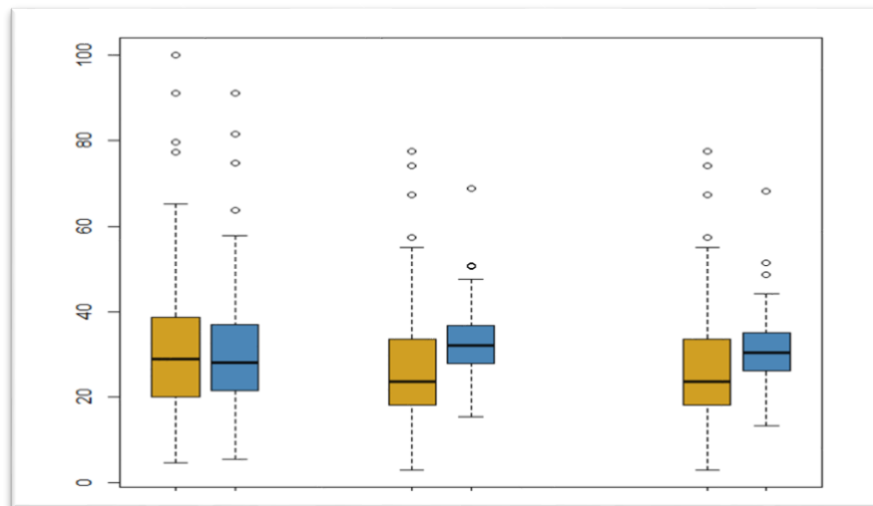


Resultats

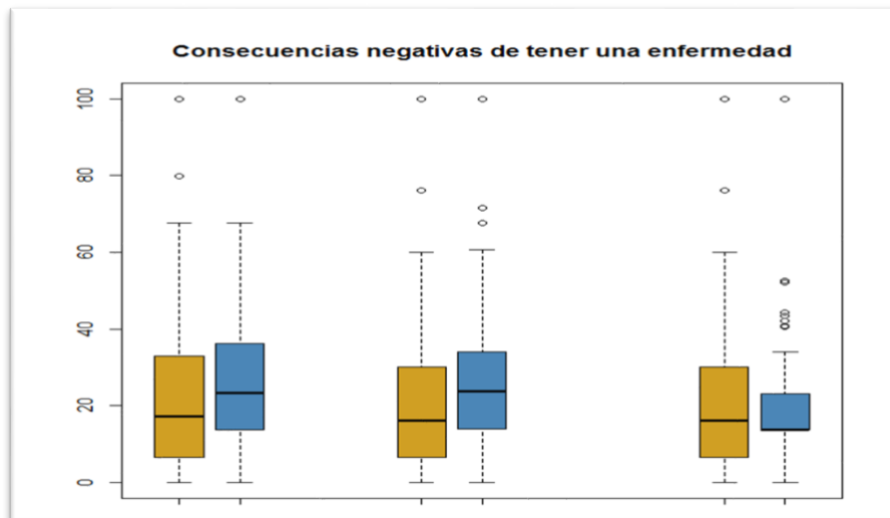
Figura 38. Evolució de les puntuacions en les subescales del qüestionari “Ansietat per la salut”, segons grup d'intervenció.

basal mes 4 mes 9

Por a emmalaltir.



Conseqüències negatives de tenir una malaltia

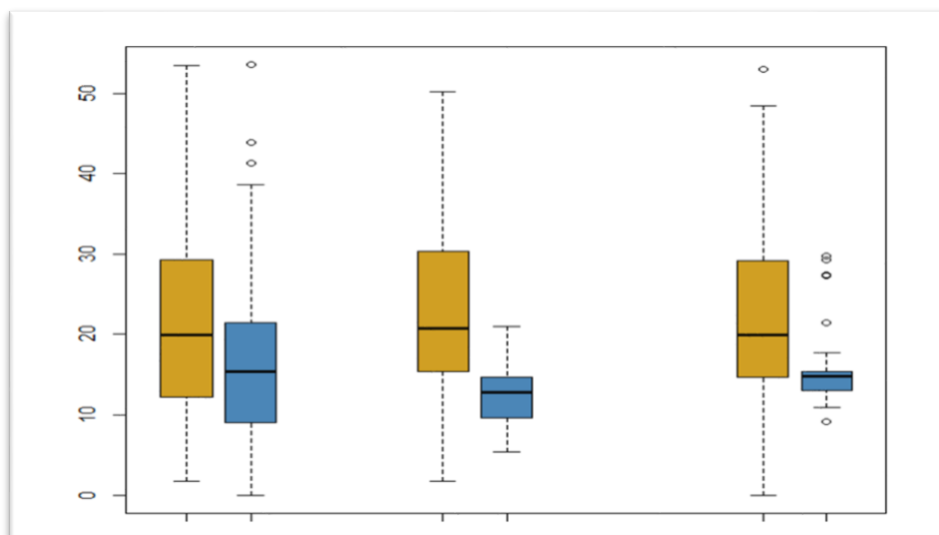


Resultats

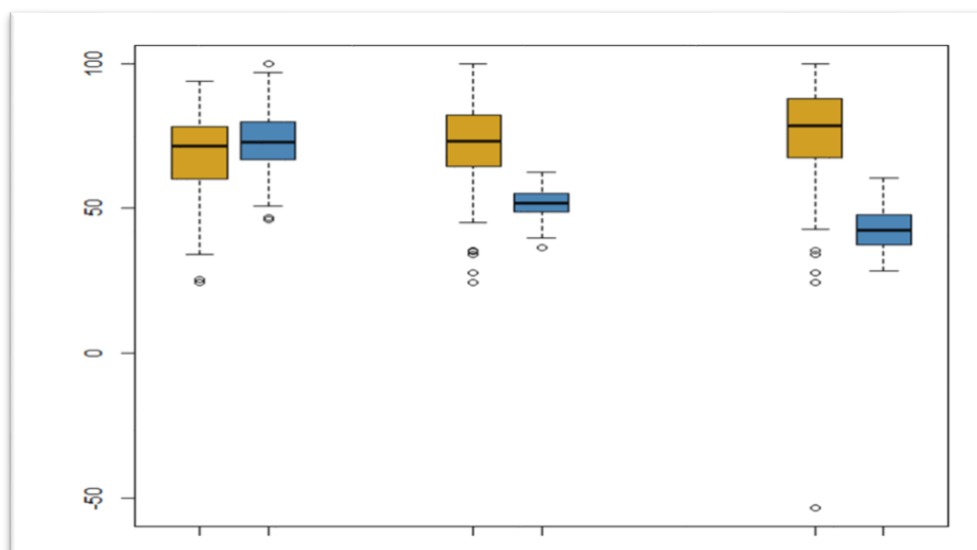
Figura 39. Evolució de les puntuacions en les subescales del qüestionari “Por a la Sida”, segons grup d'intervenció

basal mes 4 mes 9

Por a la infecció.



Por a la altres / evitació



Resultats

En quan a l'evolució temporal dels procediments, el grup de control no presenta gaires canvis ni millores.

Taula 14. Mida de l'efecte en el mes 4 i en el mes 9, segons grup d'intervenció en les diferents escales sobre el VIH i MTS.

Escala de coneixement sobre VIH i altres ITS	mes 4		mes 9	
	GC	GI	GC	GI
Coneixement transmissió VIH	0.551	1.348	0.551	1.482
Coneixement altres ITS	0.141	7.356	0.141	8.315
Coneixement general VIH	0.546	3.01	0.546	3.211
Coneixement preservatiu	0.617	2.538	0.617	2.843
Coneixement prevenció VIH	0.402	2.211	0.402	2.414
Actituds cap al VIH				
Actitud cap al condó quan hi ha obstacles	-0.024	0.661	-0.06	0.961
Actitud cap a la prova de detecció del VIH	-0.012	0.587	-0.117	0.653
Actitud cap al preservatiu.	-0.097	0.605	-0.235	1.077
Actitud cap a les persones que viuen amb VIH/Sida	0.123	0.754	0.12	1.283
Ansietat per la salut				
Por a emmalaltir	-0.282	0.178	-0.282	0.062
Conseqüències negatives de tenir una malaltia	-0.081	0.035	-0.081	-0.463
Por a la Sida				
Por a la infecció	0.025	-0.434	0.067	-0.149
Por a altres / evitació	0.189	-2.149	0.492	-3.077

La taula 15 analitza, en cada grup control/intervenció i respecte a les puntuacions basals, l'evolució de les puntuacions en termes de valoració categòrica de la mida de l'efecte en el mes 4 i en el mes 9 post-intervenció. Observem que l'efecte en el grup d'intervenció és més alt en totes les dimensions de coneixements sobre VIH i altres ITS. Pel que fa a l'actitud cap a la prova de detecció del VIH, l'efecte als 9 mesos és moderat en tots dos grups. No es detecta efecte als nou mesos, pel que fa a la ansietat per por a emmalaltir.

Resultats

Taula 15. Interpretació de la mida de l'efecte en el mes 4 i en el mes 9, segons grup d'intervenció en les diferents escales sobre el VIH i MTS.

Escala de coneixement sobre VIH i altres ITS	mes 4		mes 9	
	GC	GI	GC	GI
Coneixement transmissió VIH	Moderate (+)	Large (+)	Moderate (+)	Large (+)
Coneixement altres ITS	No effect	Large (+)	No effect	Large (+)
Coneixement general VIH	Moderate (+)	Large (+)	Moderate (+)	Large (+)
Coneixement preservatiu	Moderate (+)	Large (+)	Moderate (+)	Large (+)
Coneixement prevenció VIH	Small (+)	Large (+)	Small (+)	Large (+)
Actituds cap al VIH				
Actitud cap al condó quan hi ha obstacles	No effect	Moderate (+)	No effect	Large (+)
Actitud cap a la prova de detecció del VIH	No effect	Moderate (+)	No effect	Moderate (+)
Actitud cap al condó	No effect	Moderate (+)	Small (-)	Large (+)
Actitud cap a les persones que viuen amb VIH / Sida	No effect	Moderate (+)	No effect	Large (+)
Ansietat per la salut				
Por a emmalaltir	Small (-)	No effect	Small (-)	No effect
Conseqüències negatives de tenir una malaltia	No effect	No effect	No effect	Small (-)
Por a la Sida				
Por a la infecció	No effect	Small (-)	No effect	No effect
Por a altres / evitació	No effect	Large (-)	Small (+)	Large (-)

Resultats

Objectiu 2.1 - 2 FASE Analitzar les relacions entre el nivell de coneixements i actituds cap a la Sida, l'ansietat per la salut i por a la Sida i les diferents variables estudiades.

La taula 16 mostra la comparativa del gènere respecte les característiques d'estudi.

Per tal d'ordenar l'explicació es mostren les quatre característiques y els comentaris al respecte:

Escala de coneixement sobre el VIH i altres ITS: no s'observen diferències significatives entre grups de nois i noies, tot i que les dones obtenen puntuacions mitjanes més elevades encara que no són estadísticament significatives en cap cas. Es pot veure com el valor del p-valor no és significatiu i es pot afirmar que els dos grups es comporten de la mateixa manera.

Les mitjanes com els rangs interquartílics són molt semblants i propers.

Actituds envers el VIH: en aquest segon apartat es pot veure com hi ha diferències estadísticament significatives entre els dos grups, sobretot, respecte a l'actitud cap a l'ús del preservatiu. L'indicador de contrast estadístics demostra diferències significatives entre nois i noies pel que fa a l'actitud general del seu ús. Els valors són més baixos en els nois que no pas en les noies. Es pot afirmar que les noies tenen més consciència de l'ús del preservatiu.

En canvi, no es poden confirmar diferències entre els dos grups pel que fa a l'actitud envers la prova de detecció del Sida o l'actitud cap a les persones que viuen amb aquesta malaltia.

Ansietat per la salut: en aquest tercer aspecte de l'ansietat cap a la malaltia no s'observen diferències entre els dos grups com passava en el primer apartat de coneixements.

Resultats

Por a la Sida: en relació a la por a la Sida, tampoc s'observen diferències entre grups de nois i noies. Tant la mitjana, com el rang interquartil mostren valors molt similars d'ambdós grups.

En resum, en aquesta taula s'observa que només hi ha diferències entre nois i noies pel que fa a l'actitud envers l'ús del preservatiu i el fet de ser-ne conscients. Aquest és un punt important a ressaltar perquè, evidentment, les noies tenen més probabilitat de tenir problemes- embarassos no desitjats i malalties de transmissió sexual-.

Taula 16. Puntuacions en les diferents escales sobre el VIH i MTS, segons sexe.

	NOIS (n=124)	NOIES (n=168)	p-valor
Escala de Coneixement sobre VIH i altres ITS			
Coneixement transmissió VIH	3.87 [2.54, 5.45]	3.87 [2.82, 5.44]	0.671
Coneixement altres ITS	0.00 [0.00, 1.75]	0.00 [0.00, 0.00]	0.016
Coneixement general VIH	4.39 [3.71, 5.53]	4.18 [3.34, 5.52]	0.202
coneixement Preservatiu	4.88 [3.76, 5.81]	5.12 [3.87, 5.89]	0.357
Coneixement Prevenció VIH	4.14 [3.13, 5.60]	4.45 [3.21, 5.62]	0.258
Actituds cap el VIH			
Actitud cap al condó quan hi ha obstacles	54.82 [41.79, 66.67]	66.67 [51.82, 80.41]	<0.001
Actitud cap a la prova de detecció del VIH	66.67 [66.67, 85.26]	68.59 [66.67, 85.26]	0.047
Actitud cap al condó	66.67 [51.83, 73.99]	67.96 [58.98, 82.04]	0.004
Actitud cap a les persones que viuen amb VIH / sida	44.97 [33.33, 54.12]	43.75 [33.33, 55.43]	0.209
Ansietat per la salut			
Por a emmalaltir	27.72 [21.41, 35.08]	29.45 [21.44, 39.48]	0.373
Conseqüències negatives de tenir una malaltia	20.01 [6.99, 31.30]	20.96 [9.46, 36.54]	0.339
Por a la SIDA			
Por a la infecció	17.59 [10.33, 24.65]	18.36 [10.75, 25.87]	0.631
Por a altres / evitació	72.65 [64.96, 78.17]	71.90 [63.40, 79.39]	0.665

Es mostra, per a cada escala, la mitjana i el rang interquartil (1er i 3er quartil) dins de cada subgrup segons la característica d'interès. A més, es mostra el p-valor del test de Wilcoxon (o Kruskal-Wallis si es comparen més de dos grups) d'igualtat de distribució entre grups ($p < 0.05$ indicadora de diferències estadísticament significatives entre els grups, segons el test).

Resultats

A la taula 17 es mostra la diferència entre els quatre aspectes que s'han comentat anteriorment, en relació amb a la franja d'edat.

Com es veu a la taula de descripció de les dades, el grup de nois i noies es situa en el rang d'edat dels 14 anys. Es té poca representació de la mostra respecte a la franja dels 16 anys. Se'n té més sobre la franja dels 15 anys.

Estadísticament és pot fer la comparació entre els valors dels rangs 14 i 15 anys sense problemes, en canvi, tenim massa poca representació de valors del rang de 16 anys per treure conclusions importants. Tot i així, és pot observar que en tota la taula, no demostren valors de significació estadísticament significativa importants.

Per tant, en aquest cas que no tenim diferències, ja que a els valors romanen molt semblants tant per valors, com per rangs interquartílics. És pot afirmar que en relació al coneixement de malalties de transmissió sexual, la franja entre 14 i 16 anys és molt similar en quant a coneixement, actituds, ansietats i por.

Resultats

Taula 17. Puntuacions en les diferents escales sobre el VIH i MTS, segons edat.

	14 Anys (n=220)	15 Anys (n=62)	16 Anys (n=10)	p- valor
Escala de coneixement sobre VIH i altres ITS				
Coneixement transmissió VIH	3.84 [2.56, 5.20]	4.11 [2.98, 5.52]	4.23 [3.32, 5.79]	0.453
Coneixement altres ITS	0.00 [0.00, 0.00]	0.00 [0.00, 1.75]	0.00 [0.00, 0.00]	0.166
Coneixement general VIH	4.25 [3.47, 5.40]	4.39 [3.33, 5.96]	4.02 [3.42, 4.24]	0.301
Coneixement preservatiu	5.11 [3.87, 5.84]	4.82 [3.68, 5.99]	4.84 [4.24, 5.50]	0.729
Coneixement prevenció VIH	4.19 [3.16, 5.54]	4.26 [3.21, 5.96]	4.49 [3.09, 4.98]	0.537
Actitud cap al VIH				
Actitud cap al condó quan hi ha obstacles	64.14 [44.08, 77.41]	55.85 [43.36, 73.46]	48.42 [34.68, 66.67]	0.232
Actitud cap a la prova de detecció del VIH	66.67 [66.67, 85.26]	66.67 [66.67, 85.26]	68.59 [55.61, 84.30]	0.829
Actitud cap al condó	66.67 [57.40, 78.92]	66.67 [54.96, 76.83]	61.35 [49.71, 71.80]	0.241
Actitud cap a les persones que viuen amb VIH / Sida	44.97 [33.33, 55.03]	42.19 [33.33, 56.21]	35.94 [14.06, 60.63]	0.617
Ansietat per la salut				
Por a emmalaltir	28.62 [20.91, 38.32]	28.55 [22.37, 35.96]	22.42 [20.18, 25.77]	0.447
Conseqüències negatives de tenir una malaltia	20.82 [9.46, 35.99]	18.41 [6.77, 30.13]	25.04 [15.50, 35.92]	0.289
Por a la Sida				
Por a la infecció	18.42 [10.76, 26.08]	17.13 [9.35, 24.40]	13.84 [8.04, 18.21]	0.243
Por a altres / evitació	72.17 [62.82, 78.54]	72.21 [66.75, 78.77]	74.98 [67.87, 79.97]	0.601

Es mostra, per a cada escala, la mitjana i el rang interquartil (1er i 3er quartil) dins de cada subgrup segons la característica d'interès. A més, es mostra el p-valor del test de Wilcoxon (o Kruskal-Wallis si es comparen més de dos grups) d'igualtat de distribució entre grups ($p < 0.05$ indicadora de diferències estadísticament significatives entre els grups, segons el test).

Resultats

A la taula 18, es representen les diferències entre les puntuacions per grups de famílies. Les famílies son: monoparentals amb o sense germans, monoparentals materns o monoparentals paterns.

En aquest cas, es pretén analitzar si els tipus de famílies influeixen. El cert és que si ens centrem en el χ^2 en el valor de l'estadístic de contrast es pot observar com els valors no són demostren diferències excepte en tres aspectes:

El més clar dels tres és la por a emmalaltir degut a la transmissió sexual. S'observa com en les famílies monoparentals amb germans s'intueix un augment de consciència i de por en comparació amb els altres grups que, per contra, són força similars.

El segon aspecte que presenta diferències, és la por a altres coses que no són la infecció. El grup biparental amb algun germà, com passava anteriorment, també té una consciència més elevada i una por amb valors més elevats en vers la Sida.

Finalment, hi ha un altre aspecte que és la actitud envers el preservatiu, el qual presenta un p-valor a la frontera de ser significatiu. No obstant, presenta alguna diferència entre alguns dels grups. Observant les mitjanes i els rangs interquartílics, podem dir que els valors més elevats d'actitud corresponen al grup monoparental matern.

Per les dades que es tenen, els grup monoparental matern demostra més consciència a l'hora de l'ús de preservatius. Però el valor de significació està just en el 5% i no es pot afirmar amb total seguretat, encara que els valors de la mitjana fan intuir una lleugera diferència.

Resultats

Taula 18. Puntuacions en les diferents escales sobre el VIH i MTS, segons tipus de llar familiar.

	Biparental (n=103)	Biparental amb algun germà (n=109)	Monoparental materna (n=26)	Monoparental i paterna (n=54)	p-valor
Escala de coneixement sobre VIH i altres ITS					
Coneixement transmissió VIH	3.84 [2.73, 5.44]	3.89 [2.56, 5.11]	4.46 [3.35, 5.69]	3.87 [2.82, 5.74]	0.494
Coneixement altres ITS	0.00 [0.00, 0.00]	0.00 [0.00, 1.75]	0.00 [0.00, 0.00]	0.00 [0.00, 1.31]	0.256
Coneixement general VIH	4.18 [3.37, 5.19]	4.42 [3.34, 5.58]	4.98 [4.15, 5.94]	4.20 [3.41, 5.18]	0.134
Coneixement preservatiu	5.06 [3.89, 5.83]	5.11 [3.76, 5.84]	5.52 [4.55, 6.02]	4.68 [3.72, 5.72]	0.126
Coneixement prevenció VIH	4.50 [3.21, 5.72]	4.14 [3.13, 5.62]	4.56 [3.36, 5.86]	3.72 [2.20, 5.38]	0.112
Actitud cap al VIH					
Actitud cap al condó quan hi ha obstacles	56.87 [44.08, 74.41]	66.67 [51.82, 77.41]	57.35 [43.36, 89.97]	55.37 [42.30, 69.67]	0.214
Actitud cap a la prova de detecció del VIH	66.67 [66.67, 85.26]	66.67 [66.67, 85.26]	66.67 [66.67, 85.26]	66.67 [51.93, 85.26]	0.271
Actitud cap al condó	66.67 [57.90, 77.30]	64.51 [56.03, 75.14]	71.98 [66.67, 81.68]	68.68 [53.30, 80.60]	0.052
Actitud cap a les persones que viuen amb VIH / Sida	42.19 [31.94, 53.82]	44.97 [33.33, 56.60]	46.18 [33.33, 55.03]	43.75 [31.25, 58.72]	0.631
Ansietat per la salut					
Por a emmalaltir	27.79 [19.74, 34.39]	32.52 [24.40, 40.32]	25.49 [23.63, 32.46]	25.88 [15.98, 34.38]	0.009
Conseqüències negatives de tenir una malaltia	16.45 [6.84, 30.13]	23.87 [9.46, 40.03]	20.16 [10.52, 33.88]	23.14 [10.52, 36.35]	0.130
Por a la Sida					
Por a la infecció	19.86 [10.76, 27.22]	17.93 [10.71, 24.46]	18.07 [9.72, 25.08]	16.27 [9.11, 21.45]	0.308
Por a altres / evitació	71.73 [62.59, 78.67]	74.16 [67.61, 80.22]	71.57 [63.61, 77.17]	69.42 [61.69, 75.67]	0.021

Es mostra, per a cada escala, la mitjana i el rang interquartil (1er i 3er quartil) dins de cada subgrup segons la característica d'interès. A més, es mostra el p-valor del test de Wilcoxon (o Kruskal-Wallis si es comparen més de dos grups) d'igualtat de distribució entre grups ($p < 0.05$ indicadora de diferències estadísticament significatives entre els grups, segons el test).

Resultats

La taula 19 pretén comparar les quatre característiques respecte a si els adolescents tenen o no una habitació pròpia individual.

Com s'observa en els valors de freqüència de la mostra, 25 adolescents no tenen habitació pròpia, és a dir, estan compartint l'habitació. En canvi, 267 sí que en tenen.

Són mostres desiguals en nombre, però 25 és un nombre suficient per fer la comparativa i treure algunes conclusions.

S'observen un parell de diferències significatives segons la prova de contrast de d'hipòtesis. Concretament, es pot veure com el nivell de coneixement de la transmissió del virus de la Sida presenta diferències significatives entre els dos grups. Segons els valors, els adolescents que tenen una habitació pròpia mostren presenten més coneixement.

Un altre aspecte sobre el què s'observa diferències és respecte a la por a coses diferents de la infecció. Els que no tenen habitació pròpia presenten valors més elevats en aquesta característica.

Pel que fa a la resta d'aspectes no s'observen diferències entre les dues situacions.

Resultats

Taula 19. Puntuacions en les diferents escales sobre el VIH i MTS, segons es disposi o no d'habitació pròpia.

	No (n=25)	Si (n=267)	p-valor
Escala de coneixement sobre VIH i altres ITS			
Coneixement transmissió VIH	2.82 [2.20, 3.84]	3.89 [2.82, 5.48]	0.004
Coneixement altres ITS	0.00 [0.00, 0.00]	0.00 [0.00, 0.00]	0.118
Coneixement general VIH	3.92 [3.16, 5.50]	4.29 [3.48, 5.55]	0.193
Coneixement preservatiu	4.41 [3.68, 5.77]	5.11 [3.86, 5.88]	0.113
Coneixement prevenció VIH	3.21 [2.18, 4.78]	4.31 [3.21, 5.62]	0.024
Actituds cap al VIH			
Actitud cap al condó quan hi ha obstacles	54.82 [33.33, 66.67]	61.61 [44.08, 77.41]	0.089
Actitud cap a la prova de detecció del VIH	66.67 [66.67, 70.52]	66.67 [66.67, 85.26]	0.219
Actitud cap al condó	66.67 [52.01, 69.97]	66.67 [56.39, 79.09]	0.099
Actitud cap a les persones que viuen amb VIH / Sida	33.33 [20.49, 55.03]	44.97 [33.33, 55.03]	0.012
Ansietat per la salut			
Por a emmalaltir	28.53 [20.20, 48.98]	28.60 [21.54, 37.11]	0.241
Conseqüències negatives de tenir una malaltia	28.38 [17.18, 43.81]	20.38 [9.46, 33.33]	0.086
Por a la Sida			
Por a la infecció	20.66 [11.62, 27.36]	17.99 [10.57, 25.21]	0.359
Por a altres / evitació	76.68 [71.28, 82.48]	71.86 [63.21, 78.41]	0.024

Es mostra, per a cada escala, la mitjana i el rang interquartil (1er i 3er quartil) dins de cada subgrup segons la característica d'interès. A més, es mostra el p-valor del test de Wilcoxon (o Kruskal-Wallis si es comparen més de dos grups) d'igualtat de distribució entre grups ($p < 0.05$ indicadora de diferències estadísticament significatives entre els grups, segons el test).

Analitzant la taula 20 es poden comparar les característiques bàsiques de les quatre característiques més importants, respecte si es tenen dificultats en els estudis o no.

L'objectiu d'aquesta anàlisi és comprovar si una mala comprensió i concentració en els estudis pot influir en la comprensió de malalties de transmissió sexual.

Resultats

En aquest cas, no apareixen diferències importants sobre coneixement de la Sida sobre i altres malalties. S'observa que no hi ha diferències estadísticament significatives entre els dos grups. És a dir, que no influeix el fet de tenir dificultats en els estudis respecte a tenir coneixements sobre les malalties de transmissió sexual.

Respecte a d'altres aspectes tampoc es veuen diferències significatives, excepte en dos subapartats:

El primer aspecte és l'actitud de l'ús del preservatiu quan hi ha obstacles. En el grup que no presenta dificultats en els estudis s'observa una consciència i un coneixement més elevat que no pas els que sí que presenta dificultats en els estudis.

I el segon aspecte és la por a la infecció de la Sida. S'observa més consciència i més por a la infecció d'aquesta malaltia en els adolescents que si que tenen dificultats en els estudis. Es confirma per un valor de significació important (p -valor = 0.012).

Resultats

Taula 20. Puntuacions en les diferents escales sobre el VIH i MTS, segons es tinguin o no dificultats en els estudis.

	No (n=156)	Si (n=136)	p-valor
Escala de coneixement sobre VIH i altres ITS			
Coneixement transmissió VIH	3.89 [2.82, 5.76]	3.82 [2.56, 5.12]	0.085
Coneixement altres ITS	0.00 [0.00, 0.44]	0.00 [0.00, 0.00]	0.111
Coneixement general VIH	4.25 [3.36, 5.58]	4.31 [3.67, 5.50]	0.659
Coneixement preservatiu	5.13 [3.86, 5.89]	4.88 [3.79, 5.84]	0.477
Coneixement prevenció VIH	4.33 [3.19, 5.91]	4.19 [3.15, 5.43]	0.307
Actituds cap al VIH			
Actitud cap al condó quan hi ha obstacles	66.67 [44.08, 77.69]	55.92 [43.84, 69.91]	0.046
Actitud cap a la prova de detecció del VIH	66.67 [66.67, 85.26]	66.67 [66.67, 85.26]	1.000
Actitud cap al condó	67.03 [57.90, 79.63]	66.67 [56.03, 76.04]	0.264
Actitud cap a les persones que viuen amb VIH / Sida	42.97 [33.33, 50.39]	44.97 [33.33, 59.03]	0.077
Ansietat per la salut			
Por a emmalaltir	28.32 [22.84, 38.21]	28.65 [19.39, 36.84]	0.595
Conseqüències negatives de tenir una malaltia	20.01 [9.46, 33.52]	23.14 [9.46, 35.48]	0.812
Por a la Sida			
Por a la infecció	16.38 [8.93, 24.00]	19.43 [11.71, 27.15]	0.012
Por a altres / evitació	71.99 [63.22, 79.85]	72.28 [63.98, 77.38]	0.883

Es mostra, per a cada escala, la mitjana i el rang interquartil (1er i 3er quartil) dins de cada subgrup segons la característica d'interès. A més, es mostra el p-valor del test de Wilcoxon (o Kruskal-Wallis si es comparen més de dos grups) d'igualtat de distribució entre grups ($p < 0.05$ indicadora de diferències estadísticament significatives entre els grups, segons el test).

Resultats

La taula 21 és molt interessant ja que s'observen forces diferències entre els dos grups.

En aquest cas es comparen grups d'adolescents que han mantingut xerrades amb els pares o no.

Segons els valors de la taula es veuen diferències significatives, en quan al coneixement de la transmissió del virus de la Sida, el coneixement general del virus, el coneixement del preservatiu, i també el coneixement de prevenció.

L'impacte de les xerrades dels pares en el coneixement de la malaltia és significatiu entre grups, però els resultats del mètode d'intervenció superen els valors de coneixement d'aquesta taula.

En altres aspectes no es veuen diferències estadísticament significatives, excepte pel que fa a l'actitud cap a la prova de detecció del virus de la Sida. Els adolescents que mantenen xerrades amb els pares tenen una actitud, en general, millor.

Resultats

Taula 21. Puntuacions en les diferents escales sobre el VIH i MTS, segons es mantenen o no xerrades sobre sexe amb els pares.

	No (n=235)	Si (n=57)	p-valor
Escala de coneixement sobre VIH i altres ITS			
Coneixement transmissió VIH	3.84 [2.56, 5.09]	5.07 [3.56, 6.49]	<0.001
Coneixement altres ITS	0.00 [0.00, 0.00]	0.00 [0.00, 1.75]	0.055
Coneixement general VIH	4.18 [3.37, 5.27]	4.89 [4.08, 5.81]	0.004
Coneixement preservatiu	4.76 [3.76, 5.81]	5.41 [4.63, 5.99]	<0.001
Coneixement prevenció VIH	4.19 [3.01, 5.55]	4.98 [3.64, 6.05]	0.004
Actituds cap al VIH			
Actitud cap al condó quan hi ha obstacles	56.87 [44.08, 76.46]	64.61 [44.08, 79.46]	0.347
Actitud cap a la prova de detecció del VIH	66.67 [66.67, 85.26]	81.41 [66.67, 85.26]	0.031
Actitud cap al condó	66.67 [56.03, 77.30]	66.67 [56.03, 82.47]	0.535
Actitud cap a les persones que viuen amb VIH / Sida	43.40 [33.33, 55.03]	46.18 [33.33, 59.03]	0.239
Ansietat per la salut			
Por a emmalaltir	27.97 [20.20, 37.01]	31.85 [24.22, 41.67]	0.069
Conseqüències negatives de tenir una malaltia	20.67 [6.99, 33.33]	23.14 [13.68, 40.03]	0.148
Por a la Sida			
Por a la infecció	18.25 [10.73, 26.42]	16.38 [9.48, 22.11]	0.225
Por a altres / evitació	71.99 [63.58, 78.87]	73.45 [65.53, 79.73]	0.376

Es mostra, per a cada escala, la mitjana i el rang interquartil (1er i 3er quartil) dins de cada subgrup segons la característica d'interès. A més, es mostra el p-valor del test de Wilcoxon (o Kruskal-Wallis si es comparen més de dos grups) d'igualtat de distribució entre grups ($p < 0.05$ indicadora de diferències estadísticament significatives entre els grups, segons el test).

En aquests cas, la taula 22 estudia el paper dels germans grans. És un altre canal de comunicació a part de les xerrades puntuals amb els pares.

Pels valors de la taula, s'observen diferències en quan al coneixement de transmissió i de prevenció del virus de la Sida.

Resultats

Es pot observar, que parlar amb els germans no influeix tant respecte al coneixement en la transmissió i la prevenció del Sida i altres malalties com ho fa parlar amb els pares.

Pel que fa a la resta d'aspectes no hi ha diferències significatives entre grups.

Taula 22. Puntuacions en les diferents escales sobre el VIH i MTS, segons es tinguin o no xerrades sobre sexe amb els germans grans.

	No (n=239)	Si (n=50)	p-valor
Escala de coneixement sobre VIH i altres ITS			
Coneixement transmissió VIH	3.84 [2.62, 5.18]	4.52 [2.89, 6.48]	0.040
Coneixement altres ITS	0.00 [0.00, 0.00]	0.00 [0.00, 0.00]	0.989
Coneixement general VIH	4.29 [3.48, 5.52]	4.20 [3.34, 5.76]	0.839
Coneixement preservatiu	5.07 [3.84, 5.84]	5.16 [4.18, 5.96]	0.291
Coneixement prevenció VIH	4.14 [3.06, 5.59]	4.86 [3.90, 5.91]	0.026
Actituds cap al VIH			
Actitud cap al condó quan hi ha obstacles	59.87 [44.08, 76.94]	58.77 [40.36, 75.00]	0.174
Actitud cap a la prova de detecció del VIH	66.67 [66.67, 85.26]	75.96 [66.67, 85.26]	0.565
Actitud cap al condó	66.67 [56.39, 77.30]	71.84 [56.50, 79.09]	0.714
Actitud cap a les persones que viuen amb VIH / Sida	44.97 [33.33, 57.81]	41.58 [33.33, 50.17]	0.249
Ansietat per la salut			
Por a emmalaltir	27.97 [20.25, 37.18]	31.73 [22.08, 38.55]	0.537
Conseqüències negatives de tenir una malaltia	20.67 [9.46, 35.59]	20.67 [6.99, 32.10]	0.867
Por a la Sida			
Por a la infecció	18.15 [10.57, 26.85]	17.93 [10.24, 21.45]	0.574
Por a altres/evitació	72.08 [62.77, 79.00]	71.84 [66.10, 77.60]	0.769

Es mostra, per a cada escala, la mitjana i el rang interquartil (1er i 3er quartil) dins de cada subgrup segons la característica d'interès. A més, es mostra el p-valor del test de Wilcoxon (o Kruskal-Wallis si es comparen més de dos grups) d'igualtat de distribució entre grups ($p < 0.05$ indicadora de diferències estadísticament significatives entre els grups, segons el test).

Resultats

A la taula 23, analitzem les diferents escales segons els adolescents estudiats tinguin o no facilitat d'accedir a Internet. Observen que la majoria de la mostra analitzada té facilitat per accedir, i comparant-la amb el grup la mostra dels que no en tenen, no observem diferències estadísticament significatives.

Taula 23. Puntuacions en les diferents escales sobre el VIH i MTS, segons tenir facilitat d'accés a Internet.

	No (n=14)	Si (n=277)	p-valor
Escala de coneixement sobre VIH i altres ITS			
Coneixement transmissió VIH	4.00 [2.20, 5.06]	3.89 [2.82, 5.44]	0.494
Coneixement altres ITS	0.00 [0.00, 0.00]	0.00 [0.00, 0.00]	0.499
Coneixement general VIH	4.46 [3.25, 5.57]	4.24 [3.39, 5.52]	0.914
Coneixement preservatiu	5.17 [3.79, 5.95]	5.09 [3.84, 5.84]	0.821
Coneixement prevenció VIH	4.55 [3.24, 5.40]	4.19 [3.16, 5.62]	0.984
Actituds cap al VIH			
Actitud cap al condó quan hi ha obstacles	55.85 [41.82, 76.54]	59.87 [44.08, 77.41]	0.886
Actitud cap a la prova de detecció del VIH	66.67 [66.67, 66.67]	66.67 [66.67, 85.26]	0.130
Actitud cap al condó	66.67 [56.86, 82.22]	66.67 [56.03, 77.30]	0.745
Actitud cap a les persones que viuen amb VIH / Sida	46.18 [44.97, 65.67]	43.40 [33.33, 55.03]	0.222
Ansietat per la salut			
Por a emmalaltir	30.03 [16.04, 35.35]	28.53 [21.54, 38.17]	0.481
Conseqüències negatives de tenir una malaltia	23.14 [10.59, 29.84]	20.67 [9.46, 35.37]	0.939
Por a la Sida			
Por a la infecció	23.55 [16.68, 29.98]	18.04 [10.33, 24.73]	0.149
Por altres /evitació	66.66 [64.69, 73.36]	72.30 [63.72, 79.07]	0.164

Es mostra, per a cada escala, la mitjana i el rang interquartil (1er i 3er quartil) dins de cada subgrup segons la característica d'interès. A més, es mostra el p-valor del test de Wilcoxon (o Kruskal-Wallis si es comparen més de dos grups) d'igualtat de distribució entre grups ($p < 0.05$ indicadora de diferències estadísticament significatives entre els grups, segons el test).

Resultats

Es planteja com influeix la dificultat en l'ús d'internet, en els adolescents.

La mostra no és gaire representativa ja que pocs adolescents tenen problemes en accedir a Internet, i encara que a casa no en tinguin internet, poden accedir-hi a les biblioteques, col·legis, o via el wifi del mòbil.

Tot i així, es pot fer la comparativa per descartar possibles relacions. No obstant amb els valors de significació de la taula no es pot afirmar que hi hagi diferències significatives entre els dos grups. Per tant, la influència de dificultat en l'ús d'Internet no és important.

Taula 24. Puntuacions en les diferents escales sobre el VIH i MTS, segons la via d'accés habitual a Internet.

	Mòbil (n=234)	Ordenador (n=50)	Tablet (n=5)	Otros (n=2)	p-valor
Escala de coneixement sobre VIH i altres ITS					
Coneixement transmissió VIH	3.84 [2.56, 5.16]	3.87 [2.91, 6.36]	6.76 [6.53, 6.80]	1.28 [0.64, 1.92]	0.002
Coneixement altres ITS	0.00 [0.00, 0.00]	0.00 [0.00, 0.00]	0.00 [0.00, 2.31]	0.00 [0.00, 0.00]	0.524
Coneixement general VIH	4.35 [3.58, 5.51]	4.10 [3.23, 5.67]	6.11 [4.08, 6.52]	0.88 [0.44, 1.32]	0.041
Coneixement preservatiu	5.11 [3.96, 5.84]	4.43 [3.49, 5.83]	6.64 [5.82, 7.12]	1.32 [0.66, 1.98]	0.016
Coneixement prevenció VIH	4.19 [3.21, 5.51]	4.00 [2.20, 6.41]	5.91 [4.33, 6.05]	2.83 [1.42, 4.25]	0.679
Actituds cap al VIH					
Actitud cap al condó quan hi ha obstacles	60.74 [44.08, 77.41]	56.87 [44.08, 74.41]	61.61 [33.33, 66.67]	26.94 [23.74, 30.13]	0.146
Actitud cap a la prova de detecció del VIH	66.67 [66.67, 85.26]	68.59 [66.67, 85.26]	66.67 [51.93, 85.26]	59.30 [55.61, 62.98]	0.358
Actitud cap al condó	66.67 [57.26, 77.30]	66.67 [52.48, 80.60]	64.80 [38.51, 66.67]	52.59 [49.57, 55.60]	0.180
Actitud cap a les persones que viuen amb VIH / Sida	42.19 [33.33, 55.03]	45.57 [33.33, 57.12]	50.17 [46.18, 55.03]	34.11 [27.30, 40.93]	0.706
Ansietat per la salut					
Por a emmalaltir	28.53 [21.51, 37.45]	28.62 [21.29, 36.07]	24.75 [21.12, 38.17]	66.45 [54.15, 78.76]	0.249
Conseqüències negatives de tenir una malaltia	18.92 [6.99, 33.33]	23.65 [16.34, 36.54]	30.86 [27.37, 40.03]	83.84 [75.76, 91.92]	0.029
Por a la Sida					
Por a la infecció	18.01 [10.76, 25.09]	18.36 [9.69, 27.40]	20.29 [15.74, 21.79]	43.87 [38.99, 48.76]	0.181
Por a altres/evitació					
	72.17 [63.20, 78.90]	71.92 [65.80, 79.16]	79.69 [73.10, 82.30]	70.88 [69.25, 72.52]	0.676

Es mostra, per a cada escala, la mitjana i el rang interquartil (1er i 3er quartil) dins de cada subgrup segons la característica d'interès. A més, es mostra el p-valor del test de Wilcoxon (o Kruskal-Wallis si es comparen més de dos grups) d'igualtat de distribució entre grups ($p < 0.05$ indicadora de diferències estadísticament significatives entre els grups, segons el test).

Resultats

La taula 25 pretén comparar la influència de la consulta d'informació sobre sexualitat a Internet respecte els diferents aspectes que s'han anat discutint en l'apartat de resultats.

Les mostres estan força repartides i això fa que la representació mostral sigui força bona. Les conclusions que es poden extreure estan ben representades entre els dos grups.

En quant a resultats, es pot observar com el contrast d'hipòtesis revela diferències significatives en un sol aspecte. Aquest és el coneixement de la transmissió del virus de la Sida.

Si s'observa en detall, la mitjana i el quartil 1 són molt semblants. En canvi, tenim una major dispersió en el primer grup (els valors del quartil 3 són 6.46 respecte 4.81).

Encara que el resultat sigui significatiu respecte de l'estadístic de contrast (p -valor = 0.037) els valors de valor central són semblants. És la dispersió (IQR) la responsable de distribucions diferents, i per tant, un p -valor significatiu.

Per aquest motiu es pot afirmar que les diferències no són importants.

Resultats

Taula 25. Puntuacions en les diferents escales sobre el VIH i MTS, segons es consulti o no informació sobre sexualitat a Internet.

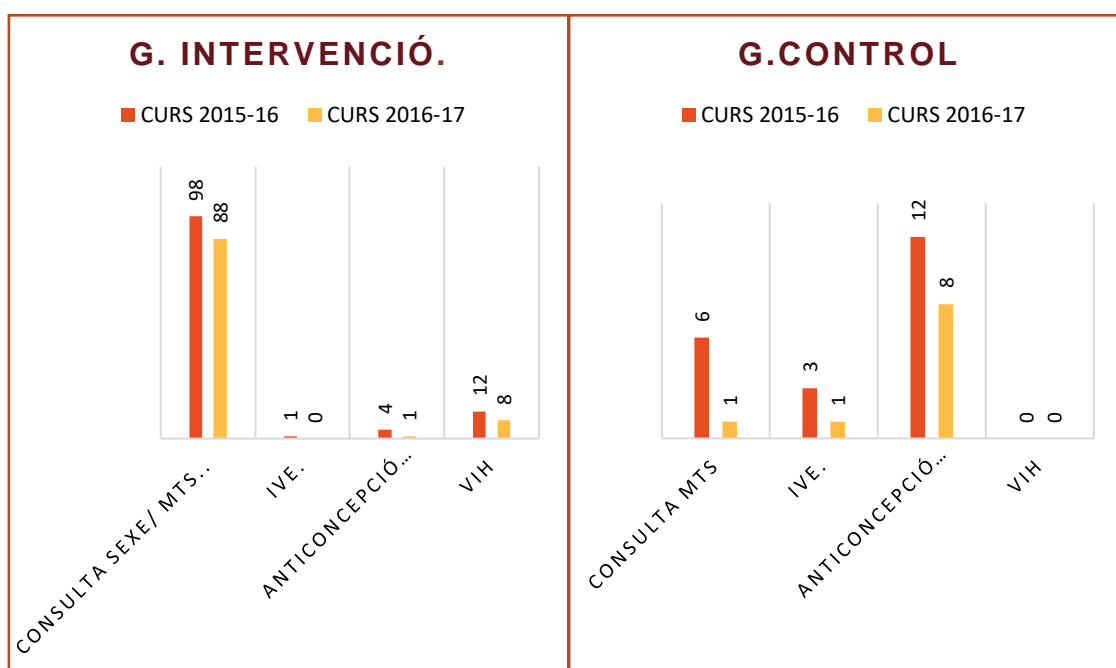
	No (n=104)	Si (n=188)	p-valor
Escala de coneixement sobre VIH i altres ITS			
Coneixement transmissió VIH	3.89 [2.87, 6.46]	3.84 [2.56, 4.81]	0.037
Coneixement altres ITS	0.00 [0.00, 0.00]	0.00 [0.00, 0.00]	0.635
Coneixement general VIH	4.27 [3.34, 5.94]	4.25 [3.48, 5.27]	0.355
coneixement preservatiu	5.12 [3.76, 5.96]	5.07 [3.86, 5.83]	0.782
Coneixement prevenció VIH	4.43 [3.19, 5.96]	4.19 [3.16, 5.43]	0.176
Actituds cap al VIH			
Actitud cap al condó quan hi ha obstacles	66.67 [44.08, 77.69]	56.87 [44.08, 74.41]	0.382
Actitud cap a la prova de detecció del VIH	66.67 [66.67, 85.26]	66.67 [66.67, 85.26]	0.609
Actitud cap al condó	66.67 [59.16, 76.04]	66.67 [54.60, 80.60]	0.349
Actitud cap a les persones que viuen amb VIH / Sida	44.97 [33.33, 55.03]	42.19 [33.33, 55.03]	0.460
Ansietat per la salut			
Por a emmalaltir	27.67 [20.20, 34.98]	28.90 [21.89, 38.70]	0.164
Conseqüències negatives de tenir una malaltia	19.29 [8.84, 32.79]	23.14 [9.46, 35.99]	0.269
Por a la Sida			
Por a la infecció	16.11 [9.27, 22.79]	18.50 [11.16, 26.08]	0.107
Por altres/evitació	72.83 [66.95, 79.59]	71.66 [62.74, 78.84]	0.190

Es mostra, per a cada escala, la mitjana i el rang interquartil (1er i 3er quartil) dins de cada subgrup segons la característica d'interès. A més, es mostra el p-valor del test de Wilcoxon (o Kruskal-Wallis si es comparen més de dos grups) d'igualtat de distribució entre grups ($p < 0.05$ indicadora de diferències estadísticament significatives entre els grups, segons el test).

Resultats

Objectiu 2.2 - 2 FASE Analitzar l'efecte de la intervenció educativa sobre MTS, IVE, anticoncepció d'urgència, i VIH en les diferents etapes d'intervenció.

Figura 40: Efecte de la Intervenció educativa sobre MTS, IVE, AC d'urgència i VIH en diferents etapes de l'estudi.



S'analitza l'efecte de la intervenció educativa en els adolescents estudiats, pel que fa a l'administració de pastilles anticonceptives i embarassos no desitjats. En el grup d'intervenció, s'observa que durant el curs augmenta el nombre de consultes relacionades amb la sexualitat i amb la interrupció de l'embaràs - en el grup d'intervenció no es va realitzar cap interrupció -, disminueixen les anticonceptives i augmenten les preguntes relacionades amb el VIH.

En canvi, en el grup de control no s'aprecien tantes visites com en el grup d'intervenció. Fins i tot, disminueixen les consultes durant l'any següent de la intervenció, s'observa un augment de la sol·licitud de la pastilla anticonceptiva i no es realitza cap pregunta sobre el VIH.

CAPÍTOL 6: DISCUSSIÓ

6 DISCUSSIÓ.

Ja hem mostrat que el blog “Salut i Escola 2.0” és una eina molt útil de suport al programa “Salut i Escola” i que ajuda als adolescents a que estiguin informats en totes aquelles qüestions sobre la seva salut. A través de la intranet dels centres educatius i, de manera accessible, informa, promou i potencia un estil de vida saludable, pel que fa a sexualitat i afectivitat, aspectes que són objecte d'aquesta tesi. A continuació, presentem la discussió dels resultats obtinguts, d'acord als objectius plantejats en les diferents fases.

Els joves es socialitzen en un context de gran desenvolupament de les tecnologies i això facilita que estiguin familiaritzats / es amb el llenguatge i els formats de les TIC, i que sentin atracció per interactuar en aquest mitjà.

En aquest sentit, cal destacar que els joves que participen en el projecte manifesten sentir una especial atracció per la iniciativa, perquè inclou la novetat de treballar amb les TIC. Aquest és un aspecte diferenciador de les propostes anteriors en les que han participat.

Les formes de comunicació i les tecnologies de la informació, a través d'Internet, ens brinden un gran ventall de possibilitats per interactuar en la nostra comunitat. Algunes de les principals barreres per al seu ús són l'accés, els coneixements i les actituds de les persones davant els d'ordinadors i els telèfons mòbils, així com el volum d'informació i qualitat dels recursos. Davant d'aquestes dificultats és evident que el grup d'edat més entusiasta i seguidor de les noves tecnologies i d'Internet són els joves i els adolescents (Muñoz-Miralles et al., 2014).

Diferents projectes, com la web “Sexe jove” a Catalunya, o altres projectes per a la promoció de la salut sexual, com els que es desenvolupen a Argentina i Perú per a la prevenció del VIH (Sida) i per a la promoció de la salut i els drets sexuals i reproductius - SDSR - entre el jovent (Wang et al., 2009), aporten socialització en un context de gran desenvolupament de les noves tecnologies. Això facilita que el jovent estigui familiaritzat amb el llenguatge i els formats de

Discussió

les noves tecnologies i que senti atracció per interactuar en aquest mitjà (Rye et al., 2012).

Aquesta realitzat es sustenta en dades quantitatives, com són el nombre de visites a “Salut i Escola 2.0” (n=16.640). Aquest volum de visites és equivalent a tots els participants de l'estudi que viuen al Municipi i podem dir que és considerable, tenint en compte la població total d'adolescents que cursen 3er de la ESO.

El 76 % del nombre de visites es van realitzar al blog a través de la intranet dels IES. Aquest fet posa de manifest que els participants van accedir-hi majoritàriament des de l'IES del grup d'intervenció, i això demostra que tenir un link d'accés a informació des de l'IES, a través del qual poden consultar en cas de necessitat, és útil i ràpid, donat que inclou informació contrastada i és accessible les 24 hores del dia. Aquest blog els permet fer consultes de forma fàcil i és adaptable, pel que fa al format, al terminal que s'utilitzi, sigui tablet, ordinador o mòbil.

Podem dir que la literatura sobre webs i blogs, com a suport per a intervencions en aules, dins de programes de salut comunitària és pràcticament nul·la (Guillamón & Martínez, 2012). De fet, els diferents autors proposen en les seves conclusions continuar treballant aquest recursos digitals a nivell de promoció de salut, per això, ha estat difícil la comparativa d'estudis durant la realització d'aquesta tesi (Falguera, 2012).

El web “Sexe Jove” és una web que rep moltes visites i no només des d'Espanya. En l'últim informe veiem que el web “Sexe Jove” va rebre un total de 1.154.373 visites el 2014, amb una proporció de 80,68 % visites nacionals i amb una mitjana de 133 visites al dia. En contrapartida, el blog va tenir una mitjana de 832 visites al mes en el seu primer any, com a eina d'ajuda en les intervencions dins del Programa “Salut i Escola” dels IES.

Discussió

El blog és més utilitzat que la web, ja que els usuaris poden accedir-hi directament des de la intranet del propi IES, convertint-se, així, en un recurs de fàcil ús (Falguera, 2012).

Revisant l'històric de visites del web "Sexe Jove", i tal com es mostra en altres estudis i en les consultes obertes de "Salut i Escola", el coneixement del propi cos té especial interès per als joves. També és molt recurrent en l'històric de visites el tema sexting o el sexe virtual, donada la seva inexperiència i curiositat. Com bé afirma Falguera (2012), aquest tipus de consultes es valoren de forma positiva i els estudis revisats recomanen que els joves coneguin i utilitzin webs que incloguin informació verídica. Amb això s'evita que s'adquireixin coneixements que no són autèntics ni responsables, i que poden arribar a ser, fins i tot, enganyosos (Junco, Martín, García, & Pastor, 2008).

El blog "Salut i Escola" i el web "Sexe jove" són complementaris un de l'altre, en el tema sexualitat i afectivitat. La diferència és la gran quantitat d'informació que els adolescents poden consultar a través del blog: temes actuals del dia a dia, i informació contrastada i accessible des de la seva pròpia intranet.

Si necessiten preguntar sobre algun tema més específic, poden accedir al web "Sexe jove" des del blog, i xatejar, de manera ràpida i còmoda, amb una llevadora. També poden acudir al centre d'Atenció Primària de forma presencial en cas de necessitat. Una altre avantatge del blog és que funciona com a complement de la consulta presencial, i les dades estan més actualitzades que les d'una web.

El 82 % dels temes més consultats en el blog són els relacionats amb la sexualitat, coincidint amb les consultes que es realitzen a través del web "Sexe jove". Alguns dels temes que més els preocupa són: la primera vegada, si estan preparats per tenir relacions sexuals, si els farà mal,... . Aquestes són preguntes que també es fan a les consultes obertes, sent el tema de la sexualitat el que més preocupa a les noies de 3er d'ESO.

Discussió

La sexualitat és un procés dinàmic i complex que comença quan naixem, es manifesta de diferents maneres al llarg de la nostra vida i involucra també els nostres sentiments, emocions i el procés de conformació de la nostra identitat (Gómez et al., 2015).

Altres de les consultes o inquietuds dels adolescents fan referència a la píndola del dia després - efectivitat, utilització i tot el que cal saber-, gènere i identitat sexual, orientació sexual i el gènere com a part fonamental del “qui som”, sexualitat, sexting, infeccions de transmissió sexual, etc.

Els beneficis de la utilització dels blogs en l'àmbit educatiu són diversos, per la seva senzillesa, comoditat i facilitat d'ús. Els més destacables són: és un excel·lent mitjà per al desenvolupament de la competència digital, ensenya a treure partit de la xarxa com a major font d'informació, i els alumnes aprenen a buscar, obtenir, processar i comunicar informació per transformar-la en coneixement (Oscar, Mathusalam, Manuel, & Hugo, 2010).

El blog també és una eina dinàmica, ja que el seu contingut es va actualitzant, i aquest dinamisme és el que generarà confiança i credibilitat en el programa “Salut i Escola”. La participació interactiva dels alumnes és un altre avantatge clau. L'alumnat realitza comentaris sobre el que es publica i obté informació sobre qui escriu sobre nosaltres en altres blogs, gràcies al feedback. Aquests comentaris permeten que es pugui generar un debat dins i fora del blog, amb la qual cosa, es pot aprofundir, encara més, en els temes d'interès dels adolescents. En definitiva, facilita l'autoconeixement de l'adolescent mitjançant el feedback que proporcionen els comentaris i crítiques de les publicacions (Pinya, Tur, & Rossell, 2016).

La possibilitat d'utilització d'eines multimèdia enriqueix i motiva el procés d'aprenentatge, i fa possible l'existència de noves formes de comunicació entre persones de dins i fora de la comunitat, així com de persones de tot el món, que s'uneixen per interessos comuns. Crea i referma els llaços d'unió entre alumnes, i entre professors i alumnes.

Discussió

Facilita el coneixement d'altres realitats i persones properes o llunyanes. Es trenquen les restriccions de temps i d'espai que imposa l'aula educativa (Moral, Martínez, & Neira, 2014).

Coincidint amb els estudis de Benavides i Pedró (2007), l'aprenentatge ja no és un procés que es desenvolupa en una etapa determinada de la vida, sinó que és un continu que comença des del moment mateix en què naixem i que continua al llarg de tota la vida. Però quines conseqüències té això per al sistema escolar? Fonamentalment, que l'educació formal ha de permetre adquirir i automatitzar unes destreses que proporcionin a tots els alumnes l'autonomia suficient per continuar aprenent al llarg de la vida.

En aquest context, les TIC tenen un paper principal si s'utilitzen amb sentit, acompanyant i afavorint el procés autònom de construcció del coneixement. La incorporació de les tecnologies pot suposar una nova forma d'ensenyament. Permet la creació de dipòsits de materials de promoció de salut que poden ser accessibles a un cost molt baix, que tendeix a zero quan es tracta de recursos oberts. Sunkel (2006), que va realitzar una revisió sobre les TIC a l'Amèrica Llatina, afirma que la dotació d'ordinadors i connectivitat a les escoles està reduint l'escletxa digital existent en aquestes societats, el què permet albergar esperances de que les TIC, juntament amb altres iniciatives socials i educatives, contribueixin a assolir les transformacions necessàries per a la promoció de conductes saludables (Oscar et al., 2010).

El coneixement dels trets de personalitat de joves i adolescents aporta una gran quantitat d'informació sobre la probabilitat de que facin servir, en excés, les xarxes socials i Internet. Això pot ser un element importantíssim en la planificació d'una intervenció a nivell escolar i familiar (Sádaba i Bringué, 2003).

Discussió

El blog “Salut i Escola” és una eina dins de l'espai e-salut que va més enllà del pacient i professional, de la prevenció i l'assistència a la malaltia. És una eina no només pensada per als adolescents, sinó també per a les persones i per als professionals de la salut, per a la promoció de la salut i per a una atenció integral i comunitària.

És una eina que obre un nou camí en l'atenció a la salut dels adolescents, on l'espai presencial i l'espai virtual s'uneixen i es complementen, oferint un model d'atenció que, poc a poc, s'ha d'anar adaptant a les noves necessitats d'aquests temps. A més, les noves tecnologies s'adapten als mitjans existents, fent que diversos programes puguin complementar-se i potenciïn els seus recursos a través d'aquestes noves eines.

El professorat manifesta que l'ús de les TIC té beneficis molt positius per a la comunitat escolar. La seva alta implicació amb les TIC ha millorat la seva satisfacció personal, el rendiment en el seu treball i la relació amb l'alumnat. En general, afirmen que les TIC constitueixen una gran eina per a l'educació.

Estudis consultats posen de manifest que un 75% dels adolescents busca informació sobre salut a la xarxa, encara que la majoria ho fa en cercadors generals i no té criteris clars per diferenciar un recurs de qualitat d'un altre que no ho és. Malgrat això, Segons Guillamón (2012), Internet és la tercera font d'informació a la qual acudeixen els adolescents quan tenen una preocupació, després dels amics i els pares (Guillamón & Martínez, 2012).

Els objectius del projecte, en línia amb els “Adolescents en Xarxa” són: explorar l'ús d'Internet i les xarxes socials en benefici de la salut dels adolescents, així com conèixer les seves necessitats en relació amb la salut i la seva percepció de necessitat d'ajuda. Van dur a terme una anàlisi de necessitats a partir d'enquestes realitzades i d'entrevistes semiestructurades aplicades a estudiants d'entre 12 i 18 anys de 13 instituts d'ensenyament secundari de Catalunya.

Discussió

Segons aquesta anàlisi, els adolescents consultarien, prioritàriament, temes relacionats amb l'aspecte físic, la sexualitat, els problemes sentimentals, els amics, la família o l'escola, i l'estat d'ànim. Aquest estudi va ser presentat en el congrés *II International Congress of Clinical and Health Psychology on children and adolescents*. Les dades disponibles sobre com els agradaria als joves que fos un recurs en línia de salut dirigit a ells, l'anàlisi de les categories temàtiques a partir de l'enquesta i de les entrevistes realitzades revelen que els adolescents tenen molt clar el que volen: un recurs anònim i confidencial, amb un accés fàcil, privat i gratuït, on sigui present la figura d'un professional i també dels iguals.

Coincidint amb Guillamón (2012), els adolescents enquestats, malgrat la diferència de temps i l'avanç tecnològic, segueixen tenint molt clar que el que volen és un recurs que asseguri la confidencialitat, que sigui gratuït, còmode, ràpid, accessible. En aquest sentit, els recursos digitals són satisfactoris (Guillamón & Martínez, 2012).

Les enquestes dutes a terme a nivell nacional manifesten l'ús del telèfon mòbil, horaris d'utilització i tipus de connexió (Moral & Suárez, 2016). Aquestes dades coincideixen amb les dades obtingudes en aquesta tesi: el 100% dels alumnes estudiats disposen d'un telèfon mòbil i gairebé la meitat dels alumnes de 3er d'ESO manifesten que estan connectats a Internet entre 10 i 20 hores setmanals. A mesura que augmenta l'edat, el nombre d'hores augmenta de 20 a 30 hores setmanals, coincidint amb el nombre d'hores en que estan connectats a xarxes socials. Aquestes passen a més de 40 hores a la setmana, pel que fa a l'ús d'aplicacions com WhatsApp, per comunicar-se entre ells.

Guillamón en el seu estudi diu, que el 84,1% dels adolescents percebia la seva salut com a bona o molt bona, el 70,9% considerava que havia tingut dificultats, principalment, amb relacions romàntiques, l'escola, els amics o la família, o bé se sentia ansiós o trist. Coincideix amb el nostre estudi, desglossat per gènere, la diferència de la percepció que tenen les noies i els nois respecte a la

Discussió

seva salut, ens diu que el 44 % de les noies té una percepció de salut molt bona i el 43% percep que és bona. En canvi, un 11 % dels nois perceben que la seva salut és molt bona i un 64 % que té bona salut. Seria interessar aprofitar aquesta diferenciació entre gèneres per indagar quins són els motius

D'acord amb l'anàlisi de les consultes realitzades per part dels adolescents en els 11 anys del Programa "Salut i Escola", sabem que els nois estudiats consulten sobre temes d'abusos sexuals, en un 86 %; sobre exercici, en un 72 %; i sobre tabac, en un 81 %. Sobre els temes que consulten les noies, els més estadísticament significatius són: abusos sexuals, en un 92 %, bellesa, en un 90 %, sexe, en un 63 % i tabac, en un 62 %.

Coincidim també amb Guillamón (2012) també en que els beneficis més valorats van ser la recerca d'informació útil i els consells, conèixer a altres persones amb problemes similars, l'anonimat, la confidencialitat i la gratuïtat. Entre els desavantatges, destaquem que alguns adolescents preferien el contacte cara a cara, i la desconfiança respecte a que es coneguessin els seus problemes.

El telèfon mòbil apareix com una de les tecnologies que pot arribar a generar modificacions en l'estat d'ànim, ansietat, sentiment d'inseguretat invalidant, por a sortir sense ell, portar-lo a sobre, haver de tornar a buscar-lo si s'oblida i / o no ser capaç de fer res sense el mòbil (Sanches et al., 2008), en comparació amb Internet, especialment pel que fa a problemes relacionats amb el seu ús com a mitjà comunicatiu i emocional (Moral & Suárez, 2016b). Gairebé més de la meitat dels participants de l'estudi, a l'igual que es conclou en altres estudis que fan referència a l'ús del mòbil, prefereixen comunicar-se utilitzant el mòbil que fer-ho cara a cara. Fan servir el mòbil com a canal de distracció i confessen experimentar desajustos emocionals a causa d'aquesta tecnologia (Ishfaq, 2011).

Discussió

L'adolescència es caracteritza per tractar-se d'un període de desenvolupament i creixement, particularment en l'àrea de l'afectivitat i la sexualitat. Tot i que el desenvolupament afectiu sexual té lloc al llarg de tota la vida, en aquesta etapa es donen importants canvis en la persona. A Espanya, molts joves comencen a tenir les seves primeres relacions sexuals en aquestes edats. Aquest fet comporta nombrosos riscos per a la salut i el benestar dels nostres adolescents, com els embarassos precoços, les infeccions de transmissió sexual, les relacions sexuals forçades i els sentiments de decepció (Alfaro et al., 2015).

Morales (2015), va realitzar un dels seus estudis de tesi que respon a la necessitat de millorar la qualitat de les intervencions escolars de promoció de la salut sexual a Espanya, mitjançant estudis controlats i rigorosos. L'objectiu va ser avaluar l'eficàcia del Programa COMPAS, un programa escolar de promoció de la sexualitat saludable, que tenia per objectiu reduir el risc sexual en adolescents espanyols entre 15 i 18 anys.

Els centres educatius van ser assignats aleatòriament a les condicions experimentals: (1) grup experimental, que rebia COMPAS, i (2) grup control, sense intervenció. Es va avaluar l'eficàcia del programa a nivell intergrup (respecte al grup control) i intragrup (abans i després de la intervenció), i es va comparar l'eficàcia segons gènere i segons la condició d'estatus sexual (actiu / no actiu). D'igual manera que en la tesi que presentem, es van portar a terme intervencions escolars de promoció de la salut sexual, però amb nois de 3er d'ESO, utilitzant els mateixos qüestionaris que amb la tesi de Morales. La diferència rau en la metodologia i en l'ús del blog com a eina informativa per als adolescents.

Els resultats, d'acord amb els estudis nacionals i internacionals (Ariza et al., 2011), (Cerdà N., Diez, E. i Juárez, 1996), (Calatrava et al., 2012), van indicar que programes com el COMPAS, són eficaços a curt termini per incrementar el nivell de coneixements sobre VIH, promoure una actitud més favorable cap al

Discussió

VIH, en general i, en concret, cap a l'ús del preservatiu, quan hi ha obstacles per al seu ús, realitzar la prova de detecció del VIH i de les persones que viuen amb el virus, i mantenir una elevada intenció de fer servir el preservatiu (Ballester et al., 2015). Aquests resultats confirmen que és millor aplicar una intervenció que no aplicar-la, tal com es conclou 6en els estudis sobre què funciona en prevenció de VIH amb joves Espanyols (Espada et al., 2014).

L'eficàcia de l'estudi, a través del Programa COMPAS, va estar moderada pel gènere i l'estatus sexual, oferint millors resultats entre els adolescents que no eren sexualment actius, en front dels que sí ho eren, i entre les dones, en comparació amb els homes. Aquests resultats confirmen la importància d'aplicar intervencions de reducció del risc sexual en edats primerenques (García, 2014).

Així mateix, l'impacte de la intervenció a través del Programa COMPAS va ser superior en les dones que en els homes, coincidint amb altres estudis (Chhabra et al., 2010) i amb el de la nostra tesi.

Després de la intervenció, a les consultes del post-intervenció, les dones van presentar major coneixement sobre el VIH i van mostrar una actitud més positiva cap a l'ús del preservatiu quan hi ha obstacles i cap a les persones que viuen amb el VIH, d'acord amb la teoria de l'acció planejada (Ajzen, 1991).

Així doncs, seria esperable que les dones tinguessin una actitud més favorable cap a l'ús del preservatiu i, per tant, s'impliquessin en menys comportaments sexuals de risc que els homes. L'ús del preservatiu redueix el risc d'infecció pel VIH i altres ITS i és la forma de protecció que s'utilitza amb més freqüència. Els resultats obtinguts en estudis posen de manifest que l'actitud positiva (Chiclana & Chicote, 2015) cap a l'ús del preservatiu s'associa amb un menor risc sexual en dones. Així mateix, l'actitud positiva es relaciona amb una major probabilitat d'ús del preservatiu en la primera relació sexual en homes i és més elevada en les dones, en comparació amb els homes (Broaddus, Schmiege, & Bryan, 2011).

Discussió

La major actitud positiva cap a l'ús del preservatiu que s'observa en les dones en comparació amb els homes, també es va posar de manifest en altres estudis (Vouzounerakis, et al., 2013).

Encara que una major actitud positiva cap a l'ús del preservatiu no implica necessàriament una major conducta d'ús, recentment, en un estudi realitzat a Espanya es va mostrar que l'aplicació d'un programa de prevenció en adolescents com pot produir millores en les actituds, mantenint un alt nivell d'intenció cap a l'ús del preservatiu. Aquest fet coincideix amb el nostre estudi – és mostra una actitud positiva com a resultat de la metodologia implementada seguint el model d'Aran Antonovsky. És esperable, doncs, que els adolescents amb actituds positives cap a l'ús del preservatiu l'utilitzin i adoptin conductes sexuals saludables (Espada et al., 2013).

El Programa COMPAS, segons Morales (2015), ha estat el primer en avaluar una intervenció escolar de promoció de la salut sexual mitjançant un estudi controlat amb assignació grupal aleatòria, amb mostra d'adolescents procedents de diverses àrees geogràfiques d'Espanya. Es conclou que el COMPAS és eficaç, a curt termini, per millorar variables cognitives i actituds associades al risc sexual, i que fomenta una elevada intenció d'utilitzar el preservatiu entre els adolescents espanyols escolaritzats (Escribano, Morales, Orgilés, & Espada, 2015). Igual que els nostre estudi, a curt termini, a través del que s'observa, entre els adolescents estudiats, una elevada intenció a utilitzar el preservatiu.

Aquesta tesi ha utilitzat les mateixes enquestes validades que el Programa COMPAS, però amb una altra metodologia adaptada al programa de “Salut i Escola a Catalunya” i amb una altra forma d'intervenció que realitzem en els instituts. L'avantatge és l'aportació d'un blog complementari com a eina d'informació, el blog “Salut i Escola 2.0” dirigit als adolescents, professors i professionals de la salut, a disposició les 24 hores del dia.

Discussió

L'estudi COMPAS va mostrar un increment significatiu del nivell de coneixements sobre el VIH, i el seu efecte va ser major quan el programa era aplicat només per part d'experts. Aquests resultats podrien atribuir-se a una menor credibilitat dels iguals respecte als experts, tal i com assenyalen altres treballs (Durantini, Albarracín, Mitchell, Earl, & Gillette, 2006).

El grup aplicat per experts en l'estudi COMPAS va aconseguir promoure una actitud més favorable cap al VIH, en general i en concret, cap a l'ús del preservatiu, la prova de detecció del VIH i les persones que viuen amb el VIH respecte al grup de control. El grup que va rebre la intervenció per un expert i un igual, i el grup que únicament va ser impartit per experts, va promoure una actitud més favorable cap al preservatiu i la prova de detecció del VIH.

A diferència de l'estudi i dels professionals que impartien el Programa COMPAS, a Catalunya comptem amb els professionals d'infermeria del programa "Salut i Escola". En els 11 anys d'implementació del programa, a Catalunya, els infermers han resolt més del 83 % dels casos plantejats, podent afirmar que la seva presència en els IES aporta un gran valor a través de les seves intervencions dins les aules. Són professionals altament qualificats i preparats, i juguen amb l'avantatge de que són els professionals que coordinen i promouen aquestes intervencions de salut en els IES, oferint proximitat i confidencialitat i, consegüentment, promocionant la salut en els entorns IES.

Els resultats d'aquesta tesi revelen que després de la intervenció a les aules, es va mostrar un gran increment del nivell de coneixements sobre VHI i altres ITS, així com respecte a altres ítems dels qüestionaris. Aquests resultats es mantenen a curt i mig termini, tal com es demostra en el retest. Els participants segueixen mantenint un bon coneixement sobre les pastilles del dia de després i els embarassos no desitjats, i s'evidencia que en el grup intervenció s'ha requerit el seu ús, per la qual cosa es dedueix que han estat més previnguts. Es demostra, doncs, que a curt termini, la intervenció del programa i les aportacions del blog a les consultes realitzades son eficaces.

Discussió

S'evidencia el canvi de tipus de pregunta en la consulta oberta, respecte a afectivitat, sexe i sexualitat, per part del grup d'intervenció. En canvi, el grup de control segueix en la seva línia. Coincidim amb el context espanyol de la promoció de la salut sexual entre els escolars. Els resultats suggereixen que les intervencions tenen més èxit quan el facilitador és un expert, i en aquest cas, estem parlant d'un professional de la infermeria vinculat directament a l'IES. Considerant que la promoció d'hàbits saludables porta associat un cost de temps i esforç, la mostra sembla oferir resultats molt encoratjadors.

Els resultats analitzats han tingut en compte factors socioculturals i contextuals en la selecció del millor implementador del Programa, per a la intervenció del projecte del blog "Salut i Escola". En aquest cas, ha estat un professional d'infermeria i referent del programa "Salut i Escola" amb més de 10 anys d'experiència. El fet de ser referent de l'IES, ha fet que li hagi estat més senzill interaccionar amb els adolescents, conèixer les necessitats de l'IES, enfocar la metodologia de promoció de la salut.

A més a més ha pogut aportar un valor afegit a l'hora de poder valorar estratègies i línies de futur molt concretes dins d'aquest col·lectiu.

Aquesta tesi evidencia que la tendència dels adolescents és implicar-se, cada cop més i en edats cada vegada més primerenques, en comportaments sexuals de risc. A través de la utilització de les noves tecnologies els podem donar informació, per tal que puguin prendre consciència d'hàbits sans envers la sexualitat.

Aquest estudi d'intervencions dintre de l'aula, utilitzant el blog, afavoreix l'augment del coneixement i també les actituds cap a una sexualitat més conscient. A més, es posa a disposició tota la informació necessària sobre el temes tractats les 24 hores dels 365 dies, amb accés des del telèfon mòbil.

A Espanya s'han editat nombrosos programes educatius i de promoció afectiu-sexual, de fet, gairebé totes les comunitats autònomes n'han editat algun.

Discussió

Catalunya s'emporta (Escribano et al., 2015) el major percentatge de programes editats, no obstant això, pocs programes treballen les habilitats relacionades amb la prevenció de conductes de risc – objectiu d'aquesta tesi -, i mai han estat avaluades les intervencions que es realitzen als IES a través del programa “Salut i Escola”, per la qual cosa és difícil fer comparacions d'estudis.

6.2 Utilitat i aplicabilitat dels resultats

Els adolescents en general tendeixen a mantenir relacions sexuals completes a edats cada vegada més primerenques, situant-se a l'inici de l'etapa d'ESO.

Aquest fet és conseqüència de la bretxa generacional, de la manca de comprensió de la generació de migrants tecnològics sobre els usos i els nous codis de socialització i de la vivència de la sexualitat dels nadius tecnològics (Ribes Hernández, 2016). A més, l'aparició de noves aplicacions és frenètica i els adults migrants no tenen capacitat per actualitzar-se i controlar com els seus fills fan ús de les TICS per a les pràctiques sexuals (Ribes Hernández, 2016).

L'entorn escolar és un factor que es pot modificar. Per això, s'han de realitzar intervencions d'educació sexual abans de que s'iniciïn les primeres relacions sexuals. Cal sensibilitzar al col·lectiu de professionals de la responsabilitat com educadors i del paper formatiu que tenen en el tema de les xarxes socials, fomentant la seva participació. Seria útil realitzar estudis qualitius.

El blog és una eina dinàmica, ja el seu contingut es va actualitzant, o s'hauria de fer amb freqüència, almenys un cop per setmana. Que el contingut sigui actual generarà confiança i credibilitat al Programa “Salut i Escola”.

Aporta valor i informació de franc. Els adolescents es senten atrets per les coses gratuïtes i si els dones consells o informació útil ho agraeixen. Això fa que confiïn en tu com a infermer, i en els consells i serveis que els proporciones.

Discussió

Si s'actualitza el contingut amb publicacions útils, curioses, amenes, es reconeix que el blog és un lloc actiu i interessant per als internautes i que genera conversa. En un blog els lectors tenen la possibilitat de comentar el que han llegit i això és molt important, perquè ens dóna dades sobre quines són les seves preocupacions i interessos.

Els continguts del blog es comparteixen de forma automàtica en les xarxes socials i, d'aquesta manera, s'obre molt més el ventall del públic al qui es vol arribar.

CAPÍTOL 7: LIMITACIONS DE L'ESTUDI I LÍNIES D'INVESTIGACIÓ FUTURES

Limitacions de l'estudi i línies de futur

A partir dels resultats d'aquest estudi, s'identifiquen algunes limitacions i es proposen línies d'investigació futures. proposant possibles solucions als problemes ja detectats.

7.1 LIMITACIONS DE L'ESTUDI

Durant la realització d'aquest estudi, s'han trobat diverses dificultats.

En primer lloc, la mostra objectiu d'aquesta tesi són adolescents escolaritzats amb una edat i curs concret, de manera que els resultats i conclusions poden no ser generalitzables a altres grups d'adolescents. Es proposa ampliar la mostra en futurs estudis.

En segon lloc, les diferències per gènere en els factors de risc i protectors del risc sexual, i comportaments sexuals, assenyalen el valor de l'abordatge preventiu diferencial, per sexes. En aquesta línia, recomanen aplicar intervencions qualitatives de promoció de la salut afectivo-sexual considerant la variable de gènere.

En tercer lloc, el fet que no s'hagi tingut un xat per poder interactuar o correu electrònic amb els adolescents ha limitat el nivell de coneixement que altres estudis fan al respecte. Per a aquest estudi, s'ha disposat d'una eina de prova per al Programa "Salut i Escola" que va ser validada pel Departament de Salut, sempre assegurant la protecció de dades al tractar-se d'usuaris menors - llei 14/2010, de 27 de maig, dels drets i les oportunitats en la infància i l'adolescència-. Per evitar conflictes es va decidir, des de Comunicació de Presidència del Departament, no incorporar cap xat ni correu electrònic.

Una altra limitació, pel seu biaix, és el fet que l'autor de la tesi és el mateix que ha realitzat la intervenció i el referent del Programa "Salut i Escola" dels dos IES, malgrat s'hagi seguit la mateixa dinàmica de treball en la consulta d'infermeria del que és l'habitual.

Limitacions de l'estudi i línies de futur

Els càlculs de puntuacions de les escales s'ha obtingut no mitjançant la suma no ponderada dels ítems, com és habitual, sinó mitjançant la suma ponderada per les càrregues factorials publicades en els respectius articles d'exploració de l'estructura factorial dels instruments. Aquest mètode de càlcul, no només obté unes puntuacions amb major significació de les variables latents, al ponderar per la importància de l'ítem en la sub-escala, sinó que, a la pràctica, facilita puntuacions més contínues.

Finalment, cal avaluar l'eficàcia del blog "Salut i Escola" i les intervencions a llarg termini, i amb una mostra més gran, i determinar el seu impacte en els comportaments sexuals de risc, a llarg termini.

LÍNIES DE FUTUR

7.2 LÍNIES DE FUTUR

Cal assenyalar que en el futur seria important poder avaluar si l'efecte demostrat de la intervenció es manté a més llarg termini, per exemple, en el batxillerat, o els primers anys de l'edat adulta.

Per a futures línies d'investigació seria adequat realitzar aquest tipus d'estudis amb mostres més àmplies i amb major diversificació en criteris d'edat, així com aprofundir en l'anàlisi dels perfils dels adolescents que presenten usos problemàtics d'aquestes tecnologies. Haurien també d'encaminar-se a avançar en l'estudi de com afecten altres factors de risc, incidint en la presa de decisions, l'autoeficàcia i l'expressió i maneig d'emocions, entre d'altres.

Caldria analitzar l'efecte de la intervenció en diferents subgrups d'escolars, en funció de la seva percepció i actitud cap la sexualitat, i noves línies de recerca, incloent-hi la incorporació de noves tecnologies com APP, que haurien de ser

Limitacions de l'estudi i línies de futur

Testades, per tal de complementar de forma eficaç i eficient les actuals estratègies d'intervenció en aquest camp.

Cal destacar que s'haurien d'avaluar les intervencions que realitzem a les escoles pel que fa a la promoció de la salut, com és la de la present tesi, ja que això donaria més pes i força a les intervencions que es realitzen, i enfortirien l'evidència científica que resulta escassa en aquest camp.

El blog "Salut i Escola" ha demostrat ser una eina útil per a les infermeres del Programa "Salut i Escola" i accessible per als nostres adolescents. El fet de poder tenir tota la informació en els propis IES fa que es puguin prescriure consells de salut dirigits a la població d'adolescents, donant com a resultat que aquests estiguin informats sobre els temes que més els preocupen. També aporta informació i contingut a pares, professors i professionals de la salut.

Permet establir una diagnosi sobre la situació de la nova eina d'ajuda al Programa "Salut i Escola" i podem destacar com a línia de futur:

Implementar a la xarxa i per a tota Catalunya un portal WEB "Salut i Escola", amb recursos de salut adreçats a cobrir necessitats i adreçat als adolescents, infermeres referents del Programa i professors.

Explorar l'ús d'Internet i de les xarxes socials, conèixer quines són les seves preocupacions en salut i coneixements, i la seva percepció de necessitat d'ajuda.

La implantació d'aquest projecte com una nova eina del Programa "Salut i Escola" podria facilitar i augmentar l'accés dels adolescents als recursos socio-sanitaris disponibles. Aquest recurs, de relativament baix cost, podria complementar la tasca dels professionals sanitaris vinculats als centres escolars, i en els casos en què el professional d'infermeria no estigui present, donat l'actual marc econòmic, podria cobrir les necessitats dels joves i vincular-los als centres de salut més propers i als recursos de la seva zona.

Limitacions de l'estudi i línies de futur

Tenint en compte l'informe del Programa "Salut i Escola" dels últims 11 anys amb més de 190.000 visites, es tracta d'un projecte que pretén millorar la salut dels adolescents, mitjançant un recurs tecnològic de fàcil accés i maneig per a ells, i que és integrable en el seu dia a dia.

Aquest recurs potencia l'adquisició d'habilitats socials, la competència en la comunicació i la resolució de conflictes, incideix positivament en la responsabilitat, en l'autoestima i en la presa de decisions, i facilita la pràctica de les habilitats adquirides

CAPÍTOL 8: CONCLUSIONS

8 CONCLUSIONS

La present investigació assolix els objectius proposats i confirma la hipòtesi que ens plantejem, la realització d'intervencions de promoció i prevenció de conductes de risc a les aules, a més de l'accés al blog Salut i Escola 2.0 con a eina de suport, augmenta el nivell de coneixement sobre la sexualitat i mètodes anticonceptius, millora la percepció de risc de malalties de transmissió sexual, ansietat per la salut i embarassos no planificats. En general, es milloren les condicions òptimes de salut sexual en els adolescents.

A continuació presentem les conclusions principals que fan referència als objectius generals de l' estudi.

En relació amb el primer objectiu, s'ha dissenyat i implementat el blog "Salut i Escola 2.0" com a complement de l'atenció presencial dins el "Programa Salut i Escola" (<https://salutiescola.wordpress.com>).

L'elevat nombre de visites al blog, demostra que és una eina molt utilitzada per als adolescents, i que aquests la utilitzen per obtenir informació sobre els temes que més els preocupa: relacionats amb la sexualitat, l'afectivitat, el sexe, el sexting i malalties de transmissió sexual. La majoria de les visites les fan a través de l'accés a la intranet des de el propi IES.

La totalitat dels adolescents enquestats fan servir Internet i ho fan a través del seu telèfon mòbil. La meitat es connecten entre 20 i 35 hores per setmana, i l'utilitzen per descarregar-se música, vídeos, etc., també per contactar a través de missatgeria amb amics. El 32% dels joves es connecten a una xarxa social més de 40 hores a la setmana.

L'ús d'Internet augmenta amb l'edat, sobretot en noies. Pel que fa a la cerca d'informació sobre salut, tots el adolescents busquen unes quantes vegades a l'any informació, i més del 79 % ho fan diversos cops per setmana. El 99 % de noies busquen informació sobre sexe i sexualitat, el 98 %, sobre aspecte físic,

Conclusions

el 78 %, sobre alimentació, el 84 %, sobre ansietat, el 90 %, sobre bullying, el 78 %, sobre abús físic.

En canvi, els nois realitzen més cerques sobre salut, un 82 % sobre sexe, un 84 % sobre drogues, un 68 % sobre alcohol, i un 82 % sobre bullying.

Els joves estudiats tenen un concepte ampli de la salut que inclou un component físic i un component emocional de gran importància per a ells. La major part dels joves declara que, la seva salut és bona o molt bona. Per gènere, les noies, un 53 % té una percepció de salut molt bona, i el 45 % una percepció bona, en canvi, els nois només un 11 % perceben la salut com a molt bona, i un 82 % perceben la salut com a bona.

A través de les tecnologies de la informació els adolescents manifesten les seves conductes, les seves pors, les seves formes de ser i estar, i de relacionar-se entre ells. És per això que busquen informació sobre temes de salut a través d'Internet i no de manera presencial, perquè és: gratuït (95%), confidencial (92%-97%) - amb la consegüent auto-confiança que suposa -, còmode (88%-89%), ràpid 68%-84% i de fàcil accés.

Els adolescents manifesten que s'inicien sexualment a una edat més primerenca que en el passat, i diuen tenir major nombre de parelles sexuals. Hi ha una tendència creixent de risc de contraure ITS, donat que no tenen prou coneixement i mostren una actitud poc favorable cap a l'ús de mètodes de protecció.

A curt termini, "Salut i Escola 2.0", com a eina de suport, i la seva metodologia que utilitza, aconsegueix incrementar el nivell de coneixements sobre VIH, promoure una actitud més favorable cap al VIH i els mètodes de protecció, i incrementar la intenció d'utilitzar el preservatiu durant les relacions sexuals.

Conclusions

Pel que fa a la por a la infecció Sida , el mètode utilitzat ajuda a millorar actituds i conscienciació de manera més efectiva, disminuint l'ansietat i millorant l'estat de consciència d'altres pors com a emmalaltir d'una MTS, i la conscienciació d'utilització del preservatiu.

En general, el blog "Salut i Escola", com a eina de suport en promoció i prevenció de conductes de risc relacionades amb la sexualitat a l'escola, és efectiu per a la millora de la transmissió d'informació, l'entrenament d'habilitats i, en definitiva, l'educació sanitària.

Les xerrades de sexe dels pares als adolescents no solen ser un diàleg permanent, sinó xerrades puntuals, aquestes ajuden i també influeixen, sobretot, en l'ús del preservatiu i de la prevenció de les malalties, però, en canvi i curiosament, no tenen un pes important pel que fa a la disminució de l'ansietat o la por a contreure la sida. El blog permet consultar de forma permanent qualsevol dubte que els hi pot sorgir en qualsevol moment, sobre algun tema i resoldre de forma immediata reduint l'estat d'ansietat del adolescent.

El professional d'infermeria té una àmplia formació acadèmica que cobreix una gran varietat de temes de salut, a més, es troba en una posició ideal per treballar en col·laboració amb docents, familiars, centres d'atenció primària i altres professionals sanitaris.

Augmentar la presència del professional d'infermeria en els centres escolars seria un punt clau per generar estils de vida saludables en les comunitats escolars, així com per millorar la qualitat de vida dels estudiants, mitjançant l'aportació del seu treball i coneixement en matèria de salut.

Considerant que la intervenció avaluada en el present estudi va ser implementada per professionals d'infermeria, els resultats suggereixen que les intervencions de promoció de la salut i d'educació per a la salut a l'escola són més efectives si aquestes es realitzen amb la participació, la integració, la dinamització i la coordinació de professionals d'infermeria, tal com corroboren

Conclusions

diversos estudis (Valdivieso-López et al., 2005).

Podem dir que els adolescents tenen un bon concepte sobre la infermera de "Salut i Escola". A través d'aquest estudi, hem pogut constatar que tant nois com noies, a l'hora de demanar ajuda sobre qualsevol tema de salut, s'adrecen a la infermera, com la seva segona opció, darrere dels seus amics i abans que els seus pares. La integració de tots aquests anys de la infermera escolar en els instituts ha convertit el concepte de salut en un tema molt rellevant en els entorns dels IES.

"Salut i Escola 2.0", forma part d'una tendència innovadora, és una eina que s'incorpora dintre les anomenades tecnologies per a l'empoderament i la participació, i per a la promoció de la salut. Ajuda a l'autodeterminació i a la consecució real de valors personals, què tenen per objectiu la incidència social i l'autoralització personal. S'aprofiten d'uns estris de comunicació que s'han tornat habituals i que estan integrats en el dia a dia dels adolescents.

Com a principal conclusió d'aquesta tesi podem dir que una intervenció d'educació sanitària, implementada per professionals d'infermeria i integrada en els IES amb l'ajuda del blog - com a eina de suport tecnològic d'informació, accessible, amb informació contrastada i avalada per professionals sanitaris -, és eficaç a l'hora de prevenir conductes sexuals, malalties de transmissió sexual, augmentar i fomentar l'autoestima entre els nostres adolescents

CAPÍTOL 9: REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

Referències Bibliogràfiques

9. REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health promotion international*, 11(1), 11-18. <https://doi.org/10.1093/heapro/11.1.11>
- Azevedo, J. P., Favara, M., Haddock, S. E., López-Calva, L. F., Müller, M., & Perova, E. (2012). Embarazo adolescente y oportunidades en América Latina y el Caribe: sobre maternidad temprana, pobreza y logros económicos. *World Bank*, 83167(2), 6-7.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational behavior and human decision processes*, 50(2), 179-211.
- Alfaro, G. M., Vázquez, F. M. E., Fierro, U. A., Muñoz, M. M. F., Rodríguez, M. L., & González, H. C. (2015). Hábitos sexuales en los adolescentes de 13 a 18 años. *Pediatría Atención Primaria*, 17(67), 217–225. <http://doi.org/10.4321/S1139-76322015000400003>.
- Almedom, A. M. (2005). Resilience, hardiness, sense of coherence, and posttraumatic growth: all paths leading to “light at the end of the tunnel”? *Journal of Loss and Trauma*, 10(3), 253-265. <http://doi.org/10.1080/15325020590928216>.
- Almenara, J. C. (2016). ¿Qué debemos aprender de las pasadas investigaciones en Tecnología Educativa?. *Revista Interuniversitaria de Investigación en Tecnología Educativa*. <https://doi.org/10.6018/riite/2016/256741>
- Álvarez Álvarez I, Aguinaga Ontoso I, Marín Fernández B, Guillén Grima F, Niu H. [Cross-sectional study of factors influencing adherence to the Mediterranean diet in pregnancy]. *Nutricion Hospitalaria*. 2015 Apr;31(4):1845-1852. DOI: 10.3305/nh.2015.31.4.8420. PMID: 25795979.
- Arab, L. E., & Díaz, G. A. (2015). Impacto de las redes sociales e internet en la adolescencia: aspectos positivos y negativos. *Impacto de Las Redes Sociales e Internet En La Adolescencia*, 26(1), 7–13. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2014.12.001>.
- Ariza, C., Villalbí, J. R., Sánchez-Martínez, F., & Nebot, M. (2011). La evaluación del proceso en relación con la evaluación de la efectividad: experiencias de programas en el medio escolar. *Gaceta Sanitaria*, 25, 32-39. [https://doi.org/10.1016/S0213-9111\(11\)70006-1](https://doi.org/10.1016/S0213-9111(11)70006-1).
- Asociación Madrileña de Enfermería en Centros Educativos. (2010). Perfil de la enfermería escolar. Asociación Madrileña de Enfermería En Centros Educativos.
- Bailer, J., Rist, F., Müller, T., Mier, D., Diener, C., Ofer, J., ... Witthöft, M. (2013). Erfassung von Krankheitsangst mit dem short health anxiety inventory (SHAI) [German validation of the short health anxiety inventory (SHAI)]. *Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin*. 34, 378-398.
- Ballester-Arnal, R., Gil-Llario, M. D., Giménez-García, C., & Kalichman, S. C. (2015). What works well in HIV prevention among Spanish young people? An analysis of differential effectiveness among six intervention techniques. *AIDS and Behavior*, 19(7), 1157-1169. <https://doi.org/10.1007/s10461-014-0863-3>
- Beltrán, Á. (2013). Sexualidad y salud sexual en la construcción de las identidades de género y la orientación el deseo sexual en adolescentes. *Journal of Chemical*

- Information and Modeling*, 53(9), 1689–1699.
<https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>.
- Bernabeu, J., & Encarna, M. (1977). Historia de la Enfermería de Salud Pública en España (1860-1977).
- Bernete, F. (2010). Usos de las TIC, Relaciones sociales y cambios en la socialización de las y los jóvenes. *Revista de Estudios de Juventud*, ISSN-e 0211-4364, Nº. 88, 2010 (Ejemplar dedicado a: Juventud y Nuevos Medios de Comunicación), págs. 97-114(pp. 97–114). Inst. Retrieved from <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3254537>.
- Cabero Almenara, J., Barroso Osuna, J., Llorente Cejudo, M. D. C., & Yanes Cabrera, C. (2016). Redes sociales y Tecnologías de la Información y la Comunicación en Educación: aprendizaje colaborativo, diferencias de género, edad y preferencias. *RED. Revista de Educación a Distancia*, (51).<http://doi.org/10.6018/red/51/1>.
- Calatrava, M., López-Del Burgo, C., & de Irala, J. (2012). Factores de riesgo relacionados con la salud sexual en los jóvenes europeos. *Medicina Clínica*, 138(12), 534–540. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2011.07.020>.
- Carrobles, J. A., Gámez-Guadix, M., & Almendros, C. (2011). Funcionamiento sexual, satisfacción sexual y bienestar psicológico y subjetivo en una muestra de mujeres Españolas. *Anales de Psicología*, 27(1), 27–34. <https://doi.org/10.6018/analesps>
- Casado, L., & Valls, E. (2014). Estado actual de la salutogénesis en España . Quince años de investigación. *Enfermería Global*, 13(34), 384–394. <https://doi.org/10.6018/eglobal.13.2.165721>.
- Cerdà N., Diez, E. y Juárez, O. (1996). Prevenció de la sida a l'escola secundaria. Programa PRESSEC.Disseny i avaluació preventiva. Barcelona. Diputació de Barcelona. Servei de Salut Pública i Consum.
- Chhabra, R., Springer, C., Leu, C. S., Ghosh, S., Sharma, S. K., & Rapkin, B. (2010). Adaptation of an alcohol and HIV School-based prevention program for teens. *AIDS and Behavior*, 14(4 SUPPL.). <https://doi.org/10.1007/s10461-010-9739-3>.
- Chiclana, C., & Chicote, M. (2015). La necesidad de educar en sexualidad desde un enfoque holístico. In *XVI Congreso virtual de Psiquiatría.com*. Retrieved from https://www.researchgate.net/profile/Carlos_Chiclana/publication/273758997_La_Necesidad_de_Educar_en_Sexualidad_desde_un_Enfoque_Holstico/links/550aaf680cf290bdc10feb30.pdf.
- Cohen, J., Cohen, P., West, S. G., & Aiken, L. S. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (p. 567).
- Consejería de Sanidad, Consejería de Educación, J. y D. (2014). Boletín Oficial de la comunidad de Madrid, orden 629/2014, 1 de Julio, 629/2014(Bocm 2014 23 de julio), 173.
- Cornejo, A., Díaz, A., Díez, M., & Valín, R. E. (2015b). Vigilancia epidemiológica del VIH/sida. Situación en Europa y en España, 2013. *Boletín Epidemiológico Semanal*, 22(18), 249–256.
- Corominas, P., Prats, R., & Coll, M. (2008). Programa salut i escola: Guia d'implantació. *Departament de Salut, "Generalitat de Catalunya,"* 85. Retrieved from

http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/ambits_tematicos/per_perfiles/centres_educatius/programes_salut_i_escola/documents/arxius/salutescola.pdf.

- Costa, É., de Oliveira, E., Silveira, da, Santos, dos, & Mombaqué, W. (2017). Educación para la salud en el contexto escolar: estudio de revisión integradora. *Enfermería Global*, *Nº*, 46. <https://doi.org/10.6018/eglobal.16.2.235801>.
- Denno, D. M., Hoopes, A. J., & Chandra-Mouli, V. (2015). Effective strategies to provide adolescent sexual and reproductive health services and to increase demand and community support. *Journal of Adolescent Health*, *56*, S22-41. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.09.012>.
- Díaz, S., & Schiappacasse, V. (2011). ¿Qué y cuáles son los Métodos Anticonceptivos? *Instituto Chileno de Medicina Reproductiva*, 56–2. Retrieved from http://www.icmer.org/documentos/anticoncepcion/Que_y_cuales_son_met_antic_02_05_2011.pdf.
- Diego, V. (2015). Enfermería escolar. *TFG*.
- Diego, R. De, Fernández, G. E., & Badanta, R. B. (2017). Uso de las TIC para fomentar estilos de vida saludables en niños / as y adolescentes : el caso del sobrepeso Use of ICT to promote healthy lifestyles in children and adolescents : the case of overweight, *8*(1), 79–91.
- Disposiciones, C. O. (2014). *Bocm. Bocm*, 78–81. Retrieved from http://www.bocm.es/boletin/CM_Orden_Bocm/2014/07/23/bocm-20140723-18.pdf.
- García Polanco, M. D. (2014). Las conductas sexuales de riesgo de los adolescentes españoles. *RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA)*, *2*(2), 38–61. Retrieved from http://www.seapaonline.org/UserFiles/File/Revistas/Primavera2014/RqR_Primavera2014_ConductasSexuales.pdf.
- Durantini, M. R., Albarracín, D., Mitchell, A. L., Earl, A. N., & Gillette, J. C. (2006). Conceptualizing the influence of social agents of behavior change: A meta-analysis of the effectiveness of HIV-prevention interventionists for different groups. *Psychological bulletin*, *132*(2), 212. <http://doi.org/10.1037/0033-2909.132.2.212>.
- Echeburúa, E., & De Corral, P. (2010). Adicción a las nuevas tecnologías ya las redes sociales en jóvenes: un nuevo reto. *Adicciones*, *22*(2). <http://doi.org/10.20882/adicciones.196>.
- Encinar, A. (2015). Enfermería Escolar, La Situación Hoy En Día. *Rev. Enferm CyL*, *7*(1), 56–61.
- Escribano, S., Morales, A., Orgilés, M., & Espada, J. P. (2015). Influencia de la fidelidad de la implementación en la eficacia de un programa de promoción de la salud sexual con adolescentes. *Salud y drogas*, *15*(2).
- Espada, J. P., Ballester, R., Huedo-Medina, T., Secades-Villa, R., Orgilés, M., & Martínez-Lorca, M. (2013). Development of a new instrument to assess AIDS-related attitudes among Spanish youngsters. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, *29*(1), 83-89. <http://doi.org/10.6018/analesps.29.1.132301>.
- Espada, J. P., Gonzalez, M. T., Orgiles, M., & Morales, A. (2013). Multicomponent AIDS Phobia Scale validation with Spanish adolescents. *Behavioral Psychology-Psicología Conductual*, *21*(3), 449–+.
- Espada, J. P., Guillén, R. A., Morales, A., Orgilés, M., & Sierra, J. C. (2014). Validación de una escala de conocimiento sobre el VIH y otras infecciones de transmisión

- sexual en población adolescente. *Atención Primaria*, 46(10), 558–564. <http://doi.org/10.1016/j.aprim.2014.03.007>.
- Faílde, G. J. M., Lameiras, F. M., & Bimbela, P. J. L. (2008). Prácticas sexuales de chicos y chicas españoles de 14-24 años de edad. *Gaceta Sanitaria*, 22(6), 511–519. [http://doi.org/10.1016/S0213-9111\(08\)75347-0](http://doi.org/10.1016/S0213-9111(08)75347-0).
- Falguera, P. G. (2012). Análisis del uso de la web Sexe joves y wvaluación de una estrategia de mejora de la consulta virtual, basado en la formación complementaria de las enfermeras obstétrico-ginecológicas (matronas) que gestionan la web. Universitat de Barcelona.
- Fernández, A. M., Negrón McFarlane, M., González, R., Díaz, L., Betancourt-Díaz, E., Cintrón-bou, F., ... Villarruel, A. (2017). Actitudes hacia la comunicación sexual entre padres/madres y adolescentes en Puerto Rico. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 28(1), 80–95.
- Fernández, F., Rebolledo, D.-M., & Velandia, A. L. (2006). Salud escolar, ¿Por qué el profesional de enfermería en las escuelas españolas? *Hacia La Promoción de La Salud*, 11, 21–28. Retrieved from <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309126325004>.
- Folch, C., Álvarez, J. L., Casabona, J., Brotons, M., & Castellsagué, X. (2015). Determinantes de las conductas sexuales de riesgo en jóvenes de cataluña. *Revista Espanola de Salud Publica*, 89(5), 471–485. <https://doi.org/10.4321/1.1135.57272015000500005>.
- Folch, C., Fernández, Dávila, P., Ferrer, L., Soriano, R., Díez, M., & Casabona, J. (2014). Conductas sexuales de alto riesgo en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres según tipo de pareja sexual. *Enfermedades Infecciosas Y Microbiología Clínica*, 32(6), 341–349. <http://doi.org/10.1016/j.eimc.2013.09.017>.
- Fontanet, G., & Cuxart, N. (2010). La Enfermera virtual: Un proyecto TIC para la promoción de la salud. *Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada*, 2(1), 1–3. Retrieved from <http://pub.bsalut.net/risai/vol2/iss1/7>.
- Fortin, M., Hudon, C., Gallagher, F., Ntetu, A. L., Maltais, D., & Soubhi, H. (2010). Nurses joining family doctors in primary care practices: perceptions of patients with multimorbidity. *BMC family practice*, 11(1), 84. <http://doi.org/10.1186/1471-2296-11-84>.
- Garzon, F. A. (2016). la educación sexual, una asignatura pendiente en españa. *Revista Bio-Grafia Escritos Sobre La Biología y Su Enseñanza*, 9(16), 195-203. <http://doi.org/10.17227/20271034.vol.9num.16bio-grafia195.203>.
- Gasperi Romero, R. (2010). Investigación evaluativa del programa “Escuelas Promotoras de Salud”. *TEACS*, 77–92.
- Generalitat de Catalunya, D. de S. (2016). Informe de salut 2016. Retrieved from <http://salutweb.gencat.cat/informedesalut20016>.
- Gómez-Zapiain, J., Ortiz, M. J., & Eceiza, A. (2016). Disposición al riesgo en la actividad sexual de adolescentes: El rol de los modelos internos de apego, de las relaciones de apego con padres e iguales y de las dificultades de regulación emocional. *anales de psicología*, 32(3), 899-906. <http://doi.org/10.6018/analesps.32.3.221691>.
- Gómez Robles, J., & Domingo Pozo, M. (1999). Historia de la enfermería de salud pública en España. *Cultura de Los Cuidados: Revista de Enfermería y Humanidades*, ISSN 1138-1728, ISSN-e 1699-6003, N.º. 5, 1999, Págs. 20-28, (5), 20–28. <https://doi.org/10.14198/cuid.1999.5.04>.

- Gómez Suárez, R. T., Díaz Álvarez, M., Sainz Rivero, E. R., Gómez Ibarra, K., & Machado Rodríguez, R. (2015). Acciones educativas sobre aspectos de la sexualidad dirigidas a adolescentes. *Revista Cubana de Salud Pública*, 41(1), 0-0.
- González García, N., & López Langa, N. (2012). Antecedentes históricos y perfil de la enfermera escolar. *Metas de enfermería*, 15(7), 50-54.
- Guillamón Cano, N., & Martínez García, M. (2012). Uso de Internet y las redes sociales para la salud en adolescentes: Evaluación de necesidades para un servicio online de salud mental. *Tecnologías de La Comunicación, Jóvenes y Promoción de La Salud*, 100–115. Retrieved from <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4766983&info=resumen&idioma=eng>.
- Magalnick, H., & Mazyck, D. (2008). Role of the school nurse in providing school health services. *Pediatrics*, 121(5), 1052-1056. <http://doi.org/10.1542/peds.2008-0382>.
- Reyes, H., Enrique, V., Hernández Castro, V. H., & Aguila Gutierrez, Y. (2015). La promoción de salud en el ámbito escolar mediante la prevención de adicciones. *Revista Médica Electrónica*, 37(3), 246-262.
- Ishfaq, A. (2011). Mobile phone to youngsters: Necessity or addiction. *african journal of business management*, 5(32), 12512. <http://doi.org/10.5897/AJBM11.626>.
- Jiménez, J. C., & Bernal, F. C. (2011). usos de recursos tics en adolescentes: aprendizaje formal versus aprendizaje informal.
- Joventut, B. la, & Valenzuela, J. (2015). 3 Los estudios de juventud en el ámbito autonómico entre 1985 y 2015. Los Estudios Sobre La Juventud En España. Retrieved from http://www.injuve.es/sites/default/files/2016/36/publicaciones/INJUVE_110_WEB_OK.pdf#page=50.
- Junco Anós, E., Martín Perpiñán, C., García Mañas, A., & Pastor Ortiz, F. (2008). Salud sexual y reproductiva a través de internet. Análisis de una web dirigida a jóvenes y adolescentes. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*, 51(8), 445-452. [http://doi.org/10.1016/S0304-5013\(08\)72313-6](http://doi.org/10.1016/S0304-5013(08)72313-6).
- Kazis, L. E., Anderson, J. J., & Meenan, R. F. (1989). Effect sizes for interpreting changes in health status. *Medical care*, S178-S189. <http://doi.org/10.1097/00005650-198903001-00015>.
- Lavielle-Sotomayor, P., Jiménez-Valdez, F., Vázquez-Rodríguez, A., Del, M., Aguirre-García, C., Castillo-Trejo, M., & Vega-Mendoza, S. (2014). Impacto de la familia en las conductas sexuales de riesgo de los adolescentes. *Aportaciones Originales Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, 52(1), 38–43.
- Liberini, S., Rodríguez, G. E., & Romero, N. A. (2016). El rol de la autoestima, la personalidad y la familia en el consumo de alcohol en la adolescencia. *Psocial*, 2(1), 27–37.
- Lindström, B., & Eriksson, M. (2011). *Guía del autoestopista salutogénico: camino salutogénico hacia la promoción de la salud* (Vol. 1). Documenta Universitaria.
- López, N. (2015). ¿ Qué es la enfermería escolar ?. *Enfermería En Desarrollo*, 6, 1–7. Retrieved from <http://www.enfermeriaendesarrollo.es/index.php/en-profundidad/128-los-pioneros-de-la-enfermeria-escolar>.
- Luengo-Arjona, P., Orts-Cortés, M. I., Caparrós González, R. A., & Isabel Arroyo-rubio, O. (2007). Comportamiento sexual, practices de riesgo y anticoncepción en

- jóvenes universitarios de Alicante. *Enfermería clínica*, 17(2), 85-89. [http://doi.org/10.1016/S1130-8621\(07\)71774-6](http://doi.org/10.1016/S1130-8621(07)71774-6).
- Malagón, A. M. C., Fuentes, P. C., Suñer, S. R., Bonmatí, T. A., Fernández, P. R., & Bosch, F. C. (2012). El sentido de coherencia en el colectivo enfermero. *Enfermería Clínica*, 22(4), 214–218. <http://doi.org/10.1016/j.enfcli.2012.06.002>.
- Martínez, Á. M., Márquez, M. D. M. S., Martín, A. B. B., Jurado, M. D. M. M., Fuentes, M. D. C. P., & Linares, J. J. G. (2017). Revisión del uso de las nuevas tecnologías para la intervención en violencia de género en parejas de adolescentes. *European Journal of Child Development, Education and Psychopathology*, 4(1), 63-73. <http://doi.org/10.1989/EJPAD.V4I1.35>.
- Mateu i Serra, A. (2015). Salud en Todas las Políticas e intersectorialidad en la promoción de la salud: el Plan Interdepartamental de Salud Pública (PINSAP) de Cataluña. *Medicina Clínica*, 145, 34–37. [http://doi.org/10.1016/S0025-7753\(15\)30036-1](http://doi.org/10.1016/S0025-7753(15)30036-1)
- Melin, T. (2000). La enfermera y el médico escolar: una parte del trabajo de salud pública en Suecia. *Adolesc. latinoam*, 2(1), 23-25.
- Monsalve, L., Gallego, J., & Aguilar, J. M. (2013). Estudio analítico-comparado sobre las políticas educativas en educación para la salud en la Unión Europea. *Analytical and Comparative Study on Educational Policies in Health Education in the European Union.*, 5(2), 163–174.
- Moral, M., Villalustre, L., & Neira, M. (2014). Oportunidades de las TIC para la innovación educativa en las escuelas rurales de Asturias. *Aula Abierta*, 42(1), 61–67. [https://doi.org/10.1016/S0210-2773\(14\)70010-1](https://doi.org/10.1016/S0210-2773(14)70010-1).
- Moral, M. de la V., & Suárez, C. (2016). Factores de riesgo en el uso problemático de Internet y del teléfono móvil en adolescentes españoles. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 7(2), 69–78. <https://doi.org/10.1016/j.rips.2016.03.001>.
- Morales, A. S. (2015). *Promoción de la salud sexual en adolescentes españoles: análisis de factores de riesgo y evaluación de estrategias preventivas* (Doctoral dissertation, Universidad Miguel Hernández de Elche).
- Morell, V.M. , Ruiz, E.P. , Giménez, C.G., Castro, J.C., & Díaz, I.R.(2016). La influencia de la personalidad en la percepción de los cuidados sobre la salud de los jóvenes españoles. *International Journal of Developmental and Educational Psychology. Revista INFAD de Psicología.*, 2(1), 173-180.
- Morelli, M., Bianchi, D., Baiocco, R., Pezzuti, L., & Chirumbolo, A. (2016). Sexting, psychological distress and dating violence among adolescents and young adults. *Psicothema*, 28(2).
- Muñoz-Miralles, R., Ortega-González, R., Batalla-Martínez, C., López-Morón, M. R., Manresa, J. M., & Torán-Monserrat, P. (2014). Acceso y uso de nuevas tecnologías entre los jóvenes de educación secundaria, implicaciones en salud. Estudio JOITIC. *Atención Primaria*, 46(2), 77-88. <http://doi.org/10.1016/j.aprim.2013.06.001>.
- Navarro, A. B. (2016). *Sexualidad y salud sexual en la construcción de las identidades de género y la orientación del deseo sexual en adolescentes*. Universitat de Valencia (Spain).
- NASN. (2016). The role of the 21st century school nurse (position Statement). National Association O School Nurses, 173–178. Retrieved from <http://www.nasn.org/PolicyAdvocacy/PositionPapersandReports/NASNPositionStatementsFullView/tabid/462/ArticleId/87/Role-of-the-School-Nurse-Revised-2011>.

- Nebot, C., Pasarin, M., Canela, J., Sala, C., & Farga, E. (2016). Atención Primaria La salud comunitaria en los equipos de atención primaria : objetivo de dirección. *Atención Primaria*, 48(10), 642–648. <http://doi.org/10.1016/j.aprim.2015.10.009>.
- OMS. (2013). Infecciones de transmisión sexual. *Oms*, 1–6. [https://doi.org/10.1016/S1761-3310\(13\)64159-6](https://doi.org/10.1016/S1761-3310(13)64159-6).
- OMS. (2015). Infecciones de transmisión sexual.
- OMS. (2016). Situación de la salud, (2014), 15–16.
- Sierra, J. O. (2014). *Adolescencia. Evaluación del ajuste emocional y comportamental en el contexto escolar* (Doctoral dissertation, Universidad de La Rioja).
- Oscar, A., Mathusalam, P., Manuel, R., & Hugo, S. (2010). Las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) como estrategia de enseñanza-aprendizaje en la educación por ciclos propedéuticos. In *Congreso Iberoamericano de Educación* (pp. 1–20). Buenos Aires.
- Palomino, J. A. (2003). Un nuevo horizonte para el desarrollo de la educación sexual en el ámbito escolar. *Revista de Estudios de Juventud*, (63), 75–80.
- Pedro, J. P. E., Guillén-Riquelme, A., Morales, A., Orgilés, M., & Sierra, J. C. (2014). Validación de una escala de conocimiento sobre el VIH y otras infecciones de transmisión sexual en población adolescente. *Atención Primaria*, 46(10), 558-564. <http://doi.org/10.1016/j.aprim.2014.03.007>.
- Pérez, G., Rodríguez, M., Domínguez, F. B., Cabeza, E., & Borrell, C. (2014). Indicadores para monitorizar la evolución de la crisis económica y sus efectos en la salud y en las desigualdades en salud. Informe SESPAS 2014. *Gaceta Sanitaria*, 28, 124–131. <http://doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.03.009>.
- Pinya, C., Tur, G., & Rossell, M. R. (2016). Los blogs en la formación docente inicial. *Estudios Pedagógicos (Valdivia)*, 42(1), 223–233. <http://doi.org/10.4067/S0718-07052016000100014>.
- Plaza García, A. M., Molíns Santos, C., Ayuso de la Torre, B., Domínguez Peña, C., Martínez Sanz, M. J., & Simón Castell, A. (2007). La enfermera como educadora escolar. *Revista Rol de Enfermería*, 30(6), 9-12.
- Quintana Pantaleón, C. (2013). Sexualidad y anticoncepción en la adolescencia. *Pediatría Integral*, 17(3), 171–184.
- Ramos, C. M. C., & Villate, G. Y. P. (2012). La promoción de la salud en la primera infancia: evolución del concepto y su aplicación en el contexto internacional y nacional. *Revista de la Facultad de Medicina*, 60(1), 62-74.
- Repetto, T. E., & Pena, G. M. (2010). Las competencias socioemocionales como factor de calidad en la educación. *Revista Iberoamericana Sobre Calidad, Eficacia Y Cambio En Educación*, 8(5), 83–95.
- Ribes Hernández, C. (2016). Análisis del comportamiento de los adolescentes desde el punto de vista del sexting en Snapchat.
- Rivera, de los S. F., Ramos, V. P., Moreno, R. C., & Hernán, G. M. (2011). Análisis del modelo salutogénico en España: aplicación en salud pública e implicaciones para el modelo de activos en salud. *Revista Española de Salud Pública*, 85(2), 129–139. <http://doi.org/10.1590/S1135-57272011000200002>.
- Rodríguez, M. R. C. (2016). *Sentido de coherencia, expectativas de autoeficacia y dimensiones de personalidad en adolescentes portugueses* (Doctoral dissertation, Universidad de León).
- Rogers, L. (1917). *The School Nurse: a Survey of the Duties and Responsibilities of*

- the Nurse in Maintenance of Health and Physical Perfection and the Prevention of Disease Among School Children. *Journal of Chemical Information and Modeling*. <http://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>.
- Rojo, R. M., Rodríguez-Arias, C. M., Merchán, M. N., Galindo, A., Trujillo, J., Villa, J. M., ... Garvía, M. (2004). La enfermera escolar: una necesidad dentro del entorno educativo. *La Educación para la Salud en Extremadura*, 173-184.
- Ruiz Alcalá, C., García Marina, M. C., & González García, N. (2012). Gestión de un servicio de Enfermería Escolar. *Metas de Enfermería*, 15(8), 50–55.
- Rye, B. J., Meaney, G. J., Yessis, J., & McKay, A. (2012). Uses of the “Comfort with Sexual Matters for Young Adolescents” scale: A measure of erotophobia-erotophilia for youth. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 21(2), 91–101.
- Salud, O. M. de la. (1986). Carta de Ottawa para la promoción de la salud. *Promocion De La Salud*, 5. <http://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>.
- Salud, O. M. de la. (1991). III CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOCIÓN DE LA SALUD ENTORNOS PROPICIOS PARA LA SALUD Declaración de Sundsvall. ... *de La Salud. Organización Mundial de La Salud*. ..., 1–5.
- Sanchez-Carbonell, X., Beranuy, M., Castellana, M., Chamarro, A., & Oberst, U. (2008). La adicción a internet y al móvil: ¿moda o trastorno? *Adicciones*, 20(2), 149–159. <https://doi.org/10.20882/adicciones.279>.
- Sánchez Martínez, S., Gómez Hernández, T., & Concepción López, O. J. (2014). Sistema de acciones de promoción de salud para contribuir a la educación sexual en adolescentes. *System of Actions for Health Promotion to Contribute to the Sexual Education in Adolescents*, 18(4), 1–11. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=101067734&lang=es&site=ehost-live>.
- Santana F. Verdeja O. Olvides G. Fleitas R. (2006). Asociación entre Algunos Factores Psicosociales y el Inicio de las Relaciones Sexuales en Adolescentes Escolares. *Revista Cubana Medicina Integral*, 22(1), 1–7.
- Schumacher, C., & Rogers, L. (2002). Lina Rogers: A Pioneer in School Nursing. *Guest Editorial*, 18(5), 247–249.
- Sierra, J., & Zuriarrain, A. J. (1998). Escuelas Promotoras De Salud. *Cuadernos de Pedagogía*, (267), 17–22.
- Sistema Integrat de Vigilància Epidemiològica de VIH-ITS a Catalunya. (2015). Informe epidemiològic CEEISCAT. Agència de Salut Pública de Catalunya, 39–49. <http://doi.org/2385-6653>.
- Tesouro i Cid, M., Palomanes Espadalé, M. L., Bonachera Carreras, F., & Fernández Martínez, L. M. (2013). Estudio sobre el desarrollo de la identidad en la adolescencia. *Tendencias Pedagógicas*, ISSN 1133-2654, N° 21, 2013 (Ejemplar Dedicado a: Experiencias Innovadoras En Educación), Págs. 211-224, (21), 211–224.
- Teva, I., Bermúdez, M. P., & Ramiro, M. T. (2014). Satisfacción sexual y actitudes hacia el uso del preservativo en adolescentes: evaluación y análisis de su relación con el uso del preservativo. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 46(2), 127-136. [http://doi.org/10.1016/S0120-0534\(14\)70016-0](http://doi.org/10.1016/S0120-0534(14)70016-0).
- U.S. Department of Health and Human Services, Health Resources and Services Administration, M. and C. H. B., Pinelli, J., Mackley, A. B., Locke, R. G., Spear, M.

- L., Joseph, R., ... Donovan, D. O. (2013). Child Health USA 2013. *Early Human Development*, 35(October), 1–52. <https://doi.org/10.1007/s10826-013-9765-7>.
- Valdivieso López, A., Ledo Garcia, J., Barrera Uriarte, M., Rivera Bosch, G., Fuentes Bellido, C., & Muniain Diaz de Cerio, M. (2005). Efectividad de un programa comunitario integrado en la escuela para reducir la incidencia de tabaquismo entre los escolares de ESO. *NURE Investigación*, consultado de <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/229>
- Vázquez Fernández, M. E., Morell Bernabé, J. J., Cuervo Valdés, J. J., Fernández Segura, E., Garrido Torrecillas, F. J., López García, R., ... & Serrano Poveda, M. E. (2015). La web Familia y Salud como fuente de promoción de la salud de niños, familias y adolescentes. *Pediatría Atención Primaria*, 17(66), e117-e124.
- Vilar, C. B., Pons, R. M., Mora, M. G., Soler, I. N., & Barrofet, N. T. (2016). Salut en totes les edats, Salut en totes les polítiques.
- Wang, L., Valeriano, C., Cáceres, B., Villalba, L., & Vazquez, M. (2009). Promoción de la Salud y los Derechos Sexuales y Reproductivos y prevención del VIH/sida en jóvenes de sectores populares a través del uso de las Tecnologías de la Información y la Comunicación. *Revista Actualizaciones en SIDA*, 18(65), 151-160.
- WHO/FWC/MCA. (2014). Salud para los adolescentes del mundo. *OMS*, 1, 20. Retrieved from www.who.int/adolescent/second-decade.
- World Health Organization. (2006). Defining Sexual Health: Report of technical consultation on sexual health 28-31 January 2002, Geneva. *Sexual Health Document Series*, (January), 0–30.
http://doi.org/http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf.
- Zapata, R. (2015). Necesidad de enfermera escolar y educación para la salud en el ámbito escolar: una revisión bibliográfica. Retrieved from <http://tauja.ujaen.es/handle/10953.1/1580>.

CAPÍTOL 10: DIFUSIÓ DE LA INVESTIGACIÓ, FINANÇAMENT

Difusió de la investigació, Finançament.

4. DIFUSIÓ DE LA INVESTIGACIÓ, FINANÇAMENT

PERIS 2016-2020. Acció instrumental d'intensificació infermera, ajuda: 20.250 €.

Títol: ***Avaluació del portal "Salut i Escola 2.0", per a la Promoció de conductes Saludables en Adolescents.***

Pòster, XX Trobada Internacional d'Investigació en Cures, International Nursing Research Conference, Investén-isciii. Títol: ***"Implantació i Avaluació del portal "Salut i Escola 2.0", per a la Promoció de Conductes Saludables en Adolescents"***. A Corunya, 15 novembre 2016.

Comunicació, XX Trobada Internacional d'Investigació en Cures, International Nursing Research Conference, Investén-isciii. Títol: ***"Avaluació de motius de consulta del Programa "Salut i Escola" del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya"***. A Corunya, 15 novembre 2016.

Pòster, XX Trobada Internacional d'Investigació en Cures, International Nursing Research Conference, Investén-isciii. Títol: ***"Diferències de gènere i edat en l'ús d'Internet per a la salut"***. A Corunya, 15 novembre 2016.

Ponència i jornada d'infermeria i salut escolar. Títol: ***"Web, Suport als professionals i adolescents"***. Peralada (Girona), 7 d'Octubre 2016.

Pòster 5a Jornada del Pla de Salut de Catalunya. Títol: ***"Projecte TICs Programa "Salut i Escola" en promoció i prevenció de Salut"***. Sitges, 27 Novembre 2015.

Pòster XIX Trobada Internacional d'Investigació en Cures, International Nursing Research Conference, Investén-isciii. Títol: ***"Projecte tics" Salut i Escola virtual "Promoció d'alimentació saludable"***. Cuenca, 17/20 2015.

Pòster XIX Trobada Internacional d'Investigació en Cures, International Nursing Research Conference, Investén-isciii. Títol: ***"Projecte Tecnologies de la informació i la Comunicació, programa "Salut i Escola" per a la promoció i prevenció"***. Cuenca, 17/20 2015.

Comunicació XXIX Congrés Nacional de la Societat de Pediatria Extrahospitalària i Atenció Primària. *Títol: "Protocols Socials- Sanitaris per a docents de secundària dins el Programa "Salut i Escola"*. Zaragoza, 22/24 octubre 2015.

Ponència *"Tics per a la prevenció de consum d'alcohol en joves"*. Jornades sobre Alcoholisme, Facultat d'Infermeria, Fisioteràpia i Podologia. Sevilla, 17 desembre 2014.

Ponència 5 *International Conference of the European Society per Prevenciotion Research (EUSPR) and others Computer_Based Interventions for Adolescents, a Sistematic Review. "Bringe-drinking pattern: S comparative study between adolescents from Andalusia and Catalonia, Spain"*. 16-18 Octubre 2014.

Comunicació XVIII Trobada Internacional d'Investigació en Cures, International Nursing Research Conference, Investén-isciii. *Títol: "Factors mediadors de la conducta d'bringe-drinking usant el model I-Change a adolescents de Catalunya i Andalusia"*. Vitòria-Gasteiz, 11-14 novembre al 2014.

Comunicació XVIII Trobada Internacional d'Investigació en Cures, International Nursing Research Conference, Investén-isciii *"Factors de risc del consum de tabac i la intenció de fumar en adolescents d'Andalusia i Catalunya"*. Vitòria-Gasteiz, 11-14 novembre 2014.

Pòster 3a Jornada del Pla de Salut de Catalunya 2011-20015 *"Projecte portal web 2.0" Salut i Escola Virtual"*. Sitges, 13 Desembre 2013.

Ponència IX Curs d'actualització en Cures d'Infermeria Pediàtrica. *Títol: "Projecte TIC dins el Programa de Salut i Escola per a la identitat sexual i de gènere"*. Montbrió, 4 Març 2014.

Ponència Poster XVII Trobada Internacional d'Investigació en Cures, International Nursing Research Conference, Investén-isciii. *Títol: "Projecte portal web 2.0" Salut i Escola Virtual"*. Lleida, 13 / 15 Novembre 2013.

Ponència Poster XVII Trobada Internacional d'Investigació en Cures, International Nursing Research Conference, Investén-isciii. Títol: ***"Matutinitat / vespertinitat, durant l'Adolescència. Dins del Programa "Salut i Escola"***. Lleida, 13 / 15 Novembre 2013.

Pòster II Congrés Nacional d'Infermeria: Un pas cap a Endavant. Títol: ***"Avaluació de Factors determinants de Salut a Adolescents, dins el Projecte Web 2.0 e-Salut. "Salut i Escola Virtual"***. Plasencia, 17,18 i 19 Abril 2013.

Comunicació XVI Trobada Internacional d'Investigació en Cures, International Nursing Research Conference, Investén-isciii. Títol: ***"Percepció de l'Adolescent del Programa "Salut i Escola" en el seu Institut de secundària"***. Cartagena, 6-9 Novembre 2012.

Pòster XVI Trobada Internacional d'Investigació en Cures, International Nursing Research Conference, Investén-isciii. Títol: ***"El Gènere com a factor determinant en temes de salut en els sdolescents"***. Cartagena, 6-9 Novembre 2012.

Pòster, Hospital Materno-Infantil Sant Joan de Déu, 1a Jornada Estatal d'Intervenció Social en Salut Materno-Infantil i Juvenil. ***"El gènere com a factor determinant de consum en programes de promoció i prevenció sanitaris"***. Barcelona, 25 Maig 2012.

Ponència Poster XVII Trobada Internacional d'Investigació en Cures, International Nursing Research Conference, Investén-isciii, títol: ***"Matutinitat / vespertinitat, durant l'Adolescència. Dins del Programa "Salut i Escola"***.Lleida 13 / 15Nov 2013.

Pòster II Congrés Nacional d'Infermeria: Un pas cap a Endavant. títol: ***"Avaluació de Factors determinants de Salut a Adolescents, dins el Projecte Web 2.0 e-Salut. "Salut i Escola Virtual"*** Plasencia 17,18 i 19 abril de 2013.

Comunicació XVI Trobada Internacional d'Investigació en Cures,, International Nursing Research Conference, Investén-isciii, títol: ***"Percepció de l'Adolescent del programa Salut i Escola, en el seu Institut de secundària"*** Cartagena 6-9Nov 2012.

Pòster XVI Trobada Internacional d'Investigació en Cures,, International Nursing Research Conference, Investén-isciii títol: ***"El Gènere com a factor determinate en temes de Salut en els Adolescents."*** Cartagena 6- 9Nov 2012.


Pòster, Hospital Materno-Infantil Sant Joan de Déu 1a Jornada Estatal d'Intervenció Social en Salut Materno-Infantil i Juvenil. ***"El Gènere com a Factor determinate de Consum en Programes de Promoció i Prevenció Sanitaris"*** Barcelona 25 de Maig del 2012.

CAPÍTOL 10: ANNEXOS

Annex 1

Autorització de l'Agència de Salut Pública per a la utilització dades del PSiE

Annex 1. Autorització de l'Agència de Salut Pública per a la utilització de dades del PSiE

 **UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI**
DEPARTAMENT D'INFERMERIA

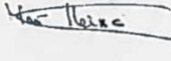
Avinguda Catalunya, 35
43002 Tarragona, Espanya
Tel. 977 299 424 / 25
Fax. 977 299 486
E-mail: actintem@urv.cat

Mar Lleixà Fortuño, amb DNI 40932726V, professora del Departament d'Infermeria de la Universitat Rovira i Virgili (URV) i directora de la tesis doctoral inscrita al programa de Doctorat en Ciències de la Infermeria de la URV, del doctorand **Sr Jose Antonio Zafra Agea**, Infermer de l'Institut Català de la Salut, i referent del programa Salut i Escola Sap Alt Penedès-Garraf-Baix Llobregat Nord de la Direcció d'Atenció Primària Costa de Ponent, amb el títol provisional "SALUT I ESCOLA 2.0".


Sol·licita autorització a la responsable del programa Salut i Escola del Servei de Salut Maternoinfantil de la Subdirecció general de Promoció de la Salut en la Agència de Salut Pública de Catalunya la **Dra. Rosa Fernández Bardón**, per poder utilitzar dades sobre l'esmentat programa per la realització d'aquesta tesis doctoral.

Al finalitzar aquesta tesis doctoral s'emetrà un informe dels resultats assolits i un exemplar de la Tesis a la persona responsable del programa Salut i Escola.

Restem a la seva disposició per qualsevol dubte i/o aclariment.




Mar Lleixà Fortuño
Telf. 977464075.
mar.lleixa@urv.cat



Tortosa, 9 de maig de 2016

Confirme, autoritzat


signat: **Rosa Fernández Bardón**
Barcelona, 19 de maig de 2016

Annex 2

Autorització dels instruments

Annex 2. Autorització dels instruments



En qualitat d'autor principal de la "Fòbia al Sida " (Multicomponent AIDS Phobia Scale, MAPS; Harrell i Wright, 1998), "Ansiedad por la Salud" (Short Health Anxiety Inventory, Shai; Salkovskis, Rimes, Warwick i Clark, 2002), "Escala de actitudes hacia el VIH/sida para adolescentes" (HIV-AS; Espada et al., 2013), "Escala de conocimientos sobre VIH/sida para adolescentes" (HIV-KS; Espasa et al., 2009), manifesto que he sigut informat de l'ús del qüestionari en el estudi titulat "Disseny, Implantació i Avaluació del portal Salut i Escola 2.0, per a la promoció de conductes saludables en adolescents, realitzat per el Sr. José Antonio Zafra Agea, i dono la meva aprovació per l'ús del qüestionari en l'esmenat estudi.

Atentament,

Dr Espada, José Pedro



Annex 3

Autorització comitè ètic

Annex 3. Autorització comitè ètic



INFORME DEL COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

Concepció Violan Fors, gerente del Instituto Investigación de Atención Primaria (IDIAP)
Jordi Gol

CERTIFICA:

Disseny, Implantació i Avaluació del Blog Salut i Escola 2.0, per a la promoció de conductes saludables en adolescents, presentado por el Investigador principal **Jose Antonio Zafra** ha estado presentado en el Comité Ético de Investigación Clínica del Instituto de Investigación de Atención Primaria (IDIAP) Jordi Gol con numero de registro P17/119.

Concepció Violan Fors
Gerente

Barcelona, 22 de junio de 2017.

Annex 4.

Escala de coneixement sobre VIH i altres ITS

Annex 4. Escala de coneixement sobre VIH i altres ITS

ECI: Escala de Conocimiento sobre VIH y otras ITS (Espada, Guillén-Riquelme, Morales, Orgilés y Sierra, 2014)

Por favor, señala en cada afirmación si es verdadera o falsa. Si desconoces la respuesta marca "No lo sé".

	Verdadero	Falso	No lo sé
1. El sida es causado por un virus llamado "VIH".....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. La principal vía de transmisión del VIH en España es a través de las relaciones sexuales.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Una mujer seropositiva embarazada puede transmitir el VIH a su bebé.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. El VIH se transmite por medio de secreciones vaginales y seminales, y la sangre.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. El VIH se transmite por el aire.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Es peligroso compartir alimentos o agua con personas seropositivas o enfermas de sida.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Lavar la ropa con la de un seropositivo o enfermo de sida implica riesgo de contraer la enfermedad.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Existe riesgo de contraer el VIH por compartir jeringuillas contaminadas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. El VIH afecta al sistema inmunológico humano.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. El período ventana es el tiempo que tarda el cuerpo en producir anticuerpos tras la transmisión de VIH.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. El anillo vaginal o el DIU son métodos eficaces para evitar el sida.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Las píldoras anticonceptivas son eficaces para prevenir la transmisión del VIH en las relaciones sexuales.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. El preservativo es un método eficaz para evitar la transmisión del VIH.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. El preservativo femenino es tan eficaz como el preservativo masculino para evitar la transmisión del virus del sida.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Dar un beso húmedo a una persona seropositiva es un riesgo para la transmisión del VIH.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Abrazar y besar en la mejilla a una persona seropositiva implica riesgo de transmisión del VIH....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Practicar el coito haciendo la "marcha atrás" es una forma segura de practicar sexo sin riesgo de infección por VIH.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. La prueba de detección del VIH se suele realizar mediante un análisis de sangre.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Cuando un chico/a tiene gonorrea o gonococia no es necesario tratar a la pareja.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. La gonorrea o gonococia se curan solas en la mayoría de los casos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. La sífilis es una enfermedad prácticamente desaparecida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. La sífilis puede dejar lesiones permanentes si no se trata precozmente.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. El contagio de la sífilis actualmente es muy difícil.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. La hepatitis B nunca deja secuelas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Annex 5

Escala d'actitud cap al VIH

Annex 5. Escala d'actitud cap al VIH

HIV-AS: HIV- Attitude Scale Escala de actitud hacia el VIH (Espada, Ballester, Huedo-Medina, Secades-Villa, Orgilés y Martínez-Lorca, 2013)

Lee cada una de las siguientes frases y elige la opción que corresponda con tu opinión. No hay respuestas correctas ni incorrectas.

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Si mi pareja quisiera practicar sexo sin protección, me negaría a tener una relación sexual.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Si mi pareja quisiera prescindir del preservativo, yo trataría de convencerlo/a para usarlo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Si fuera a tener una relación sexual y me doy cuenta de que no tenemos preservativos, esperarí a tenerlos para mantener el contacto sexual.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Estaría dispuesto/a a realizarme las pruebas del sida si tuviera prácticas de riesgo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Recomendaría a un amigo/a hacerse las pruebas de detección del VIH si éste/a hubiese mantenido prácticas de riesgo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Estaría dispuesto/a a usar el preservativo en una relación sexual con penetración...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Estaría dispuesto/a a llevar preservativos para mi uso.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Estaría dispuesto/a a mostrarme a favor del uso del preservativo ante mi grupo de amigos/as.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Estaría dispuesto/a a defender en público el uso del preservativo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Estaría incómodo/a si en mi clase hubiese alguien con sida.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Estaría dispuesto/a a besar en la mejilla a una persona seropositiva.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Si un amigo/a se infectara con el VIH, probablemente me distanciaría de él.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Annex 6

Escala ansietat per la salut

Annex 6. Escala ansietat per la salut

SHAI: Short Health Anxiety Inventory Ansiedad por la salud (Morales, Espada, Carballo, Piqueras y Orgilés, 2013)

A continuació encontreu una sèrie de grups d'enunciats. Leeu cada grup atentament i senyala què enunciat de cada grup descriu millor els teus sentiments en els últims sis mesos. Marca la teua resposta en cada grup d'enunciats rodeant amb un cercle el nombre que apareix juntament amb l'enunciat que desees senyalar. No hi ha respostes correctes ni incorrectes, per favor contesta amb sinceritat.

<ul style="list-style-type: none"> 0. No me preocupo por mi salud. 1. Ocasionalmente me preocupo por mi salud. 2. Paso mucho tiempo preocupándome por mi salud. 3. Paso la mayor parte del tiempo preocupándome por mi salud.
<ul style="list-style-type: none"> 0. Noto menos achaques / dolores que la mayoría de las personas (de mi edad). 1. Noto tantos achaques / dolores como la mayoría de personas (de mi edad). 2. Noto más achaques / dolores que la mayoría de personas (de mi edad). 3. Soy consciente todo el tiempo de los achaques / dolores de mi cuerpo.
<ul style="list-style-type: none"> 0. Normalmente no soy consciente de las sensaciones o cambios corporales. 1. Algunas veces soy consciente de las sensaciones o cambios corporales. 2. Con frecuencia soy consciente de las sensaciones o cambios corporales. 3. Constantemente soy consciente de las sensaciones o cambios corporales.
<ul style="list-style-type: none"> 0. Resistirme a los pensamientos de enfermedad nunca resulta un problema. 1. La mayor parte del tiempo puedo resistirme a los pensamientos de enfermedad. 2. Intento resistirme a los pensamientos de enfermedad pero a menudo soy incapaz de hacerlo. 3. Los pensamientos de enfermedad son tan fuertes que ya ni siquiera intento resistirme a ellos.
<ul style="list-style-type: none"> 0. Normalmente no tengo miedo de tener una enfermedad grave. 1. Algunas veces tengo miedo de tener una enfermedad grave. 2. Con frecuencia tengo miedo de tener una enfermedad grave. 3. Siempre tengo miedo de tener una enfermedad grave.
<ul style="list-style-type: none"> 0. No tengo imágenes (mentales) de mí mismo/a estando enfermo/a. 1. Ocasionalmente tengo imágenes (mentales) de mí mismo/a estando enfermo/a. 2. Frecuentemente tengo imágenes (mentales) de mí mismo/a estando enfermo/a. 3. Constantemente tengo imágenes (mentales) de mí mismo/a estando enfermo/a.
<ul style="list-style-type: none"> 0. No tengo ninguna dificultad para apartar de mi mente los pensamientos sobre mi salud. 1. Algunas veces tengo dificultad para apartar de mi mente los pensamientos sobre mi salud. 2. Con frecuencia tengo dificultad para apartar de mi mente los pensamientos sobre mi salud. 3. Nada puede apartar de mi mente los pensamientos sobre mi salud.
<ul style="list-style-type: none"> 0. Me siento aliviado/a permanentemente si mi médico me dice que no me pasa nada malo. 1. Al principio me siento aliviado/a, pero algunas veces las preocupaciones vuelven más tarde. 2. Al principio me siento aliviado/a, pero las preocupaciones siempre vuelven más tarde. 3. No me siento aliviado/a si mi médico me dice que no me pasa nada malo.
<ul style="list-style-type: none"> 0. Si oigo hablar de una enfermedad, nunca pienso que la tengo. 1. Si oigo hablar de una enfermedad, algunas veces pienso que la tengo. 2. Si oigo hablar de una enfermedad, con frecuencia pienso que la tengo. 3. Si oigo hablar de una enfermedad, siempre pienso que la tengo.
<ul style="list-style-type: none"> 0. Si tengo una sensación o cambio corporal, rara vez me pregunto qué significa. 1. Si tengo una sensación o cambio corporal, con frecuencia me pregunto qué significa. 2. Si tengo una sensación o cambio corporal, siempre me pregunto qué significa. 3. Si tengo una sensación o cambio corporal, debo saber qué significa.
<ul style="list-style-type: none"> 0. Generalmente percibo un riesgo muy bajo de desarrollar una enfermedad grave.

<ol style="list-style-type: none"> 1. Generalmente percibo un riesgo bajo de desarrollar una enfermedad grave. 2. Generalmente percibo un riesgo moderado de desarrollar una enfermedad grave. 3. Generalmente percibo un riesgo alto de desarrollar una enfermedad grave.
<ol style="list-style-type: none"> 0. Nunca pienso que tengo una enfermedad grave. 1. Algunas veces pienso que tengo una enfermedad grave. 2. Con frecuencia pienso que tengo una enfermedad grave. 3. Por lo general pienso que estoy gravemente enfermo/a.
<ol style="list-style-type: none"> 0. Si noto una sensación corporal inexplicable, no me resulta difícil pensar en otras cosas. 1. Si noto una sensación corporal inexplicable, algunas veces me resulta difícil pensar en otras cosas. 2. Si noto una sensación corporal inexplicable, con frecuencia me resulta difícil pensar en otras cosas. 3. Si noto una sensación corporal inexplicable, siempre me resulta difícil pensar en otras cosas.
<ol style="list-style-type: none"> 0. Mi familia / amigos dirían que no me preocupo lo suficiente por mi salud. 1. Mi familia / amigos dirían que tengo una actitud normal hacia mi salud. 2. Mi familia / amigos dirían que me preocupo demasiado por mi salud. 3. Mi familia / amigos dirían que soy un hipocondríaco.
<ol style="list-style-type: none"> 0. Incluso si tuviera una enfermedad grave, sería capaz de disfrutar mucho de otras facetas de mi vida. 1. Incluso si tuviera una enfermedad grave, sería capaz de disfrutar un poco de otras facetas de mi vida. 2. Si tuviera una enfermedad grave, sería casi completamente incapaz de disfrutar de otras facetas de mi vida. 3. Si tuviera una enfermedad grave, sería completamente incapaz de disfrutar de otras facetas de mi vida.
<ol style="list-style-type: none"> 0. Si desarrollase una enfermedad grave, habría una probabilidad alta de que la medicina moderna fuese capaz de curarme. 1. Si desarrollase una enfermedad grave, habría una probabilidad moderada de que la medicina moderna fuese capaz de curarme. 2. Si desarrollase una enfermedad grave, habría una probabilidad muy baja de que la medicina moderna fuese capaz de curarme. 3. Si desarrollase una enfermedad grave, no habría probabilidad de que la medicina moderna fuese capaz de curarme.
<ol style="list-style-type: none"> 0. Una enfermedad grave arruinaría algunos aspectos de mi vida. 1. Una enfermedad grave arruinaría muchos aspectos de mi vida. 2. Una enfermedad grave arruinaría casi todos los aspectos de mi vida. 3. Una enfermedad grave arruinaría todos los aspectos de mi vida.
<ol style="list-style-type: none"> 0. Si tuviera una enfermedad grave, no sentiría que habría perdido mi dignidad 1. Si tuviera una enfermedad grave, sentiría que habría perdido un poco de mi dignidad 2. Si tuviera una enfermedad grave, sentiría que habría perdido bastante de mi dignidad 3. Si tuviera una enfermedad grave, sentiría que habría perdido totalmente mi dignidad

Annex 7.

Escala fòbia a la Sida

Annex 7. Escala fòbia a la Sida

Fobia al sida

(Espada, González, Orgilés y Morales, 2013)

Lee cada una de las siguientes frases y marca la opción que corresponda con tu opinión.
 No hay respuestas correctas ni incorrectas.

Completamente en desacuerdo 1 2 3 4 5 Completamente de acuerdo

		1	2	3	4	5
1	No me preocupa contraer el sida.	1	2	3	4	5
2	No me haré las pruebas del VIH porque tengo demasiado miedo a los resultados.	1	2	3	4	5
3	Cuando siento molestia o dolor, asumo que es debido a una enfermedad grave como el sida.	1	2	3	4	5
4	Rechazaría una transfusión de sangre debido al sida.	1	2	3	4	5
5	No permitiría que un médico que fuese VIH positivo me diera puntos de sutura.	1	2	3	4	5
6	No compartiría un vaso con un amigo debido al sida.	1	2	3	4	5
7	Me preocupa transmitir el virus del sida a otras personas.	1	2	3	4	5
8	Si averiguara que mi dentista es VIH positivo, continuaría contando con él/ella para el tratamiento dental.	1	2	3	4	5
9	Me sentiría cómodo/a estando en la misma habitación con un amigo que tuviera sida.	1	2	3	4	5
10	No me asustaría cuidar a un paciente con sida.	1	2	3	4	5
11	No me fío de los resultados de las pruebas de VIH.	1	2	3	4	5
12	Evito ver programas de televisión sobre sida.	1	2	3	4	5
13	Compruebo mi cuerpo con frecuencia para identificar signos de sida.	1	2	3	4	5
14	Creo que soy VIH positivo.	1	2	3	4	5
15	No puedo dejar de preocuparme por el sida.	1	2	3	4	5
16	Me sentiría cómodo/a si un médico que es VIH positivo me hiciese una exploración física.	1	2	3	4	5
17	Comería alimentos que sé que han sido preparados por alguien que es VIH positivo.	1	2	3	4	5
18	Temo que moriré de sida.	1	2	3	4	5
19	Considero que tengo un alto riesgo de contraer VIH.	1	2	3	4	5
20	Visitaría un vecindario en el que viviera alguien con sida.	1	2	3	4	5

Annex 8

Activitats de la intervenció

Annex 8. Activitats de la intervenció

En aquest apartat s'inclouen les fitxes de les activitats, objectius, conceptes, descripció activitat, metodologia i avaluació.

Activitat 1: Sexualitat i Sexe

Activitat 1: Avui Parlem de Sexe i ...	
Duració:	1h
Objectius	
<ul style="list-style-type: none"> • Valorar el que nois i noies pensen i saben sobre el tema, i també valorar la seva actitud i participació quan són convidats a parlar sobre sexualitat. • Establir la diferència entre sexe, sexualitat, l'orientació sexual, relacions sexuals i relacions coitals. 	
Continguts a desenvolupar	
Conceptes: <ul style="list-style-type: none"> • Sexe • Sexualitat • Orientació sexual. 	Procediments: Debat. Comprensió del contingut.
	Actituds: Motivació. Participació
Descripció activitat	
<p>Es presenta el seu contingut als alumnes, a l'aula, i se'ls demana la seva participació.</p> <p>Lliurem un paper petit al principi de la sessió, en què posen la seva edat, sexe, i la resposta a: què és per a tu el sexe o sexualitat? Temps: 4 minuts.</p> <p>S'inicia l'activitat amb la pissarra de l'aula. S'escriu al mig la paraula <i>sexualitat</i> i es demana als alumnes que suggereixin paraules que tinguin a veure amb la que el conductor ha escrit. A mesura que els alumnes fan les seves aportacions, la pissarra s'anirà omplint de paraules de diversa mena.</p> <p>Cal evitar filtrar les paraules que se'ns proposen, és esperable que el llenguatge dels alumnes tingui tota la formalitat que caldria esperar per a molts adolescents. Serà la primera oportunitat per parlar d'aquest tema amb un adult, sense prejudicis.</p> <p>Diferenciar el sexe de la sexualitat, què inclou, l'orientació sexual.</p> <p>Finalització amb l'explotació del contingut de la primera pregunta.</p>	

Recursos
Pissarra,
Avaluació
<p>Explotació del contingut Google drive perquè ells vegin la diferència de la primera pregunta.</p> <p>Veure el gràfic de respostes per sexe, i analitzar els conceptes després de treballar-los a l'aula.</p> <p>Si els participants tenen preguntes</p>

Activitat 2: Sexualitat i Sexe

Activitat 2: MTS, ITS,	
Duració:	1,30 min
Objectius	
<p>Conèixer els diferents mètodes.</p> <p>Analitzar els riscos derivats del desconeixement.</p> <p>Aprendre a utilitzar els mètodes de barrera com a anticonceptiu d'elecció.</p> <p>Anàlisi dels riscos derivats del mal ús</p>	
Continguts a desenvolupar	
Conceptes:	Procediments:
<p>Malaltia de transmissió sexual.</p> <p>Anticonceptius: tipus i utilització.</p> <p>Utilització dels mètodes anticonceptius</p>	<p>Debat.</p> <p>Vídeo preservatiu 10 minuts.</p> <p>Comprensió del contingut.</p>
	Actituds:
	<p>Motivació.</p> <p>Participació.</p>
Descripció Activitat	

La classe s'inicia amb el blog "Salut i Escola 2.0". Localització contingut. A continuació s'obrirà un debat fomentant la participació dels alumnes, fent-los preguntes sobre conceptes de malalties de transmissió sexual, mètodes anticonceptius, i la seva utilització.

Després es reparteix un preservatiu a cada un i ensenyem els gegants encantats perquè surtin a posar el preservatiu.

Mostrem diferent material, tipus pastilles, cèrcol, condó femení, preservatiu, lubricants perquè s'hi puguin familiaritzar i tocar-los.

Formació de grups de 4-5 persones per realitzar la pràctica de col·locació dels mètodes.

Recursos

Pissarra, projector, ordinador, material mètodes anticonceptius, gegants encantats

Avaluació

Analitzar els conceptes després de treballar-los en l'aula.

Si els participants tenen preguntes.

Com els alumnes realitzen la pràctica correctament

Activitat 3: Prendre una decisió.

Activitat 3: Prendre una decisió

Duració:

1h

Objectius

Reforçar les eines per a la negociació de l'ús de preservatiu.

Conscienciar sobre la importància de l'ús de les mesures preventives.

Reforçar l'aprens durant l'activitat 2

Continguts a desenvolupar

Conceptes:

Procediments:

Tècnica d'anàlisi

Mètode de desenvolupament d'habilitats.

Role Playing

Video : "En boles" 10 minuts

Actituds:

Motivació.

Participació.

Descripció activitat

Descripció de la activitat vegeu text.

Recursos
Pissarra, projector, ordinador, video
Avaluació
Analitzar els conceptes després de treballar-los a l'aula. Si els participants tenen preguntes.

Amb aquesta activitat es pretén potencialitat la decisió pròpia davant de les pressions de grups. Per dur-la a terme, es dividirà la sala en quatre equips. Els alumnes hauran d'escriure en una cartolina les raons en funció d'aquest esquema per a cada grup:

- H1: homes que volen usar-lo
- H2: homes que no volen usar-lo
- M1: dones que volen usar-lo
- M2: dones que no volen usar-lo

Un cop fet això, es demanarà que els subgrups personalitzin i argumentin les seves raons en una negociació amb dues variants:

1ª: H1-M2

2ª: H2-M1

Aquests arguments a favor i en contra poden ser exposats davant del grup o dramatitzats mitjançant role playing, recreant diverses situacions de negociació de sexe segur. Amb aquesta activitat, els possibles temes a discutir serien:

H1 Les raons del perquè els homes volen usar preservatiu

H2 Les raons del perquè els homes no volen usar preservatiu

M1 Les raons per les quals les dones volen fer servir el preservatiu

M2 Les raons per les quals les dones no volen fer servir el preservatiu

Suggeriments per al debat:

De quina manera aquesta forma de negociació es dóna a la vida real?

Quines són les conseqüències d'una negociació que no surt bé?

Quins altres aspectes de les persones són presents en una negociació com aquesta?

Durant l'exercici de negociació és bo prestar especial atenció als arguments per al no ús del preservatiu i pensar com podrien ser transformats per a un si. Del negatiu al positiu, És bo que el grup no pensi només en arguments racionals, sinó que també s'enfrontin qüestions de gènere (relació de poder i rols), formes

de comunicació, les emocions, l'atracció sexual, l'autoestima i les experiències passades de cada persona.

Finalment exemples de vídeos web: "En Boles".

Activitat 4: Sexualitat i Autoestima.

Activitat 4: Sexualitat i Autoestima	
Duració:	1 hora
Objectius	
Saber mantenir un comportament coherent i alinear el que penso, el que sento i el que faig, ser capaç de cuidar-me i auto-protegir-me, respectar-me i fer que em respectin, saber dir no, no tenir necessitat d'aprovació i d'acceptació, i saber prioritzar-ne, permetre l'auto-coneixement sense jutjar-me, acceptar el meu cos i la meua sexualitat. No jutjar.	
Continguts a desenvolupar	
Conceptes:	Procediments: Tècnica d'anàlisi Mètode de desenvolupament d'habilitats. Role Playing
	Actituds: Motivació. Participació.
Descripció activitat	
Recursos	
Avaluació	
Anlitzar els conceptes després de treballar-los A l'aula. Si els participants tenen preguntes.	

Activitat 5: Mites i pràctiques sexuals, cibersexe, sexting.

Activitat a: Mites i pràctiques sexuals.	
Duració:	3hores
Objectius	
<p>Conèixer les necessitats formatives que respecte a la Salut Sexual i Reproductiva manifesten els joves.</p> <p>Establir una relació descriptiva de les temàtiques plantejades.</p>	
Continguts a desenvolupar	
Conceptes: Analitzar mites i pràctiques sexuals. Cibersexe, sexting	Procediments: Participació Vídeo.
	Actituds: Motivació. Participació.
Descripció Activitat	
<p>Aquesta activitat es basa en agrupar a tots els participants en una sala gran i debatre sobre els mites. Se'ls lliura un full, una setmana abans, perquè escriguin preguntes sobre mites. Ho fan de forma anònima i dividits per sexe. Es prepara la intervenció mitjançant una presentació en Power Point. Es desenvoluparà entorn als mites per gènere, nous mites. La sessió és porta a terme de forma gradual, ordenada.</p>	
Recursos	
Aula, projector, micròfon, vídeo: "Amanda Tool"	
Avaluació	
<p>Analitzar les preguntes i els conceptes. Si els participants tenen preguntes.</p>	

Activitat 5

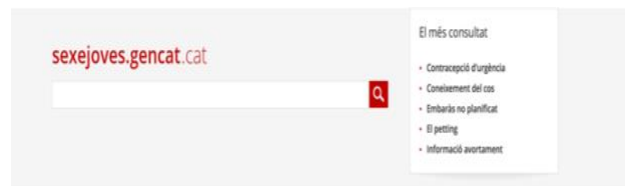
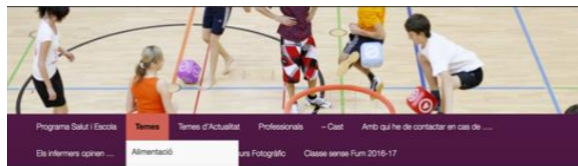
Aquesta activitat és realitzada durant tot el curs i sempre està activa.

Blog "Salut i Escola 2.0". Té per objectiu que els adolescents coneguin on localitzar la web des de la intranet de l'IES, i els cartells amb codis QR per a descarregar la informació.

Altres recursos

Pàgina de "Sexe jove" al canal Salut de la Generalitat de Catalunya. Inclou contingut relacionat amb la sexualitat, centres d'interès en cas de sospita de malaltia de transmissió sexual, proves de sida, xat en directe, etc. És un recurs més per als joves.

Poden accedir des de "Salut i Escola 2.0", des de la intranet del propi IES.



És important que coneguis



Tens dubtes? Pregunta



Xatja amb nosaltres

Escriu-nos, explica'ns els teus dubtes

Consells



- Com puc evitar el embarassejament?
- És bo parlar de sexe amb la parella?
- Què passa si barrejo sexe i drogues?
- Què faig si s'ha trencat el preservatiu?
- És normal que m'agradi tant els nois com les noies?

- Em puc quedar embarassada sense penetració?
- Què he de fer si sospito que tinc una infecció de transmissió sexual?
- Puc aconseguir la píndola de l'embaràs a la farmàcia?

Pòster i cartells, amb el logo de “Salut i Escola 2.0”

La informació la poden trobar a través d'un codi QR. Un codi QR és un codi de barres bidimensional quadrada que pot emmagatzemar les dades codificades.

La majoria del temps les dades són en un enllaç a un lloc web (URL).

Els adolescents podran descarregar-se directament la informació que desitgin sobre la informació que vulguin, per tema i blog. Aquests cartells estan a l'entrada del I.E.S., i als passadissos.

Generalitat de Catalunya
Departament d'Ensenyament
INTRANET DE L'INSTITUT MONTSERRAT ROIG Sant Andreu de la Barca

Programa **salut i escola**
Generalitat de Catalunya

Gaudeix... millor amb **Salut!!**

Descarrega't un lector de codi QR al teu smartphone ..

Tot allò que vulguis saber sobre la salut a la teva edat ...

Consells Salut

Informació sobre la Sexualitat → [QR Code]

Informació sobre Tabac → [QR Code]

Informació sobre Ciber Bullying → [QR Code]

Informació sobre Alcohol → [QR Code]

Web <https://salutiescola.wordpress.com> → [QR Code]

Institut Català de la Salut
Gerència Territorial
Metropolitana Sud

Annex 9

Sol·licitud per a l'aprovació del comitè d'ètica d'investigació

Annex 9. Sol·licitud per a l'aprovació del comitè d'ètica d'investigació

Sol·licitud per a l'aprovació del Comitè d'ètica d'investigació de la institució IDIAP Jordi Gol

Jo José Antonio Zafra Agea, infermer i alumne del Programa de Doctorat en Ciències de la Infermeria de la Universitat Rovira i Virgili em dirigeixo a vostè per:

Sol·licitar l'autorització del Comitè que presideix per tal que pugui ser portada a terme la investigació de la tesi doctoral del Projecte ***Disseny, Implantació i Avaluació del blog "Salut i Escola 2.0", per a la Promoció de conductes saludables en adolescents***, dirigida pels professors del Departament d'Infermeria de la Universitat Rovira i Virgili, Dra. Lleixà Fortuño, Mar, Dra. Ferrer-Grau, Carme i Dr. Roldán Merino, Juan.

En el Municipi de Sant Andreu de la Barca, que pertany al Baix Llobregat Nord de l'Institut Català de la Salut, a Barcelona.

Quedo a la seva disposició per a qualsevol dubte o aclariment, aprofito l'ocasió per agrair la seva col·laboració.

Atentament,
José Antonio Zafra Agea
Mail contacte joseantzafra@gmail.com
Nún. d'investigador ORCID 0000-0001-5358-1994
Infermer Investigador

Annex 10

Consentiment informat per participants d'investigació

Annex 10. Consentiment informat per participants d'investigació

Estimat pare, mare, tutor, tutora:

Durant els propers dies, se li demanarà al seu/va fill/a que respongui unes preguntes incloses en qüestionaris online. El temps estimat de dedicació serà de 10 minuts.

Aquesta recerca és conduïda per José Antonio Zafra Agea, infermer a l'Institut Català de la Salut i alumne del Programa de Doctorat en Ciències de la Infermeria de la Universitat Rovira i Virgili, dirigida pels professors del Departament d'Infermeria de la Universitat Rovira i Virgili, la Dra Lleixà Fortuño, Mar i Dra Carme Ferré-Grau, i el Dr Roldán Merino, Juan.

L'objectiu del Projecte és: **Disseny, implantació i avaluació del blog "Salut i Escola 2.0", per a la promoció de conductes saludables en adolescents**, en el Municipi de Sant Andreu de la Barca, que pertany al Baix Llobregat Nord de l'Institut Català de la Salut, a Barcelona.

Si us plau, llegeixi aquest document.

L'informem de què ha de fer en cas de no estar d'acord amb que el seu fill/a participi.

La participació és voluntària, completament voluntària. Es demanarà a tots els nois i noies el seu consentiment abans que iniciïn la seva participació. El seu fill/a no té l'obligació de completar l'enquesta. Els joves que participen només han de respondre a les preguntes que vulguin contestar i poden deixar de realitzar l'enquesta en qualsevol moment.

L'enquesta és anònima. Tota la informació proporcionada per part dels joves serà estrictament confidencial i les respostes que donin només seran reportades en un format, a manera de resum. Als participants no se'ls demanarà, en cap moment, els seus noms ni cap altra dada que els identifiqui.

La informació que es reculli serà confidencial i no s'utilitzarà per a cap altre propòsit fora del d'aquesta investigació. Les seves respostes seran codificades usant un número d'identificació i, per tant, seran anònimes.

Si té algun dubte sobre aquest projecte podrà fer preguntes en qualsevol moment, durant la seva participació. Igualment, podrà retirar-se del projecte en qualsevol moment, sense que això el perjudiqui de cap manera. Si alguna de les preguntes li sembla incòmoda, té el dret de fer-ho saber a l'investigador o de no respondre-la.

Li agraïm per endavant la seva participació.

Si vostè prefereix que el seu fill NO participi en aquest estudi, si us plau, ompli i signi la part inferior d'aquest full i lliuri-la al seu professor.

De cap manera les qualificacions del seu fill es veuran afectades. Si el professor del seu fill NO rep el full signat, les respostes del seu fill/a seran incloses en l'enquesta.

Estic d'acord amb participar voluntàriament en aquesta investigació, conduïda per José Antonio Zafra Agea. He estat informat/a de l'objectiu d'aquest estudi **Disseny, Implantació i Avaluació del blog Salut i Escola 2.0, per a la promoció de conductes saludables en adolescents.**

M'han indicat també que hauré de respondre qüestionaris, la qual cosa requereix d'una dedicació aproximada de 20 minuts. *Escala de Coneixement sobre VIH i altres ITS, Escala d'actitud cap al VIH, Ansietat per la salut, Fòbia a la Sida.*

Reconec que la informació en el curs d'aquesta investigació és estrictament confidencial i no serà utilitzada per a cap altre propòsit fora d'aquest estudi, sense el meu consentiment.

He estat informat de que puc fer preguntes sobre el projecte en qualsevol moment i de que em puc retirar quan així ho decideixi, sense que això impliqui cap perjudici per a la meva persona.

<p>NOMÉS OMLIR EN CAS DE NO ESTAR D'ACORD AMB QUE EL SEU FILL PARTICIPI EN L'ESTUDI.</p>

Forma de no-participació en l'estudi de **Disseny, Implantació i Avaluació del blog S'alut i Escola 2.0", per a la promoció de conductes saludables en adolescents.**

Al tornar aquest document, **No dono el meu permís perquè el meu fill completi l'enquesta.**

Demano que les respostes del meu fill/a no s'inclouin en el projecte de recerca

Nom del meu fill/a: _____

Curs: _____

Nom del centre: _____

Signatura:

Data: _____

Beneficis potencials:

Aquesta investigació s'ha plantejat per tal d'obtenir un millor coneixement de la qualitat de vida i de la qualitat assistencial, dels adolescents, per afavorir en un futur la implantació de mesures de millora pel que fa a la pràctica infermera comunitària.

Inconvenients:

No s'han identificat inicialment inconvenients.

Resultats:

Els resultats de l'anàlisi formaran part d'un informe final que es lliurarà a cadascuna de les persones participants i a la pròpia institució.

Tractament de les dades:

Les dades que es generin seran tractades amb absolut rigor científic i la seva utilització serà exclusiva de la persona investigadora i per a la realització de l'estudi.

**Hi haurà un dia que miraràs cap enrere
i veuràs fins on has arribat,
i et sentiràs agraït de
no haver-te donat per vençut
quan senties que aquesta
era la teva única opció.**