



Universidad de Oviedo  
*Universidá d'Uviéu*  
*University of Oviedo*

**PROGRAMA DE INVESTIGACIONES HUMANÍSTICAS**

**EDUCACIÓN SEXUAL DE LA ADOLESCENCIA ASTURIANA:  
FUENTES, IMPACTO Y EFECTOS EN SU SALUD SEXUAL**

**SEXUALITY EDUCATION OF ADOLESCENTS IN ASTURIAS:  
SOURCES, IMPACT AND SEXUAL HEALTH OUTCOMES**

JOSE GARCÍA-VÁZQUEZ

Asturias, 2020



Universidad de Oviedo  
*Universidá d'Uviéu*  
*University of Oviedo*

**PROGRAMA DE INVESTIGACIONES HUMANÍSTICAS**

**Educación sexual de la adolescencia asturiana:  
Fuentes, impacto y efectos en su salud sexual**

**Sexuality education of adolescents in Asturias:  
Sources, impact and sexual health outcomes**

**DIRECTOR**

PROF. DR. ESTEBAN AGULLÓ TOMÁS

**DOCTORANDO**

JOSE GARCÍA-VÁZQUEZ



## RESUMEN DEL CONTENIDO DE TESIS DOCTORAL

| 1.- Título de la Tesis  |   |
|---|---|
| Español/Otro Idioma:<br>Educación sexual de la adolescencia asturiana:<br>fuentes, impacto y efectos en la salud sexual | Inglés:<br>Sexuality education of adolescents in<br>Asturias: Sources, impact and sexual health<br>outcomes |
| 2.- Autor   |   |
| Nombre:<br>Jose García Vázquez  | DNI/Pasaporte/NIE:  |
| Programa de Doctorado: INVESTIGACIONES HUMANÍSTICAS   |   |
| Órgano responsable: UNIVERSIDAD DE OVIEDO   |   |

### RESUMEN (en español)

La presente tesis doctoral aborda como tema la educación y salud sexual de la adolescencia en Asturias. El objetivo último es contribuir a conocer cómo es la educación sexual durante la adolescencia y analizar su influencia en el estado de salud sexual de dicha población. Para ello, se hace un repaso de las bases teóricas y normativas, relacionadas con la educación y la salud sexual, que permiten conceptualizar y contextualizar esta investigación. Asimismo, se revisa la literatura científica en relación a estos temas, para conocer la evidencia que hay sobre educación sexual y sus efectos en la salud sexual. Por último, se analiza la situación de la educación sexual a nivel internacional, en España y en Asturias.

Partiendo de esta revisión, se plantea un estudio empírico que tiene como objetivo general analizar la influencia de la educación sexual que recibe la adolescencia asturiana en su salud sexual, a través de su impacto en conocimientos, actitudes y habilidades relacionadas con la sexualidad, como elementos facilitadoras para la adquisición de conductas sexuales seguras y mejor estado de salud sexual.

Este objetivo general se desglosa en nueve objetivos específicos, que se ordenan en tres partes claramente diferenciadas en este trabajo:

- En primer lugar, conocer cuáles son las fuentes de educación sexual, y su evolución durante la adolescencia, así como la utilidad percibida sobre las mismas.
- A continuación, se aborda el impacto de una intervención de educación sexual con amplia cobertura en Asturias, en los conocimientos, actitudes, habilidades y conducta sexual de las y los adolescentes asturianos.
- Por último, se analiza la situación de la salud sexual de la adolescencia asturiana, a través de una serie de indicadores disponibles en otros estudios.

Los principales resultados encontrados fueron:

1. Las fuentes de educación sexual son las amistades, Internet/televisión y la escuela, y todas ellas tienen una baja utilidad percibida.
2. El impacto de la intervención de educación sexual analizada tiene efectos positivos en conocimientos, actitudes y conducta sexual, y sobre todo en las chicas.
3. La salud sexual de la adolescencia asturiana, que cuenta con una intervención de educación sexual con amplia cobertura, evoluciona en los últimos años de forma más positiva que la española, pero esta situación debe ser confirmada con un seguimiento de mayor duración.

Uno de los hallazgos más interesantes es confirmar que las fuentes de educación sexual se mantienen durante la adolescencia sin grandes cambios y que Internet/televisión se convierte en una referencia importante, junto con las amistades y la escuela. Asimismo, hay diferencias importante entre chicas y chicos en relación a sus fuentes de educación sexual.

Otro hallazgo relevante es constatar que la intervención de educación sexual estudiada mostró efectos positivos en conocimientos, actitudes y conducta sexual, aunque sobre todo en chicas. Finalmente, el análisis de los datos de salud sexual de la adolescencia asturiana, y también española, reveló una situación preocupante, con descenso del uso del condón, aumento de tasas de infecciones de transmisión sexual y unas tasas de aborto también elevadas,



especialmente entre adolescentes inmigrantes. Asimismo, la violencia de género es una realidad a estas edades, lo que es otra cuestión urgente a abordar. Estos indicadores parecen evolucionar mejor en la población asturiana.

Ante esta realidad, las autoridades responsables deben plantearse poner en marcha de manera urgente intervenciones de probada efectividad, como la educación sexual obligatoria en la escuela, servicios sanitarios de salud sexual o acceso a métodos anticonceptivos. Solo así se podrán garantizar los derechos y la salud sexual de la población en general y de la adolescencia en particular.

### **RESUMEN (en Inglés)**

The present doctoral thesis analyzes sexuality education and sexual health of adolescents in Asturias. The main goal is to contribute to the knowledge of what sexuality education is like during adolescence and to analyze its influence on sexual health outcomes in this population. To do so, a review of the theoretical and normative bases is made, related to sexuality education and sexual health, which allows this research to be conceptualized and contextualized. Likewise, the scientific literature related to these topics is reviewed, in order to understand the evidence that exists on sexuality education and its impact on sexual health. Lastly, the situation of sexuality education in the world, in Spain and in Asturias, is analysed. Based on this review, an empirical study is proposed that has the general objective of analysing the influence of sexuality education received by Asturian adolescents on their sexual health, through its impact on knowledge, attitudes and skills related to sexuality, as facilitating elements for the acquisition of safe sexual behaviour and better sexual health.

This general objective is broken down into nine specific objectives, which are ordered into three clearly differentiated parts in this work:

- Firstly, to know the sources of sexuality education, and its evolution during adolescence, as well as the perceived usefulness of these sources.
- Next, the impact of a sexuality education intervention with wide coverage in Asturias on the knowledge, attitudes, skills and sexual behaviour of Asturian adolescents is addressed.
- Lastly, the sexual health situation of Asturian adolescents is analysed through a series of indicators available in other studies.

Main results indicate that:

1. The sources of sexuality education are friends, Internet/television and school, and all of them have a low perceived utility.
2. The impact of the sexuality education intervention has positive effects on knowledge, attitudes and sexual behaviour, especially on girls.
3. The sexual health of Asturian adolescents, which has a sexuality education intervention with wide coverage, has evolved in recent years in a more positive way than the Spanish one, but this situation must be confirmed with a longer follow-up.

One of the most interesting findings is to confirm that the sources of sexuality education are maintained during adolescence without major changes and that the Internet/television becomes an important reference, together with friendships and school. There are also important differences between girls and boys in relation to their sources of sexuality education.

Another relevant finding is that the sexuality education intervention studied showed positive effects on knowledge, attitudes and sexual behaviour, although especially on girls.

Finally, the analysis of the sexual health data of the Asturian, and also Spanish, adolescents revealed a worrying situation, with a decrease in the use of condoms, an increase in rates of sexually transmitted infections and also high rates of abortion, especially among immigrant adolescents. Likewise, gender violence is a reality at these ages, which is another urgent issue to be addressed. These indicators seem to be evolving better among the Asturian population. In view of this reality, the responsible authorities should consider urgently implementing interventions of proven effectiveness, such as compulsory sexuality education in schools, sexual health services or access to contraceptive methods. This is the only way to guarantee the rights and sexual health of the population in general and of adolescents in particular.

"My vision is a world in which it will be easier to love"

Paulo Freire

A todas las personas  
que trabajan en educación sexual,  
por colaborar en mejorar la salud sexual de la población  
y por su activismo en defensa de los  
derechos sexuales.

## AGRADECIMIENTOS

---

Este trabajo ha sido posible gracias a muchas personas que me han ayudado y compartido conmigo sus saberes y experiencias, a veces también su amistad, en el apasionante mundo de las sexualidades y de la educación sexual.

En primer lugar, debo reconocer la labor de mi director, Esteban Agulló Tomás, por su visión y aportaciones, por su tiempo y su dedicación, por su ánimo y acompañamiento... durante este largo a la par que bonito proceso.

A continuación, quiero dar las gracias al Conseyu de la Mocedá del Principáu d'Asturies, pues es ahí donde me acerqué al mundo de las sexualidades de la mano de su **Grupo de Salud**, con el que me formé y colaboré en diferentes intervenciones de educación sexual con menores y adolescentes. La labor del Conseyu, pionera en nuestra comunidad autónoma, sigue despertando mi reconocimiento y admiración.

Mis ideas sobre estos temas siguieron creciendo gracias a la asociación **Ye too ponese, espacio para la gestión de inéditos viables**, que me ha acompañado y me acompaña, con su grandeza y pequeñez, sus visiones diversas y respetuosas, su amistad y su cariño.

Mis compañeros del Máster de Salud Global también me ayudaron mucho, especialmente Eva Iráizoz, Elena Marbán y Mark Prunella. Asimismo, hay un profesor que hizo realidad gran parte de esta tesis, con su apoyo, su cuidado y su excelente labor profesional: Llorenç Quintó, bioestadístico del Instituto de Salud Global Barcelona.

Parte de mi vida profesional ha estado vinculada a la **Sección de Promoción de la Salud** de la Consejería de Salud de Asturias, donde he aprendido de grandes profesionales, no solo en cuestiones relacionadas con la salud, también con la vida: Carmen Mosquera, Marian Uría, Esther Arbesú, Ramón Quirós, Pepe Hevia y muchas otras personas.

Esta tesis también se vio enriquecida con una estancia internacional en el Instituto Fernandes Figueira (Río de Janeiro, Brasil), donde la labor (y amistad) de Marcos Nascimento ha sido clave para este trabajo (y, una vez más, también para la vida).

Para el final, mi familia, de la que he aprendido mucho de lo poco que sé, y todos esos adolescentes (y su profesorado), con los que he tenido el placer de trabajar y, sobre todo, de aprender de su ingenio, energía, simpatía, creatividad... Gracias por hacerme crecer.

## ÍNDICE GENERAL

---

|   |     |
|---|-----|
| PRESENTACIÓN .....  | 31  |
| CAPÍTULO 1 – INTRODUCCIÓN .....                               | 33  |
| CAPÍTULO 2 – MARCO NORMATIVO .....                            | 55  |
| CAPÍTULO 3 – EDUCACIÓN SEXUAL: EL ESTADO DE LA CUESTIÓN ..... | 63  |
| CAPÍTULO 4 – OBJETIVOS .....                                  | 75  |
| CAPÍTULO 5 – TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN .....                  | 83  |
| CAPÍTULO 6 – DISCUSIÓN DE RESULTADOS .....                    | 151 |
| CAPÍTULO 7 – CONCLUSIONES .....                               | 159 |
| CAPÍTULO 8 – INFORME DE FACTOR DE IMPACTO .....               | 171 |
| REFERENCIAS .....   | 177 |
| ANEXOS .....  | 193 |

## ÍNDICE TEMÁTICO

---

|  |    |
|--|----|
| <b>PRESENTACIÓN</b> .....  | 31 |
| <b>CAPÍTULO 1 – INTRODUCCIÓN</b> .....                                 | 33 |
| SALUD SEXUAL .....   | 34 |
| ANÁLISIS CONCEPTUAL DE LA SALUD SEXUAL .....                           | 34 |
| EL GÉNERO COMO EJE TRANSVERSAL .....                                   | 36 |
| EL CONSENSO INTERNACIONAL SOBRE LOS DERECHOS SEXUALES .....            | 38 |
| <br>   |    |
| ADOLESCENCIA .....   | 40 |
| LA ADOLESCENCIA, UNA ETAPA CLAVE EN EL DESARROLLO Y EL BIENESTAR ..... | 40 |
| LA SALUD SEXUAL DE LA ADOLESCENCIA .....                               | 43 |
| <br>   |    |
| EDUCACIÓN SEXUAL .....   | 46 |
| EDUCACIÓN SEXUAL, UN DERECHO DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA .....    | 46 |
| LA EVOLUCIÓN DE LOS MODELOS DE EDUCACIÓN SEXUAL .....                  | 48 |
| LA EFECTIVIDAD DE LA EDUCACIÓN SEXUAL EN LAS ESCUELAS .....            | 51 |
| <br>   |    |
| <b>CAPÍTULO 2 – MARCO NORMATIVO</b> .....                              | 55 |
| LA PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS SEXUALES .....                           | 56 |
| SALUD SEXUAL Y LEGISLACIÓN INTERNACIONAL .....                         | 56 |
| LA EDUCACIÓN SEXUAL EN EL MARCO INTERNACIONAL .....                    | 57 |
| <br>   |    |
| NORMATIVA EN ESPAÑA SOBRE EDUCACIÓN SEXUAL .....                       | 60 |
| LEYES NACIONALES PARA LA IGUALDAD Y LA EDUCACIÓN SEXUAL .....          | 60 |
| LEGISLACIÓN SOBRE EDUCACIÓN SEXUAL EN ASTURIAS .....                   | 61 |
| EDUCACIÓN SEXUAL, RECOMENDACIÓN Y OBLIGACIÓN .....                     | 61 |

|  |     |
|--|-----|
| <b>CAPÍTULO 3 – EDUCACIÓN SEXUAL: EL ESTADO DE LA CUESTIÓN</b> .....               | 63  |
| LA INCORPORACIÓN DE LA EDUCACIÓN SEXUAL EN LA ESCUELA.....                         | 64  |
| SITUACIÓN DE LA EDUCACIÓN SEXUAL EN EL MUNDO .....                                 | 64  |
| LA EDUCACIÓN SEXUAL EN ESPAÑA: LIMITADA Y VOLUNTARIA .....                         | 66  |
| <br>   |     |
| EDUCACIÓN SEXUAL: EL CASO ASTURIAS .....   | 69  |
| EL INICIO DE LA EDUCACIÓN SEXUAL EN LA ESCUELA DE ASTURIAS .....                   | 69  |
| “NI OGROS NI PRINCESAS”, UNA PROPUESTA DE EDUCACIÓN SEXUAL PARA ADOLESCENTES ..... | 70  |
| “SEXUALIDADES”, UN PROYECTO CON MATERIAS CURRICULARES PARA LA ESO .....            | 73  |
| <br>   |     |
| <b>CAPÍTULO 4 – OBJETIVOS</b> .....  | 75  |
| PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN .....  | 76  |
| OBJETIVOS GENERAL Y ESPECÍFICOS.....   | 76  |
| HIPÓTESIS .....  | 78  |
| PROCEDIMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN .....  | 80  |
| PRINCIPIOS ÉTICOS Y CONSENTIMIENTO INFORMADO .....                                 | 82  |
| <br>   |     |
| <b>CAPÍTULO 5 – TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN</b> .....                                | 83  |
| PRESENTACIÓN .....   | 84  |
| ESTUDIO 1: EVOLUCIÓN DE LA FUENTES DE INFORMACIÓN SEXUAL .....                     | 85  |
| RESUMEN.....   | 85  |
| ABSTRACT.....  | 86  |
| INTRODUCCIÓN.....  | 87  |
| OBJETIVOS.....   | 88  |
| MÉTODO.....  | 88  |
| RESULTADOS .....   | 90  |
| DISCUSIÓN .....  | 96  |
| CONCLUSIONES.....  | 99  |
| REFERENCIAS.....   | 101 |

|  |     |
|--|-----|
| <b>ESTUDIO 2: IMPACT OF A SEX EDUCATION PROGRAMME</b> .....                      | 107 |
| ABSTRACT.....  | 107 |
| INTRODUCTION.....  | 108 |
| METHODS .....  | 110 |
| RESULTS.....   | 114 |
| DISCUSSION .....   | 119 |
| REFERENCES.....  | 122 |
| <br>   |     |
| <b>ESTUDIO 3: EVOLUCIÓN DE LA SALUD SEXUAL DE LA POBLACIÓN ADOLESCENTE</b> ..... | 126 |
| RESUMEN.....   | 126 |
| ABSTRACT.....  | 127 |
| INTRODUCCIÓN.....  | 128 |
| MATERIAL Y MÉTODOS.....  | 130 |
| RESULTADOS.....  | 132 |
| DISCUSIÓN .....  | 140 |
| REFERENCIAS.....   | 144 |
| <br>   |     |
| <b>CAPÍTULO 6 – DISCUSIÓN DE RESULTADOS</b> .....                                | 151 |
| DISCUSIÓN GENERAL .....  | 152 |
| HIPÓTESIS PLANTEADAS Y SU GRADO DE CUMPLIMIENTO .....                            | 156 |
| <br>   |     |
| <b>CAPÍTULO 7 – CONCLUSIONS</b> .....  | 159 |
| GENERAL CONCLUSIONS.....   | 160 |
| CONCLUSIONS BY OBJECTIVES.....   | 165 |
| LIMITACIONES Y FUTURAS INVESTIGACIONES.....                                      | 168 |

|  |     |
|--|-----|
| <b>CAPÍTULO 8 – INFORME DE FACTOR DE IMPACTO</b> .....                 | 171 |
| INFORME CON EL FACTOR DE IMPACTO DE LAS PUBLICACIONES .....            | 172 |
| PRODUCTIVIDAD Y DIFUSIÓN DE LA INVESTIGACIÓN .....                     | 174 |
| <br>   |     |
| <b>REFERENCIAS</b> .....   | 177 |
| <br>   |     |
| <b>ANEXOS</b> .....  | 193 |
| ANEXO 1. CUESTIONARIO DE LA INVESTIGACIÓN .....                        | 194 |
| ANEXO 2. ACEPTACIÓN DE RQR ENFERMERÍA COMUNITARIA .....                | 197 |
| ANEXO 3. ARTÍCULO PUBLICADO EN GLOBAL HEALTH PROMOTION .....           | 199 |
| ANEXO 4. ARTÍCULO PUBLICADO EN REVISTA ESPAÑOLA DE SALUD PÚBLICA ..... | 209 |

## ÍNDICE DE RECUADROS Y FIGURAS

---

### RECUADROS

|   |     |
|---|-----|
| RECUADRO 1. ELEMENTOS CONCEPTUALES CLAVE DE LA SALUD SEXUAL .....   | 35  |
| RECUADRO 2. DERECHOS SEXUALES.....                                  | 39  |
| RECUADRO 3. ¿QUÉ TIENE DE ESPECIAL LA ADOLESCENCIA? .....           | 40  |
| RECUADRO 4. ODS Y METAS VINCULADAS A LOS DERECHOS SEXUALES .....    | 42  |
| RECUADRO 5. INTERVENCIONES PRIORIZADAS PARA LA ADOLESCENCIA .....   | 45  |
| RECUADRO 6. BASADA EN LOS DERECHOS HUMANOS.....                     | 47  |
| RECUADRO 7. NUEVE COMPONENTES EN LA EDUCACIÓN DE LA SEXUALIDAD..... | 54  |
| RECUADRO 8. LEGISLACIÓN NACIONAL Y AUTONÓMICA .....                 | 62  |
| RECUADRO 9. ESQUEMA DEL PROGRAMA “NI OGROS NI PRINCESAS” .....      | 71  |
| RECUADRO 10. CARACTERÍSTICAS DE UN CURRÍCULO EFICAZ .....           | 74  |
| RECUADRO 11. SÍNTESIS DE CONCEPTOS CLAVE, TEMAS Y OBJETIVOS .....   | 162 |

### FIGURAS

|   |     |
|---|-----|
| FIGURA 1. MAPA GLOBAL QUE MUESTRA LAS TASAS DE PREVALENCIA REGIONAL DE VIOLENCIA ÍNTIMA DE PAREJA POR REGIÓN OMS..... | 36  |
| FIGURA 2. MARCO PARA LA FUNCIÓN DEL GÉNERO COMO FACTOR SOCIAL DETERMINANTE DE LA SALUD .....                          | 37  |
| FIGURA 3. EVOLUCIÓN DE LOS MODELOS DE EDUCACIÓN SEXUAL.....   | 49  |
| FIGURE 4. FLOWCHART FOR GROUP-RANDOMIZED, CONTROLLED DESIGN .....   | 112 |

## ÍNDICE DE TABLAS

---

|  |     |
|--|-----|
| TABLA 1. NÚMERO Y PORCENTAJE DE PROGRAMAS DE EDUCACIÓN SEXUAL CON EFECTOS EN CONDUCTAS SEXUALES .....  | 52  |
| TABLA 2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS Y SU CORRESPONDENCIA CON CADA TRABAJO DE INVESTIGACIÓN .....  | 81  |
| TABLA 3. NÚMERO (Y%) DE RESPUESTA AFIRMATIVA A FUENTE DE INFORMACIÓN SOBRE SEXUALIDAD, EN EL PRE-TEST, POST-TEST Y POST-TEST A MEDIO PLAZO, POR SEXO ..... | 93  |
| TABLA 4. NÚMERO (Y%) DE RESPUESTA AFIRMATIVA A FUENTE DE INFORMACIÓN MÁS ÚTIL, EN EL PRE-TEST, POST-TEST Y POST-TEST A MEDIO PLAZO, POR SEXO .....         | 94  |
| TABLA 5. NÚMERO (Y%) DE RESPUESTA A “IDEAS SOBRE SEXUALIDAD”, EN EL PRE-TEST, POST-TEST Y POST-TEST A MEDIO PLAZO, POR SEXO.....                           | 95  |
| TABLA 6. KNOWLEDGE, ATTITUDES AND SKILLS .....   | 115 |
| TABLA 7. SEXUAL BEHAVIOUR .....  | 118 |
| TABLA 8. INDICADORES DE CONDUCTA SEXUAL EN POBLACIÓN ADOLESCENTE ASTURIANA Y ESPAÑOLA .....  | 135 |
| TABLA 9. TASA DE IVE EN MUJERES DE 15 A 19 AÑOS EN ASTURIAS Y ESPAÑA (X 1.000 MUJERES).....  | 138 |
| TABLA 10. TASA DE VIH, GONORREA Y SÍFILIS EN JÓVENES DE 15 A 19 AÑOS EN ASTURIAS Y EN ESPAÑA (X 100.000).....  | 138 |
| TABLA 11. NÚMERO DE MUJERES MENORES DE 25 AÑOS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO CON ORDEN DE PROTECCIÓN O MEDIDAS CAUTELARES Y TASA POR 1.000 .....         | 139 |
| TABLA 12. PORCENTAJE DE FUENTE DE INFORMACIÓN DE EDUCACIÓN SEXUAL EN VARIOS ESTUDIOS.....  | 153 |
| TABLA 13. OBJETIVOS CON HIPÓTESIS Y SU GRADO DE CUMPLIMIENTO .....   | 156 |

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

---

|  |     |
|--|-----|
| GRÁFICO 1. PORCENTAJE DE PROGRAMAS EFECTIVOS CON ENFOQUE DE DERECHOS Y GÉNERO VERSUS PORCENTAJE DE PROGRAMAS EFECTIVOS SIN ESTE ENFOQUE, POR CARACTERÍSTICAS SELECCIONADAS ..... | 53  |
| GRÁFICO 2. NÚMERO DE ABORTOS AL AÑO EN MUJERES DE 15-19 AÑOS Y 20-24 AÑOS, DESDE 2000 A 2009, EN ESTONIA.....  | 65  |
| GRÁFICO 3. NÚMERO DE ITS AL AÑO EN POBLACIÓN DE 15-19 AÑOS Y 20-24 AÑOS, DESDE 2000 A 2009, EN ESTONIA.....  | 65  |
| GRÁFICO 4. NÚMERO DE INFECCIONES POR VIH AL AÑO EN POBLACIÓN DE 15-19 AÑOS Y 20-24 AÑOS, DESDE 2000 A 2009, EN ESTONIA .....   | 65  |
| GRÁFICO 5. EVOLUCIÓN DE LA PARTICIPACIÓN EN EL PROGRAMA “NI OGROS NI PRINCESAS” (2008-2019) .....  | 72  |
| GRÁFICO 6. SERVICIOS E INTERVENCIONES NECESARIAS PARA GARANTIZAR LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE TODA LA POBLACIÓN.....  | 163 |

## SIGLAS Y ABREVIATURAS

---

**CI:** Confidence Intervals

**Dif-in-difs:** Difference-in-differences

**ESO:** Educación Secundaria Obligatoria

**ITS:** Infecciones de Transmisión Sexual

**HBSC:** Health Behaviour in School-aged Children

**IVE:** Interrupción Voluntaria del Embarazo

**NONP:** Ni Ogros Ni Princesas, Neither Ogres Nor Princesses

**ODS:** Objetivos de Desarrollo Sostenible

**OMS:** Organización Mundial de la Salud

**ONU:** Organización de las Naciones Unidas

**OR:** Odds Ratio

**ROR:** Ratio of Odds Ratios

**SDGs:** United Nations Sustainable Goals

**STIs:** Sexually Transmitted Infections

**UNESCO:** Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura

**UNFPA:** Fondo de Población de las Naciones Unidas

**UNICEF:** Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

**VIH:** Virus de la Inmunodeficiencia Humana

**WHO:** World Health Organization

## PRESENTACIÓN

---

Este trabajo tiene como objetivo conocer la situación de la educación sexual de la población adolescente asturiana y analizar su influencia en su salud sexual. Para ello, se articula en dos partes bien definidas, que tratan, por un lado, de aportar las bases teórico-prácticas relacionadas con el objetivo de la investigación y, por otro, presentar y desarrollar el estudio empírico que se ha llevado a cabo. Dicho estudio se estructura en tres artículos publicados o aceptados para su publicación en tres revistas científicas, lo que posibilita que la presente tesis doctoral se presente como compendio de artículos.

La primera parte de esta tesis recoge, por tanto, las bases teóricas y normativas que permiten conceptualizar y contextualizar el tema de investigación. Se hace un análisis teórico sobre la salud sexual, la sexualidad, adolescencia y la educación sexual para establecer el marco conceptual y científico (capítulo 1). Asimismo, se revisa el marco normativo para conocer las normas que rigen en los distintos territorios sobre el tema de investigación (capítulo 2). Por último, teniendo en cuenta el marco conceptual y normativo, se hace una descripción de la situación de la educación sexual a nivel internacional, en España y en Asturias (capítulo 3).

La segunda parte de esta tesis desarrolla el estudio empírico propiamente dicho: se describen los objetivos (capítulo 4), se presentan los trabajos de investigación llevados a cabo y sus resultados (capítulo 5), se realiza una discusión general de los mismos (capítulo 6) y se obtienen unas conclusiones generales y por objetivos (capítulo 7).

El capítulo 5, por tanto, que presenta los trabajos de investigación, se compone de tres artículos publicados o aceptados para su publicación por revistas científicas. Estos artículos están redactados con la estructura clásica de la literatura científica: introducción, métodos, resultados y discusión.

De este modo, el primer artículo presenta las principales fuentes de educación sexual identificadas por la adolescencia asturiana, su evolución durante esta etapa y la utilidad percibida de las mismas por las y los jóvenes.

El segundo artículo aborda el impacto de una intervención de educación sexual en los conocimientos, actitudes, habilidades y conducta sexual de adolescentes asturianos.

Finalmente, el tercero describe la situación de la salud sexual de la adolescencia asturiana, con indicadores recogidos por otros trabajos, y la compara con la situación de la adolescencia española.

Por último, se adjunta un informe del factor de impacto de las publicaciones científicas correspondientes (capítulo 8).

Parte de esta tesis doctoral está redactada en inglés (uno de los artículos y las conclusiones) ya que aspira a la mención de doctorado internacional, tras una estancia internacional en el Instituto Fernandes Figueira en Río de Janeiro (Brasil). Durante esta estancia, se elaboró parte de esta tesis, bajo la tutela del doctor en Salud Pública Marcos Nascimento, en el marco del Programa de Pos Grado en la Salud de la Niñez y la Mujer.

## **CAPÍTULO 1**

---

### **INTRODUCCIÓN**

## SALUD SEXUAL

---

### Análisis conceptual de la salud sexual

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud sexual como un estado de bienestar físico, emocional, mental y social en relación a la sexualidad, y no solo como la ausencia de enfermedad o disfunción<sup>1</sup>.

Este concepto se sustenta en una perspectiva positiva, integral y respetuosa de la sexualidad, que es definida por la OMS como “ un aspecto central del ser humano a lo largo de la vida que abarca el sexo, las identidades y roles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción”<sup>1</sup>. Asimismo, la OMS señala que “la sexualidad se experimenta y se expresa en pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, comportamientos, prácticas, roles y relaciones”, y “está influenciada por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, legales, históricos, religiosos y espirituales”<sup>1</sup>.

Atendiendo a este enfoque de la sexualidad, la salud sexual está orientado, por tanto, a que las personas puedan disfrutar de una vida sexual satisfactoria durante todas las etapas, con prácticas eróticas, si así lo deciden, placenteras y seguras, libres de coerción, discriminación y violencia<sup>1,2</sup>.

A nivel conceptual, la salud sexual también está interrelacionada directa e indirectamente con la salud reproductiva. De hecho, el término “salud sexual y reproductiva” se convirtió en estándar en la mayor parte del mundo desde la **Conferencia Internacional de Población y Desarrollo**, de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), celebrada en el Cairo en 1994<sup>3</sup>. Sin embargo, en la actualidad, se reconoce ampliamente que la salud sexual es más amplia que la reproductiva y se considera un área con entidad propia<sup>2</sup> ya que va más allá de la reproducción, incluye a personas y parejas de todas las orientaciones e identidades, y es importante a lo largo de toda la vida. Se reconocen así, dentro de la salud sexual, temas como el placer, las prácticas eróticas y sus significados, las condiciones de elección o coacción que motivan estas prácticas, la diversidad sexual, la prevención de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) o la aceptación y el uso de anticonceptivos, entre otros<sup>2</sup>.

En definitiva, la salud sexual es un componente esencial del bienestar de la vida de las personas<sup>1</sup> que prioriza la sexualidad como un valor humano positivo y fuente de placer. Con este enfoque, la sexualidad se construye en torno al empoderamiento de las personas, la igualdad de mujeres y hombres, y el respeto de las diversas orientaciones e identidades como condiciones necesarias para desarrollar proyectos de vida emocional, afectiva y sexual en libertad<sup>2</sup>.

### Recuadro 1. Elementos conceptuales clave de la salud sexual

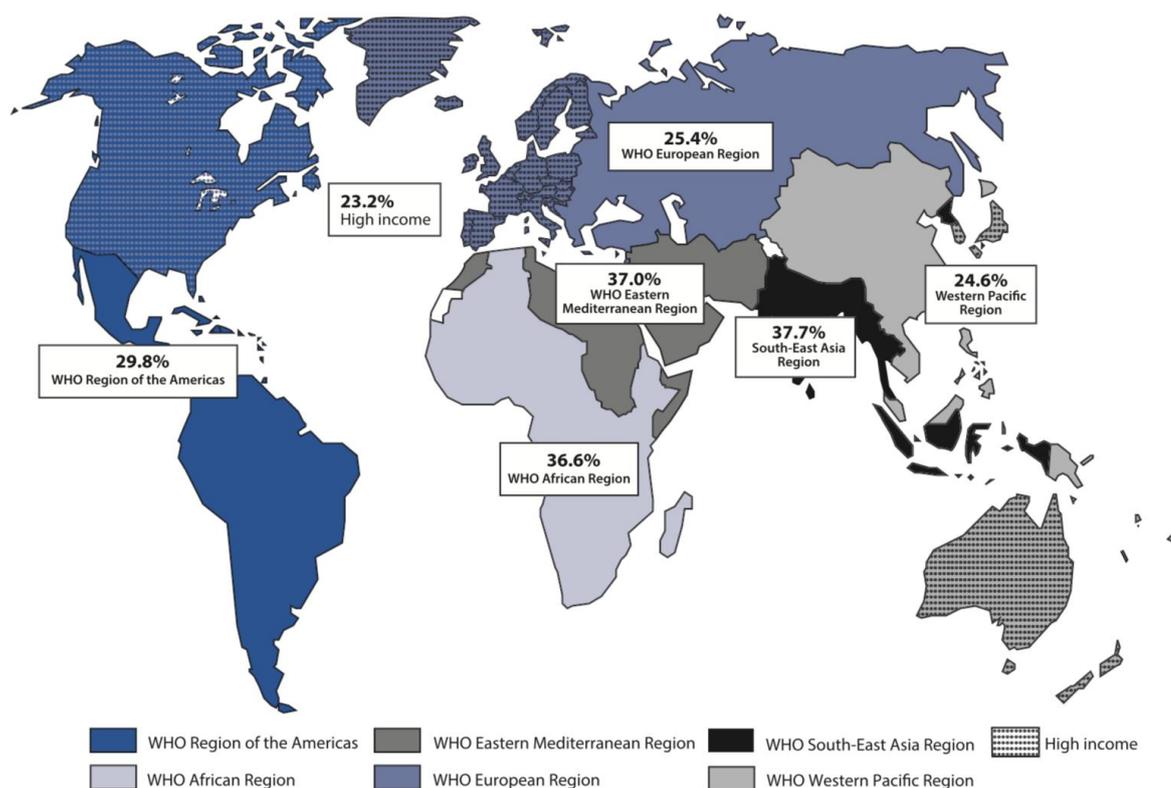
- La salud sexual aborda el bienestar, no solo la ausencia de enfermedades.
  - La salud sexual implica respeto, seguridad y libertad sin discriminación y ni violencia.
  - La salud sexual depende del cumplimiento de ciertos derechos humanos.
  - La salud sexual es relevante a lo largo de la vida de la persona, no solo para aquellos en edad reproductiva.
  - La salud sexual se expresa a través de diversas sexualidades y formas de expresión sexual.
  - La salud sexual está influenciada de manera crítica por las normas, roles, expectativas y dinámicas de poder de género.
- La salud sexual debe entenderse dentro de contextos sociales, económicos y políticos específicos.

Fuente: “Developing sexual health programmes. A framework for action”  
(World Health Organization, 2010)<sup>2</sup>.

## El género como eje transversal

El marco teórico actual de la salud sexual introduce, de forma transversal, el género como un eje central que condiciona la salud sexual en todas las partes del mundo<sup>2</sup>. El género es, por tanto, una perspectiva necesaria, primordial y obligatoria para alcanzar la igualdad de mujeres y hombres, y también para la salud sexual. Las consecuencias tan negativas de la desigualdad entre hombres y mujeres en general, y de la violencia contra las mujeres en particular, están bien documentadas, con impactos significativos en la salud de las mujeres, y en especial en su salud sexual y reproductiva<sup>4,5</sup>.

**Figura 1.** Mapa global que muestra las tasas de prevalencia regional de violencia íntima de pareja por región OMS (2010)

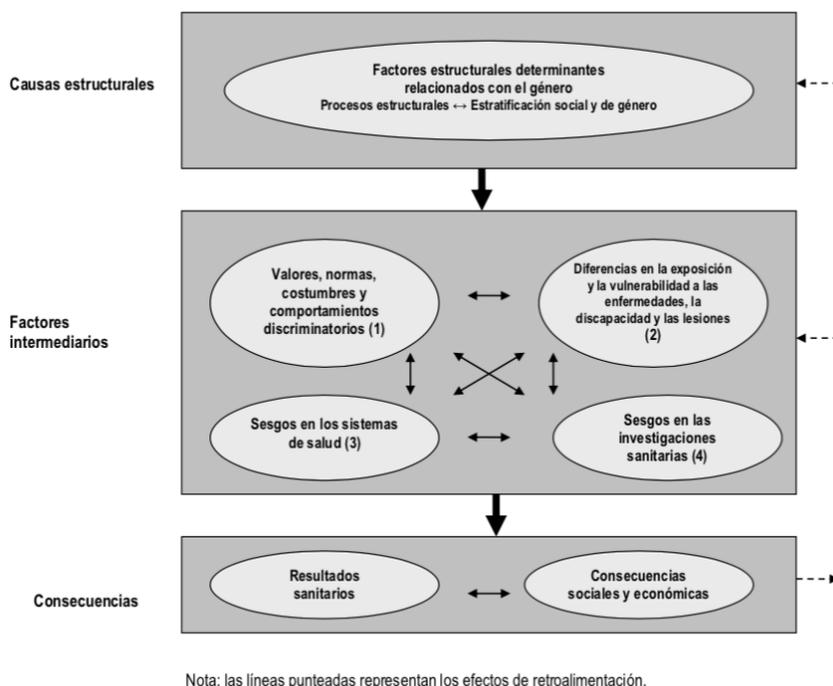


Fuente: “Global and regional estimates of violence against women: Prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence” (World Health Organization, 2013)<sup>5</sup>.

En 1979, la **Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer**<sup>6</sup>, aprobada por la ONU, fue el primer tratado internacional que reconocía expresamente los derechos humanos de las mujeres y establecía como objetivos prioritarios su plena participación, en condiciones de igualdad, en todos los ámbitos de la vida, y la erradicación de todas las formas de discriminación basadas en el sexo.

Posteriormente, la **Declaración y Programa de Acción de Viena (1993)**<sup>7</sup> instó a los Estados a eliminar la violencia contra las mujeres en la vida pública y privada, y todas las formas de acoso y explotación sexuales incluyendo la trata de mujeres, las violaciones sistemáticas, la esclavitud sexual y los embarazos forzados. El derecho de las mujeres a una atención de salud adecuada, y de forma específica a los servicios de planificación familiar, era otra de las prioridades. Por último, en 1995, la **Cuarta Conferencia Mundial de las Mujeres**<sup>8</sup> remarcó el derecho humano de las mujeres de ejercer control y decidir libre y responsablemente sobre los asuntos relacionados con su sexualidad, incluyendo salud sexual y reproductiva, sin coerción, discriminación o violencia.

**Figura 2.** Marco para la función del género como factor social determinante de la salud



Fuente: "La inequidad de género en la salud" (Organización Panamericana de la Salud, 2007)<sup>10</sup>.

## El consenso internacional sobre los Derechos Sexuales

Para garantizar la salud sexual de la población, existe un consenso internacional sobre la necesidad de respetar y proteger ciertos derechos humanos relacionados con este tema, que se definen como Derechos Sexuales. Estos derechos se construyen sobre la aplicación de los derechos humanos existentes a la sexualidad y a la salud sexual. Se garantizan así que todas las personas puedan expresar su sexualidad, disfrutar de salud sexual y gozar de una vida sexual libre, satisfactoria y segura, con igualdad y respeto<sup>1,2</sup>.

Estos derechos están en constante evolución y revisión, gracias a la acción y reivindicación de, entre otros, el movimiento internacional de mujeres, organizaciones internacionales como Amnistía Internacional o Human Rights Watch o el colectivo de Lesbianas, Gays, Bisexuales y Transexuales<sup>9</sup>. Asimismo, en su reconocimiento y formulación, han participado organizaciones como la Asociación Mundial de Sexología<sup>10</sup>, la Federación Internacional de Planificación de la Familia<sup>11</sup> o la Comisión Guttmacher-Lancet<sup>12</sup>.

Como resultado, los derechos sexuales son reconocidos por la comunidad internacional como derechos humanos fundamentales, universales e inalienables, que deben ser respetados, protegidos y cumplidos<sup>1,2,10</sup>. Así, en el marco de la ONU, existen declaraciones, convenciones y pactos al respecto<sup>1,2,9,10,13-16</sup>. Se establecen así, entre otros el derecho a la libertad, a la equidad, a la privacidad, al placer..., y también el derecho a una educación sexual integral<sup>1,2,10,13-16</sup>.

Por tanto, la salud sexual, reconocida y protegida por los derechos sexuales, se considera un componente esencial del bienestar de la vida de las mujeres, hombres y familias, y un elemento clave para el desarrollo social y económico de comunidades y países<sup>1,2</sup>. En este sentido, existe un reconocimiento internacional de la necesidad de invertir en la salud sexual de la adolescencia para lograr el bienestar de este grupo y también para alcanzar el bienestar actual y futuro de las sociedades<sup>17-19</sup>. Se considera, de este modo, prioritario garantizar la salud y los derechos sexuales de las y los adolescentes, ya que tienen más probabilidades de desarrollar problemas de salud debido a que los factores biológicos, sociales, económicos y culturales aumentan su vulnerabilidad<sup>1,2,17-20</sup>.

## Recuadro 2. Derechos sexuales

Los derechos sexuales son derechos humanos e incluyen el derecho de todas las personas, libres de discriminación, coerción y violencia, para:

- alcanzar el más alto nivel posible de salud sexual, lo que incluye el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva.
- buscar, recibir e impartir información relacionada con la sexualidad.
- recibir educación integral sobre sexualidad basada en evidencia.
- respetar su integridad corporal.
- elegir a su pareja sexual.
- decidir ser sexualmente activo o no.
- entablar relaciones sexuales consensuadas.
- elegir si quiere, cuándo y con quién casarse.
- contraer matrimonio con libre y pleno consentimiento y con igualdad entre cónyuges en el matrimonio y para la disolución del mismo.
- perseguir una vida sexual satisfactoria, segura y placentera, libre de estigma y discriminación
- tomar decisiones libres, informadas y voluntarias sobre su sexualidad, orientación sexual e identidad de género.

Fuente: “Accelerate progress—sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher-Lancet Commission” (Lancet, 2018)<sup>12</sup>.

## ADOLESCENCIA

### La adolescencia, una etapa clave en el desarrollo y el bienestar

Según la OMS, la adolescencia es el periodo de edad entre los 10 y los 19 años que se caracteriza por grandes cambios físicos, emocionales, psicológicos y sociales<sup>21</sup>. Estos cambios van a afectar a todos los aspectos de la vida de las y los adolescentes, que van a vivir así un periodo único en el ciclo vital y de enorme relevancia para sentar las bases de la salud en la etapa adulta<sup>2</sup>. Se produce, de este modo, crecimiento físico, cambios hormonales, desarrollo sexual, emociones nuevas, aumento en las capacidades cognitivas e intelectuales, cambios en las relaciones...<sup>19,22</sup>. Asimismo, junto con la maduración física y sexual, aparece el interés por las prácticas eróticas y cobran especial relevancia la orientación del deseo y la identidad de género<sup>19,23</sup>.

#### Recuadro 3. ¿Qué tiene de especial la adolescencia?

| <b>Rápido desarrollo físico, cognitivo, social, emocional y desarrollo sexual</b>   | <b>Ampliación de la brecha entre madurez biológica y transición social a la edad adulta</b>   | <b>Equilibrio entre protección y autonomía</b>   |
|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>–Cambios hormonales y pubertad.</li> <li>–Nuevas y complejas sensaciones y emociones.</li> <li>–Conciencia sexual e identidad de género.</li> <li>–Desarrollo explosivo y fisiológico del cerebro.</li> <li>–Capacidad cognitiva mejorada y evolucionada.</li> <li>–Control emocional y de impulsos influenciado por el contexto.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>–Más años en educación y entrenamiento por la expansión de la educación primaria, secundaria y avanzada.</li> <li>–Inicio posterior en el empleo y formación de familia.</li> <li>–Participación más independiente en servicios de salud, que deberían estar preparados para atender las necesidades especiales de la adolescencia.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>–Autonomía emergente pero limitado acceso a recursos (ej. finanzas o transporte).</li> <li>–Representación apropiada en los órganos de decisión.</li> <li>–Derechos de consentimiento para los servicios, acorde con la capacidad evolutiva.</li> <li>–Mayor vulnerabilidad a algunos aspectos de la globalización (ej. juegos, pornografía, acoso en línea)</li> </ul> |

Fuente: “Global Accelerated Action for the Health of Adolescents (AA-HA!): guidance to support country implementation” (World Health Organization, 2017)<sup>19</sup>.

El desarrollo, en esta etapa, de una salud sexual positiva, con componentes físicos, emocionales, mentales y sociales, es de suma importancia para una vivencia satisfactoria de su propia sexualidad, basada en los placeres y la salud, el fomento de la autoestima y la autonomía personal, la igualdad de mujeres y hombres, y el respeto a la diversidad sexual<sup>19,24</sup>. Asimismo, junto a estos, hay otros temas de interés como, entre otros, los embarazos no deseados, los riesgos para la salud asociados con la maternidad temprana, el aborto o las ITS<sup>19</sup>.

En este sentido, el bienestar sexual también implica un enfoque informado y respetuoso de las prácticas eróticas y, si una persona es sexualmente activa, tener prácticas aceptadas de mutuo acuerdo, responsables y seguras, para prevenir las ITS y los embarazos no deseados<sup>25</sup>.

La adolescencia es, por tanto, una etapa clave en el desarrollo humano y de gran importancia para la salud pública y para el bienestar futuro, especialmente en relación a la sexualidad<sup>20</sup>, tal y como reconoce la ONU en sus **Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)**<sup>26</sup>: 17 objetivos para mejorar la salud, la educación y la equidad en el mundo, aprobados por casi 200 países, entre ellos España; tres de estos objetivos incorporan cuestiones relacionadas con la salud sexual y la sexualidad de la adolescencia:

–Objetivo 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades.

–Objetivo 4: Garantizar una educación inclusiva y equitativa de calidad y promover oportunidades de aprendizaje permanente para todos.

–Objetivo 5: Lograr la igualdad de género y empoderar a todas las mujeres y las niñas

Cada uno de estos objetivos incorpora metas y como ejemplo, entre otras, el Objetivo 3 señala el acceso a una educación sexual integral como una meta obligatoria<sup>26</sup>.

En el recuadro 4, se detallan los ODS y las metas establecidas para cada uno de estos objetivos vinculados a los Derechos Sexuales.

#### Recuadro 4. ODS y metas vinculadas a los Derechos Sexuales

##### **Objetivo 3. Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades**

- ⇒ Meta 3.3. De aquí a 2030, poner fin a las epidemias del SIDA, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades tropicales desatendidas y combatir la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles.
- ⇒ Meta 3.7. De aquí a 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación familiar, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales.

##### **Objetivo 4. Garantizar una educación inclusiva y equitativa de calidad y promover oportunidades de aprendizaje permanente para todos**

- ⇒ Meta 4.5. De aquí a 2030, eliminar las disparidades de género en la educación y asegurar el acceso igualitario a todos los niveles de la enseñanza y la formación profesional para las personas vulnerables, incluidas las personas con discapacidad, los pueblos indígenas y los niños en situaciones de vulnerabilidad.

##### **Objetivo 5. Lograr la igualdad de género y empoderar a todas las mujeres y las niñas**

- ⇒ Todas las metas vinculadas a este objetivo.

Fuente: Elaboración propia a partir de “Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development” (ONU, 2015)<sup>26</sup>.

## La salud sexual de la adolescencia

Se estima que hay 1.200 millones de adolescentes en el mundo, lo que supone casi un 20% de la población mundial<sup>27</sup>. Son extremadamente diversos y diferentes en cultura, nacionalidad, riqueza, educación, familia y muchas otras cuestiones, lo que sin duda tiene un gran impacto en su salud y bienestar<sup>19</sup>.

En relación a la salud sexual, a nivel mundial, las y los adolescentes sexualmente activos tienen un riesgo particularmente alto de contraer una ITS en comparación con otros grupos de edad, en parte por una mayor susceptibilidad biológica a la infección y un acceso relativamente bajo a los servicios de salud y/o uso de los mismos<sup>20,28</sup>, junto con otros factores<sup>1,2,17,18</sup>.

En 2015, casi la mitad de nuevas infecciones por Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) en el mundo ocurrieron en jóvenes de 15 a 24 años y se estima que 250.000 adolescentes de 15 a 19 años contrajeron el VIH, siendo dos tercios de estas nuevas infecciones en chicas<sup>29</sup>. En total, se estima que, a nivel mundial, hay más de 2 millones de menores viviendo con el VIH<sup>30</sup>. Por otra parte, la mortalidad relacionada con el Síndrome de Inmunodeficiencia Humana ha aumentado en las y los adolescentes, a nivel mundial y sobre todo en África<sup>30</sup>, siendo la octava causa de muerte en la adolescencia en 2015<sup>31</sup>.

En relación al resto de ITS, los datos son limitados y están poco sistematizados pero, como ya se comentó, la adolescencia presenta una vulnerabilidad mayor<sup>1,2,17,20,28</sup>. Asimismo, en algunas ITS, está documentado que hay más transmisiones, tanto en chicas como en chicos, al inicio de las prácticas sexuales, hecho que en ocasiones se produce en la adolescencia<sup>32</sup>.

Paralelamente, las chicas también sufren las consecuencias de embarazos no deseados, acompañados en ocasiones de graves consecuencias para su salud. En 2015, el 11% de todos los nacimientos que ocurrieron en el mundo fueron en chicas de 15 a 19 años<sup>30</sup>. De este modo, la tasa mundial de natalidad de este grupo fue 44 nacimientos por 1000, con un rango entre 1 y más de 200 por 1.000, en función del país<sup>30</sup>. Como consecuencia, las complicaciones durante el embarazo y el parto fueron la principal causa de muerte en chicas de 15 a 19 años en el mundo<sup>30</sup>.

Por último, la violencia contra las mujeres es un grave problema de salud pública y una violación flagrante de los derechos humanos, con graves repercusiones en la capacidad de las mujeres para controlar su salud sexual y reproductiva<sup>33</sup>. Se estima que el 35% de las mujeres ha sido víctima de violencia física y/o sexual<sup>33</sup> y un 10% de chicas menores de 20 años indica haber sufrido violencia sexual<sup>30</sup>.

El cuidado de la salud sexual y reproductiva en la adolescencia es, por tanto, una emergencia para la salud pública mundial<sup>14</sup>. Esta etapa ya fue priorizada en 1995 en la **Conferencia Internacional de Población y Desarrollo**, de la ONU<sup>8</sup>, que exigía “satisfacer las necesidades educativas y de atención sanitaria de los adolescentes para que puedan tratar de manera positiva y responsable su sexualidad”.

Casi dos décadas después, la **Comisión de Población y Desarrollo**<sup>17</sup> señaló la urgencia de garantizar los derechos sexuales de la juventud y los puntos clave de la resolución final incluían la educación sexual integral, la atención sanitaria sexual y reproductiva, y la protección y promoción del derecho de la juventud a controlar su sexualidad, libre de violencia, discriminación y coacción.

En la actualidad, la “**Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente**” (2016-2030)<sup>34</sup>, de la ONU, prioriza 14 intervenciones para la salud general y desarrollo adolescente, entre las que se encuentra la educación sexual. Asimismo, en 2017, la OMS, con el apoyo de ONU Mujeres, ONUSIDA, la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), establece siete intervenciones efectivas para lograr la salud sexual y reproductiva de los adolescentes, siendo una de ellas la educación sexual integral en las escuelas<sup>19</sup>. Por último, también en 2017, la UNESCO, en su estrategia para la contribución a los **ODS**, “**La educación para la salud y el bienestar**”<sup>35</sup>, establece como prioridad estratégica número uno garantizar que todas las niñas, niños y jóvenes reciban una educación en sexualidad integral y de calidad: “una educación escolar integral y de calidad sobre sexualidad transmite conocimientos exactos, promueve actitudes y valores positivos, y desarrolla competencias que permiten tomar decisiones con conocimiento de causa. Estas, a su vez, surten efectos positivos para la salud sexual y reproductiva”.

### Recuadro 5. Intervenciones, basadas en la evidencia, priorizadas para la adolescencia

| Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (ONU, 2015) <sup>34</sup>   | Global Accelerated Action for the Health of Adolescents (OMS, 2017) <sup>19</sup>  | La educación para la salud y el bienestar (UNESCO, 2017) <sup>35</sup>  |
|--|--|---|
| <p>1) Vacunaciones sistemáticas</p> <p>2) Promoción de conductas saludables</p> <p>3) Prevención, detección y gestión de la anemia, sobre todo en chicas</p> <p>4) Educación integral sobre sexualidad</p> <p>5) Información, asesoramiento y servicios en materia de salud sexual y reproductiva integral, incluyendo métodos anticonceptivos</p> <p>6) Apoyo psicosocial y servicios conexos en materia de salud mental y bienestar del adolescente</p> <p>7) Prevención de la violencia sexual y otras formas de violencia de género, y respuestas ante esas prácticas</p> <p>8) Prevención de prácticas nocivas, como mutilación genital femenina y matrimonio precoz y forzado, y respuestas ante esas prácticas</p> <p>9) Prevención, detección y tratamiento de enfermedades transmisibles y no transmisibles, y de ITS y del aparato reproductor, con inclusión de VIH, tuberculosis y sífilis</p> <p>10) Circuncisión masculina médica voluntaria en países con una epidemia generalizada de VIH</p> <p>11) Detección y gestión del consumo de sustancias peligrosas y nocivas</p> <p>12) Educación parental para gestionar los trastornos conductuales de adolescentes</p> <p>13) Evaluación y gestión de adolescentes que presenten lesiones no intencionales, incluidas las relacionadas con consumo de alcohol</p> <p>14) Prevención de suicidios y gestión de los riesgos de autolesión/suicidio</p> | <p><b>En salud sexual y reproductiva:</b></p> <p>1) Educación sexual integral</p> <p>2) Información, asesoramiento y servicios salud sexual y reproductiva, incluyendo métodos anticonceptivos</p> <p>3) Prevención y respuesta a prácticas, como la mutilación genital femenina y el matrimonio temprano y forzado</p> <p>4) Atención al pre-embarazo, embarazo, nacimiento, parto, aborto (donde sea legal) y postaborto</p> <p>5) Prevención, detección y tratamiento de ITS, incluyendo VIH y sífilis</p> <p>6) Circuncisión masculina médica voluntaria en países con epidemia de VIH.</p> <p>7) Atención integral de niños (incluyendo adolescentes) que vivan con VIH o estén expuestos</p> | <p><b>–Prioridad estratégica número 1:</b><br/>Garantizar que todos los niños y jóvenes reciban una educación sexual integral y de calidad, con inclusión de la educación para la prevención del VIH.</p> <p><b>–Prioridad estratégica número 2:</b><br/>Garantizar que todos los niños y jóvenes tengan acceso a entornos de aprendizaje seguros, integradores y promotores de la salud.</p> |

Fuente: Elaboración propia, a partir de las tablas de los documentos referenciados.

## EDUCACIÓN SEXUAL

---

### Educación sexual, un derecho de la infancia y la adolescencia

La definición de la educación sexual ha ido cambiando con el paso de los años<sup>36</sup> y, en la actualidad, se define como una actividad pedagógica, adaptada a cada edad y cultura, que utiliza información científica rigurosa, realista y sin prejuicios de valor, a nivel biológico, psíquico y social, para formar en sexualidad, entendiendo ésta como comunicación humana, fuente de salud, placer y afectividad<sup>14</sup>.

Como ya se comentó la educación sexual de menores y adolescentes es un derecho, reconocido por la familia de Naciones Unidas<sup>10,13-15</sup> y priorizado en los **ODS**<sup>26</sup>, para construir una sociedad en la que mujeres y hombres puedan vivir en igualdad y sin discriminaciones<sup>14</sup>. Asimismo, este derecho a una educación sexual de alta calidad ha sido ratificado por la comunidad internacional, en particular por la **Comisión Internacional sobre Población y Desarrollo**, que en su resolución 2012/1<sup>17</sup>, insta a los gobiernos a proporcionar educación integral sobre sexualidad humana, salud sexual y reproductiva e igualdad de género.

En este sentido, la educación sexual se convierte en una herramienta clave para promover la salud sexual y el bienestar de las personas, para que puedan decidir con autonomía sobre su vida sexual y reproductiva, y disfrutar de una vida sexual, placentera, segura y saludable<sup>9,14,37</sup>.

La responsabilidad de que niños, niñas y adolescentes ejerzan su derecho a la educación sexual corresponde a las autoridades, en especial a la educativa y sanitaria, y a las familias<sup>23,37,38</sup>. Estas instituciones deben dar información, formación y valores para que las y los jóvenes puedan tomar el control sobre su salud para así poder mejorarla<sup>23,37,38</sup>.

La educación se constituye así como una puerta de entrada para promover la salud sexual y una sexualidad saludable, ya que incluye promover los conocimientos de los jóvenes en las escuelas y también capacitar a profesionales sanitarios y de otros ámbitos, así como la sensibilización e información de la comunidad y los medios de comunicación<sup>2</sup>.

En este contexto, las escuelas son un escenario importante para la promoción de la salud y la educación sexual<sup>2,14,19,37,39-42</sup>. De hecho, una de las formas más efectivas de

mejorar la salud sexual a largo plazo es garantizar que la adolescencia reciban la educación suficiente en la escuela para tomar decisiones saludables sobre su vida sexual<sup>2,14,19,35-37,43,44</sup>.

La escuela se constituye así como uno de los escenarios más importantes para la promoción y educación de la salud, al ofrecer un medio integral, sostenido y eficiente para llegar a niños y adolescentes, durante al menos unos años<sup>42</sup>, y como uno de los entornos clave para la socialización y desarrollo de la infancia y adolescencia, donde las intervenciones educativas relacionadas con la salud sexual y la sexualidad son prioritarias<sup>9,35,37</sup>. Este tipo de intervenciones ayudan además a reducir las inequidades en salud y a su vez, las niñas, niños y adolescentes con buena salud logran mejores resultados educativos lo que, de nuevo, se vincula a una mejor salud futura<sup>42,45</sup>.

#### Recuadro 6. Basada en Derechos Humanos

El acceso de los jóvenes a una Educación Sexual Integral se basa en derechos humanos internacionalmente reconocidos, que requieren de los gobiernos para garantizar la protección general de la salud, bienestar y la dignidad, según la Declaración Universal de Derechos Humanos, y específicamente para garantizar el acceso a una educación sexual imparcial y científicamente precisa.

Estos derechos están protegidos por tratados ratificados a nivel internacional y la falta de acceso a la educación en materia de salud sexual y reproductiva sigue siendo una barrera para cumplir con las obligaciones de asegurar la derechos a la vida, la salud, la no discriminación y la información, una visión apoyada por las Declaraciones de la Comité de los Derechos del Niño, la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Mujeres, y el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

El compromiso de los estados con estos derechos ha sido reafirmado por la comunidad internacional, en concreto por la Comisión de Población y Desarrollo, que en sus resoluciones 2009/12 y 2012/13, pidió a los gobiernos que proporcionaran a las personas jóvenes una educación integral en materia de sexualidad, salud sexual y reproductiva, e igualdad de género.

Fuente: “Emerging evidence, lessons and practice in comprehensive sexuality education: a global review” (UNESCO, 2015)<sup>55</sup>.

## La evolución de los modelos de educación sexual

Las intervenciones de educación sexual también han ido evolucionado a lo largo del tiempo y se pueden organizar en diferentes modelos, entre los que cabe destacar los siguientes: abstinencia, riesgos, integral y derechos/género<sup>14,36,46-50</sup>.

El enfoque basado en la abstinencia (*abstinence-only*, en inglés), también conocido como moral o tradicional, se centra en retrasar las prácticas sexuales hasta el matrimonio, ya que considera que otro tipo de educación sexual incitaría a los jóvenes a mantener relaciones sexuales y a la promiscuidad<sup>14,36,48-50</sup>.

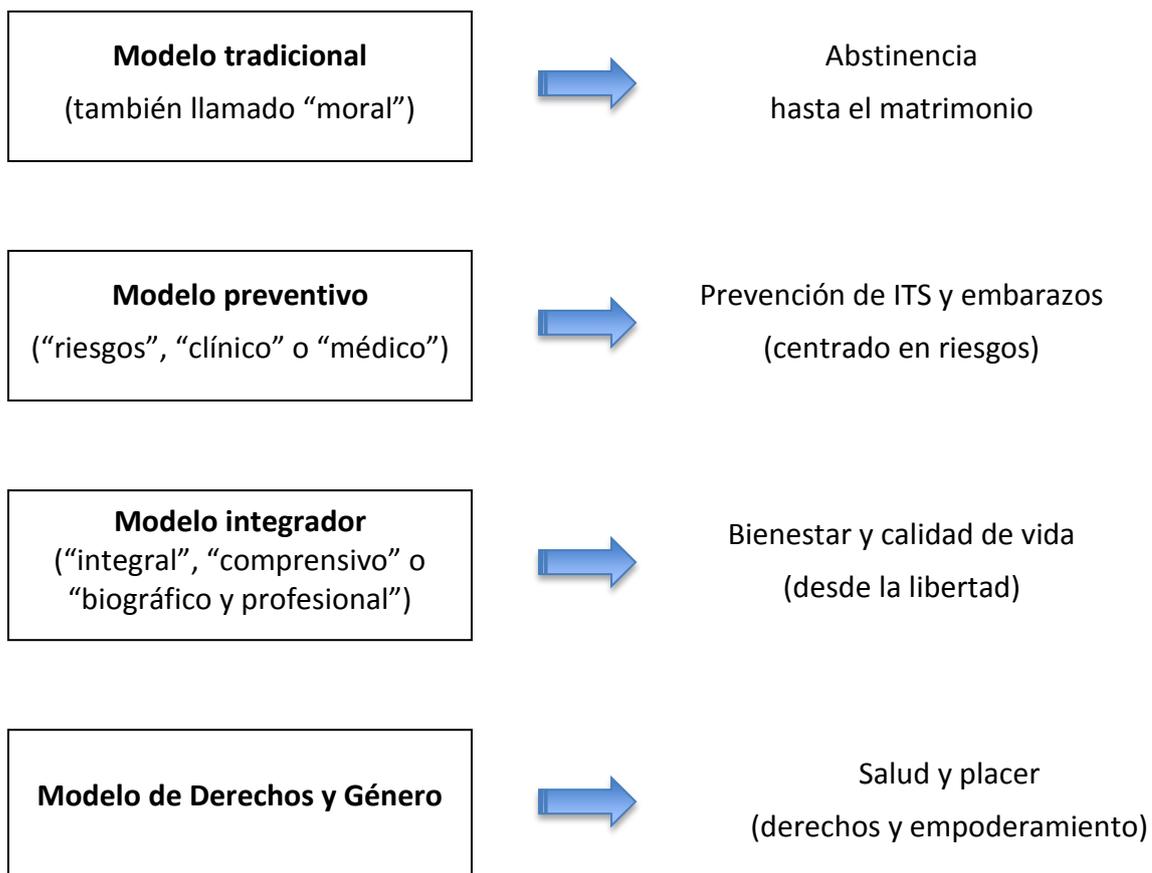
El modelo de riesgos o convencional (*conventional*, en inglés) prioriza, como su nombre indica, la prevención de riesgos derivados de las prácticas sexuales y se focaliza en reducir las ITS y embarazos no deseados. Se asocia así la sexualidad con la ideas de peligro y enfermedades<sup>14,36,46-50</sup>. Otras denominaciones para este modelo son preventivo o médico<sup>48-50</sup>.

Posteriormente, surge la educación sexual integral (*comprehensive sexuality education*) en la década de los años 50 en Suecia<sup>36,48-50</sup>. También se utilizan el término “biográfica y profesional” para referirse a ella<sup>48-50</sup>. Este modelo entiende la sexualidad como una construcción personal, basada en la importancia de la propia biografía sexual, así como en el conocimiento científico, la formación no sesgada y la libre elección. Se parte de un concepto positivo de la salud sexual, como fuente de bienestar y de calidad de vida, favoreciendo la aceptación de la propia sexualidad y su vivencia satisfactoria en todas las etapas de la vida, con reconocimiento de la diversidad sexual y de la igualdad de mujeres y hombres<sup>14,48-53</sup>.

Por último, desde hace unos años, organismos internacionales como la UNFPA, la UNESCO y la OMS apuestan porque esta educación sexual integral se base en derechos y género<sup>1,2,14,16,25,36,54-56</sup>. El modelo integral evoluciona así para que los derechos humanos y el género pasen a ser componentes centrales para entender la sexualidad como un valor humano positivo y fuente de placer, y para empoderar las personas. De este modo, junto con el enfoque de una sexualidad positiva, basada en el placer y la salud, se incorpora como ejes transversales el empoderamiento y el compromiso cívico, con información exhaustiva y científica sobre derechos humanos, normas de género y poder en las

relaciones. Asimismo, se hace especial hincapié en la participación juvenil, no solo a nivel metodológico, también en el diseño, ejecución y evaluación de las intervenciones<sup>19,54-56</sup>.

**Figura 3. Evolución de los modelos de educación sexual**



Fuente: Elaboración propia.

Esta nueva perspectiva busca explícitamente empoderar a los jóvenes, especialmente niñas y menores en situación de vulnerabilidad, para que se vean a sí mismos y a los demás como iguales en las relaciones, y sean capaces de proteger su propia salud, al tiempo que ser participantes activos de la sociedad<sup>36,54-56</sup>.

Esta evolución en los modelos de educación sexual se acompaña también de diferentes marcos teóricos para el aprendizaje. De este modo, los enfoques de abstinencia y convencional se basan en las teorías de las normas sociales y/o del cambio de

comportamiento (como el aprendizaje social o la teoría cognitiva social), que sostienen que las personas aprenden al observar a otras personas<sup>36</sup>.

La educación sexual integral, también cuando enfatiza derechos, puede mantener estos enfoques teóricos, pero incorpora otros centrados en el género y el poder<sup>36</sup>, como la teoría feminista, que considera que comprender cómo las desigualdades entre hombres y mujeres se construyen socialmente da lugar a decisiones y comportamientos diferentes<sup>57,58</sup>, o la pedagogía del oprimido<sup>59</sup>, que postula que la educación puede (y debe) empoderar a los estudiantes para reconocer cómo las desigualdades sociales dan lugar a problemas personales. Estas teorías cuestionan las normas establecidas mediante el fomento del pensamiento y análisis crítico de la realidad. De este modo, se busca promover actitudes y relaciones más igualitarias que empoderen a los jóvenes, para que así también adopten comportamientos que mejoren su salud sexual<sup>36</sup>.

## La efectividad de la educación sexual en las escuelas

La educación sexual en la escuela ha sido ampliamente investigada y, aunque hay estudios que muestran resultados contradictorios o ausencia de efecto<sup>23,36,60</sup>, existen evidencias recientes sobre la efectividad de este tipo de intervenciones<sup>36,46,55,61-70</sup>.

Hay que matizar, no obstante, que muchas de estos estudios se centraron en los cambios de comportamiento (no en resultados en salud), se basaron en datos procedentes de auto-declaración y en ocasiones la magnitud del efecto fue limitada<sup>36</sup>. Asimismo, cuando se evaluaron las ITS y el embarazo adolescente, el porcentaje de programas que logró resultados fue menor<sup>23,55,60,61,64</sup>.

De hecho, una reciente revisión de Cochrane Library<sup>60</sup>, que incluyó solo estudios que realizaban pruebas biológicas para medir ITS y embarazo, concluyó que los programas de educación sexual escolares basados solo en el currículo no obtuvieron resultados en términos de reducción de ITS y embarazos no deseados. No obstante, la calidad de la evidencia en esta revisión fue baja y tuvo varias limitaciones importantes: escaso número de estudios incluidos (solo se revisaron 8 trabajos), la mayoría eran en África (5 de 8), así como ausencia de acceso a condones y dudas sobre la inclusión de la perspectiva de género en los programas estudiados. Asimismo estas iniciativas no abordaban problemas estructurales como la pobreza y las normas culturales de género.

En este sentido, parece evidente la necesidad de acompañar la educación sexual en la escuela con otras intervenciones, como el acceso a condones y/o servicios de salud<sup>23,60,71</sup>. En este sentido, dos revisiones recientes<sup>23,71</sup> concluyeron que las intervenciones múltiples (en especial, educación más promoción de anticonceptivos) redujeron significativamente el riesgo de embarazo no deseado entre la adolescencia (calidad de la evidencia moderada). Paralelamente, la estrategia del gobierno del Reino Unido que incorporó programas escolares y servicios de salud también fue efectiva, según los datos disponibles<sup>72</sup>.

En base a la evidencia disponible, hay varias conclusiones sobre la efectividad de la educación sexual en la escuela. En primer lugar, los programas basados en la abstinencia fueron claramente inefectivos y, en ocasiones, tuvieron efectos diferentes a los buscados<sup>23,61,73</sup>. La educación sexual integral, sin embargo, sí fue efectiva para aumentar

conocimientos, promover actitudes positivas y cambiar conductas sexuales: retraso en el inicio de prácticas con penetración, disminución del número de parejas sexuales y aumento del uso del condón<sup>36,47,62-70</sup>. Algunas revisiones también encontraron impacto en salud, medido como reducción de ITS y embarazos no deseados<sup>36,47,54,55,61,62,64,74-78</sup>.

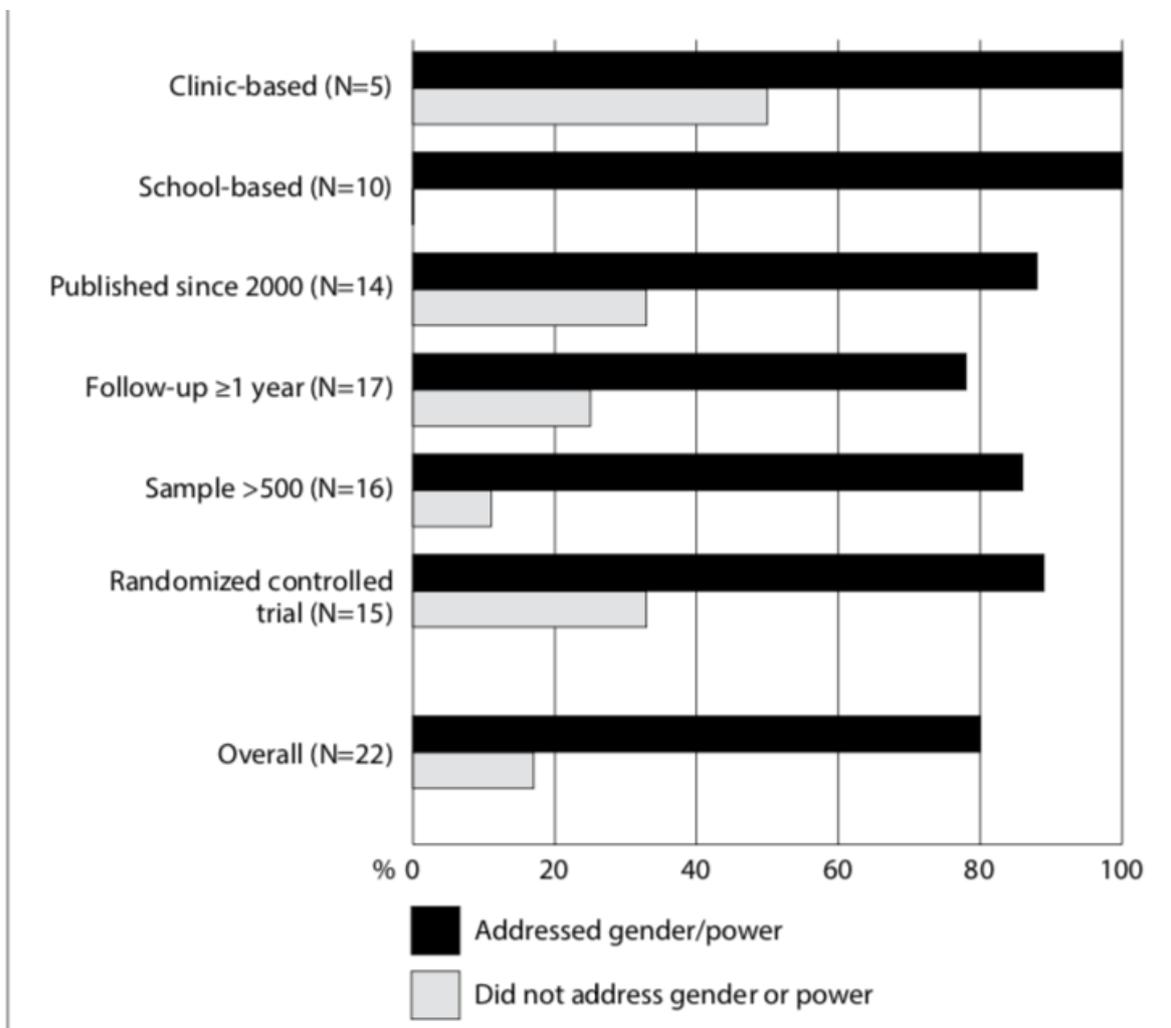
**Tabla 1.** Nº y % de programas de educación sexual con efectos en conductas sexuales

|                                  | Developing countries<br>(N=30) | United States<br>(N=55) | Other developed countries<br>(N=12) | Total number of countries<br>(N=97) | Percentage |
|----------------------------------|--------------------------------|-------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|------------|
| <b>Initiation of sex</b>         |                                |                         |                                     |                                     |            |
| Delayed initiation               | 7                              | 16                      | 2                                   | 25                                  | 34         |
| Had no significant impact        | 17                             | 24                      | 7                                   | 48                                  | 66         |
| Hastened initiation              | 0                              | 0                       | 0                                   | 0                                   | 0          |
| <b>Frequency of sex</b>          |                                |                         |                                     |                                     |            |
| Decreased frequency              | 4                              | 8                       | 0                                   | 12                                  | 32         |
| Had no significant impact        | 5                              | 19                      | 1                                   | 25                                  | 66         |
| Increased frequency              | 0                              | 0                       | 1                                   | 1                                   | 3          |
| <b>Number of sexual partners</b> |                                |                         |                                     |                                     |            |
| Decreased number                 | 5                              | 11                      | 0                                   | 16                                  | 39         |
| Had no significant impact        | 8                              | 17                      | 0                                   | 25                                  | 61         |
| Increased number                 | 0                              | 0                       | 0                                   | 0                                   | 0          |
| <b>Use of condoms</b>            |                                |                         |                                     |                                     |            |
| Increased use                    | 8                              | 14                      | 3                                   | 25                                  | 38         |
| Had no significant impact        | 15                             | 22                      | 4                                   | 41                                  | 62         |
| Decreased use                    | 0                              | 0                       | 0                                   | 0                                   | 0          |
| <b>Use of contraception</b>      |                                |                         |                                     |                                     |            |
| Increased use                    | 2                              | 4                       | 1                                   | 7                                   | 35         |
| Had no significant impact        | 3                              | 8                       | 1                                   | 12                                  | 60         |
| Decreased use                    | 0                              | 1                       | 0                                   | 1                                   | 5          |
| <b>Sexual risk-taking</b>        |                                |                         |                                     |                                     |            |
| Reduced risk-taking              | 3                              | 15                      | 0                                   | 18                                  | 51         |
| Had no significant impact        | 3                              | 12                      | 1                                   | 16                                  | 46         |
| Increased risk-taking            | 1                              | 0                       | 0                                   | 1                                   | 3          |

Fuente: “The impact of sex education on the sexual behaviour of young people” (United Nations Department of Economic and Social Affairs, 2011)<sup>64</sup>.

Por último, la investigación actual determina que los programas escolares integrales con enfoque de derechos y género tuvieron mayor probabilidad de efectos positivos significativos en todos los indicadores, también en la tasas de ITS y embarazos no deseados<sup>54,55,74-78</sup>. Este hecho fue coherente con las revisiones previas sobre otro tipo de intervenciones con perspectiva de género, que en algunos casos encontraron reducciones del 30% de embarazos no deseados e ITS<sup>74,76-78</sup>.

**Gráfico 1.** Porcentaje de programas efectivos con enfoque de derechos y género versus porcentaje de programas efectivos sin este enfoque, por características seleccionadas



Fuente: “The Case for addressing gender and power in sexuality and HIV education: a comprehensive review of evaluation studies” (Haberland N, 2015)<sup>78</sup>.

Como resultado de estas evidencias, se recomienda universalizar la educación sexual en la educación formal de las escuelas<sup>14,16,36,37,54-56,64,77-79</sup>, teniendo en cuenta no obstante que el conocimiento actual de lo que funciona sigue siendo limitado, especialmente en adolescentes que viven en situaciones de mayor desigualdad<sup>79</sup>.

La extensión de la educación sexual en la escuela requiere, a tenor de la evidencia disponible, de contenidos curriculares<sup>14,36</sup>, plenamente integrados en los planes de

estudios escolares, para garantizar la cantidad mínima necesaria de intervención. Se debe acompañar de formación del profesorado (continuada, de grado y post-grado)<sup>14,36,37,41,55,64</sup>, para asegurar la fidelidad y la calidad de estas intervenciones<sup>64,80</sup>. Asimismo, es imprescindible incorporar la perspectiva de género y de derechos, así como el abordaje de otras inequidades sociales y la enorme influencia de internet, las redes sociales y la pornografía<sup>14,23,63,77,81,82</sup>.

Por último, para mejorar el impacto de la educación sexual en la salud sexual son imprescindibles intervenciones complementarias, como favorecer el acceso al condón y otros métodos, servicios sanitarios de salud sexual y/o formación de las familias<sup>14,23,63,77</sup>.

### Recuadro 7. Nueve componentes básicos de la Educación Integral de la Sexualidad

- 1) Basarse en los valores universales fundamentales de los derechos humanos
- 2) Un enfoque integral de género
- 3) Información exhaustiva y científicamente precisa
- 4) Un entorno de aprendizaje seguro y saludable
- 5) Vinculación a los servicios de salud sexual y reproductiva y otras iniciativas que abordan cuestiones de género, igualdad, empoderamiento y acceso a la educación y los recursos sociales y económicos destinados a los y las jóvenes
- 6) Métodos de enseñanza participativos para personalizar la información y el fortalecimiento de habilidades comunicativas, para la toma de decisiones y el pensamiento crítico
- 7) Fortalecer la promoción de los intereses de los y las jóvenes y el compromiso cívico
- 8) Pertinencia cultural para abordar la violación de los derechos humanos y la desigualdad por razón de género
- 9) Llegar a todos los sectores estructurados y no estructurados y grupos de edad

Fuente: “Operational guidance for comprehensive sexuality education: A focus on human rights and gender” (UNFPA, 2015)<sup>54</sup>.

## **CAPÍTULO 2**

---

### **MARCO NORMATIVO**

## LA PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS SEXUALES

---

### Salud sexual y legislación internacional

El disfrute de la salud sexual y el pleno desarrollo de la sexualidad son, como ya se comentó, objeto de protección a través de los derechos sexuales. Estos derechos están reconocidos y amparados por distintas recomendaciones internacionales de organismos oficiales, como Naciones Unidas y el Parlamento Europeo. A su vez, estas recomendaciones han dado lugar a diferentes resoluciones, directivas y leyes, tanto internacionales como nacionales, en las que se recogen, entre otras acciones, la necesidad y obligatoriedad de que los Estados garanticen la educación sexual de la infancia y adolescencia a través de sus sistemas educativo y sanitario.

En este marco normativo, cobra especial relevancia la consecución de la igualdad de mujeres y hombres en todos los ámbitos, y también en lo referido a la salud sexual y reproductiva como una condición urgente, necesaria e inaplazable para el bienestar de las sociedades. Ya en 1979, la **Resolución 34/180 de la Asamblea General de la ONU**<sup>6</sup> decretaba en su artículo 12 que “los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, incluidos los que se refieren a la planificación familiar”.

Posteriormente, en 1995, la Plataforma de Acción de Beijing acordada en la **IV Conferencia de la ONU sobre la Mujer**<sup>8</sup>, sentenció que “los derechos humanos de las mujeres incluyen el derecho a tener el control y a decidir libre y responsablemente sobre su sexualidad, incluida la salud sexual y reproductiva, libre de presiones, discriminación y violencia”.

De este modo, la igualdad de mujeres y hombres, y la inclusión de la perspectiva de género, se convierte así en un eje transversal y en una constante de las normativas y leyes referidas a la salud sexual de la población.

## La educación sexual en el marco internacional

Teniendo en cuenta, por tanto, la perspectiva de género como línea estratégica, los derechos sexuales de la infancia y adolescencia han sido objeto de múltiples regulaciones a nivel internacional. En 1994, la ONU, en su **Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo**<sup>3</sup> celebrada en El Cairo, establece que los gobiernos deben “satisfacer las necesidades educativas de los adolescentes para que puedan tratar de manera positiva y responsable su sexualidad”. Junto con la educación sexual, señala el acceso a servicios de salud reproductiva desde Atención Primaria, también para la adolescencia, como una de las prioridades.

Por su parte, en 2002, el Parlamento Europeo aprueba la **Resolución 2001/2128(INI)**<sup>83</sup>, sobre Salud Sexual y Reproductiva y derechos en esta materia, con un conjunto de recomendaciones a los Estados, haciendo énfasis en la inclusión de la educación sexual en la educación formal e informal, así como en el acceso universal a una asistencia sanitaria de alta calidad en materia de salud sexual.

En 2010, la OMS retoma estas recomendaciones y, en el documento “**Estándares de Educación en Sexualidad para Europa**”<sup>37</sup> (2010), reconoce el derecho a una educación en sexualidad integral, sustentada en numerosos acuerdos internacionales como el **Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales** (1966)<sup>84</sup>, el **Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos** (1966)<sup>85</sup>, la **Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer** (1979)<sup>6</sup>, la **Convención sobre los Derechos del Niño** (1989)<sup>86</sup> y la **Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad** (2006)<sup>87</sup>. La OMS decreta así que “es importante que la educación en sexualidad se convierta cada vez más en una materia curricular obligatoria”.

Cabe señalar la relevancia de la **Convención de los Derechos del Niño**<sup>86</sup>, ya que este tratado, ratificado casi por todos los países del mundo, garantiza el derecho de los menores a recibir la información y los servicios de salud que necesitan para sobrevivir, crecer y desarrollar su máximo potencial individual.

En 2012, la **Comisión de Población y Desarrollo de la ONU**<sup>17</sup>, casi dos décadas después de su primera recomendación, exige una acción intergubernamental global para asegurar los derechos reproductivos de la juventud, confirmando la importancia crítica de la salud

y los derechos sexuales de la adolescencia. La resolución final destaca, como puntos clave, la educación sexual, para que así la juventud pudiese decidir libremente sobre su sexualidad, el acceso a servicios sanitarios de salud sexual y reproductiva, incluido el aborto seguro, y la protección del derecho de los jóvenes a decidir y vivir su sexualidad sin violencia, discriminación y coacción.

Paralelamente, tres décadas después de la aprobación de los Derechos del Niño, otro acuerdo de Naciones Unidas prioriza la adolescencia como una etapa clave para la salud pública y el bienestar futuro. Son los **ODS**<sup>26</sup>, firmados por 193 países en 2015, que recogen 17 objetivos y 169 metas que se deben alcanzar en 2030 para terminar con la pobreza y la desigualdad en el mundo. Tres de estos objetivos apuntan específicamente a la salud sexual y reproductiva de los adolescentes y las metas recogen, entre otras, el acceso a educación sexual, anticoncepción, servicios sanitarios, y aborto seguro y legal. Estas metas, de obligado cumplimiento para los países firmantes, entre ellos España, convierten en norma, por tanto, la educación sexual y el resto de servicios mencionados.

En la práctica, para apoyar el cumplimiento de los **ODS**, se lanzó la **“Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030)”**<sup>34</sup>. Esta estrategia se define como “universal, sostenible, basada en los derechos humanos, orientada a la equidad, sensible a las cuestiones de género, basada en evidencias, impulsada por alianzas, centrada en las personas, asumida por las comunidades y que rinde cuentas a las mujeres, los niños y los adolescentes”. Se basa en normas humanitarias y en la evaluación de la eficacia de las intervenciones para establecer las acciones concretas a desarrollar en cada país. En relación a la salud sexual del adolescente, recoge: educación integral sobre la sexualidad; información, asesoramiento y servicios en materia de salud sexual y reproductiva, incluidos los métodos anticonceptivos; prevención de la violencia sexual y otras formas de violencia de género, y respuestas ante esas prácticas; prevención, detección y tratamiento de infecciones de transmisión sexual.

Paralelamente, y también diseñada para contribuir al logro de la Agenda de Desarrollo Sostenible, se formula la **“Estrategia Mundial del Sector de la Salud contra las ITS 2016-2021”**<sup>88</sup>, con un enfoque de salud pública y de equidad. A su vez, prioriza las medidas que deben adoptar los países, entre las que se encuentran: programas integrales de

información sanitaria, educación y promoción de la salud dirigidos a adolescentes, así como programas de promoción del uso de preservativos masculinos y femeninos.

Por último, en 2017, la UNESCO, en su estrategia para la contribución a los **ODS**, **“La educación para la salud y el bienestar”**<sup>35</sup>, determina como prioridad estratégica número uno garantizar que todas las niñas, niños y jóvenes reciban una educación en sexualidad integral y de calidad: “una educación escolar integral y de calidad sobre sexualidad transmite conocimientos exactos, promueve actitudes y valores positivos, y desarrolla competencias que permiten tomar decisiones con conocimiento de causa. Estas, a su vez, surten efectos positivos para la salud sexual y reproductiva”.

## NORMATIVA EN ESPAÑA SOBRE EDUCACIÓN SEXUAL

---

### Leyes nacionales para la igualdad y la educación sexual

En España, para adecuar la normativa al consenso de la comunidad internacional y a las recomendaciones europeas, se aprobó la **Ley Orgánica 2/2010, de 4 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo**<sup>89</sup>. Esta norma, “avalada por el mejor conocimiento científico”, establece actuaciones de educación sexual en el ámbito educativo y sanitario, regula la interrupción voluntaria del embarazo y proponía el desarrollo de una **“Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva”**<sup>9</sup>. Concretamente, en relación a la educación sexual, señala, en su artículo 5.1, que los poderes públicos garantizarán “la educación afectivo-sexual y reproductiva en los contenidos formales del sistema educativo”. Asimismo, en su artículo 9, indica que “el sistema educativo contemplará la formación en salud sexual y reproductiva, como parte del desarrollo integral de la personalidad y de la formación en valores, incluyendo un enfoque integral que contribuya a la promoción de una visión de la sexualidad en términos de igualdad y corresponsabilidad entre hombres y mujeres con especial atención a la prevención de la violencia de género, agresiones y abusos sexuales...”.

En el ámbito educativo, la norma actual, **Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, para la mejora de la calidad educativa**<sup>90</sup>, modifica y añade artículos a la legislación previa, **Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación**<sup>91</sup>, pero mantiene vigentes otros, como el 23, con objetivos para la Educación Secundaria Obligatoria (ESO) referidos a la sexualidad:

–Valorar y respetar la diferencia de sexos y la igualdad de derechos de oportunidades entre ellos. Rechazar los estereotipos que supongan discriminación entre hombres y mujeres.

–Fortalecer sus capacidades afectivas en todos los ámbitos de la personalidad y en sus relaciones con los demás, así como rechazar la violencia, los prejuicios de cualquier tipo, los comportamientos sexistas y resolver pacíficamente los conflictos.

–Conocer y aceptar el funcionamiento del propio cuerpo y el de los otros, respetar las diferencias, afianzar los hábitos de cuidado y salud corporales e incorporar la educación

física y la práctica del deporte para favorecer el desarrollo personal y social. Conocer y valorar la dimensión humana de la sexualidad en toda su diversidad [...].

### **Legislación sobre educación sexual en Asturias**

En la Comunidad Autónoma del Principado de Asturias, la **Ley 2/2011, de 11 de marzo, para la igualdad de mujeres y hombres y la erradicación de la violencia de género**<sup>92</sup>, en su artículo 15, recoge que el sistema educativo, entre sus fines, promoverá “una educación afectiva y sexual basada en la igualdad entre mujeres y hombres, la responsabilidad compartida y el respeto hacia las distintas orientaciones sexuales e identidades de género”.

Por otra parte, el **Decreto 43/2015, de 10 de junio, por el que se regula la ordenación y se establece el currículo de la Educación Secundaria Obligatoria en el Principado de Asturias**<sup>93</sup>, recoge, en su artículo 4, los objetivos para esta etapa educativa que, en relación a la educación sexual, mantiene los mismos ya apuntados por la Ley Orgánica de Educación<sup>91</sup>.

### **Educación sexual, recomendación y obligación**

La educación sexual es no solo una recomendación internacional, también es una obligación, tal y como recogen las normativas descritas, tanto a nivel internacional, estatal y autonómico. Su incorporación en el sistema educativo, entre otros ámbitos, se convierte así en un reto para garantizar una educación integral en la infancia y en la adolescencia, ya que la socialización de conocimientos sobre sexualidad, el desarrollo de habilidades sociales y conductas saludables, así como la adquisición de capacidades para afrontar con sentido crítico la información a la que accede el alumnado, mediante el diálogo y la participación, pueden mejorar el bienestar físico y emocional e influir en la mejora del éxito escolar<sup>14,35,37</sup>.

## Recuadro 8. Legislación española y autonómica sobre educación sexual

|  |
|--|
| <b>LEGISLACIÓN ESPAÑOLA</b>  |
| <b>Ley Orgánica 2/2010, de 4 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la IVE<sup>89</sup></b><br>–Artículo 5.1: Los poderes públicos en el desarrollo de sus políticas sanitarias, educativas y sociales garantizarán: a) La información y la educación afectivo sexual y reproductiva en los contenidos formales del sistema educativo.<br>–Artículo 9: El sistema educativo contemplará la formación en salud sexual y reproductiva, como parte del desarrollo integral de la personalidad y de la formación en valores, incluyendo un enfoque integral que contribuya a:<br>a) La promoción de una visión de la sexualidad en términos de igualdad y corresponsabilidad entre hombres y mujeres con especial atención a la prevención de la violencia de género, agresiones y abusos sexuales.<br>b) El reconocimiento y aceptación de la diversidad sexual.<br>c) El desarrollo armónico de la sexualidad acorde con las características de las personas jóvenes.<br>d) La prevención de enfermedades e infecciones de transmisión sexual y especialmente la prevención del VIH.<br>e) La prevención de embarazos no deseados, en el marco de una sexualidad responsable.<br>f) En la incorporación de la formación en salud y salud sexual y reproductiva al sistema educativo, se tendrán en cuenta la realidad y las necesidades de los grupos o sectores sociales más vulnerables, como el de las personas con discapacidad proporcionando, en todo caso, a este alumnado información y materiales accesibles, adecuados a su edad. |
| <b>LEGISLACIÓN AUTONÓMICA DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS</b>   |
| <b>Ley 2/2011, de 11 de marzo, para la igualdad de mujeres y hombres y la erradicación de la violencia de género<sup>92</sup></b><br>–Artículo 15: El modelo educativo asturiano, a fin de integrar el principio de igualdad entre mujeres y hombres, perseguirá lossiguientes fines: e) Promover una educación afectiva y sexual basada en la igualdad entre mujeres y hombres, la responsabilidad compartida y el respeto hacia las distintas orientaciones sexuales e identidades de género.  |

Fuente: Elaboración propia.

## **CAPÍTULO 3**

---

### **EDUCACIÓN SEXUAL: EL ESTADO DE LA CUESTIÓN**

## LA INCORPORACIÓN DE LA EDUCACIÓN SEXUAL EN LA ESCUELA

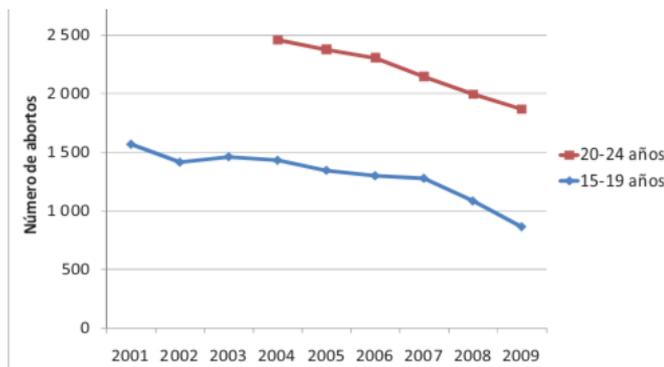
---

### Situación de la educación sexual en el mundo

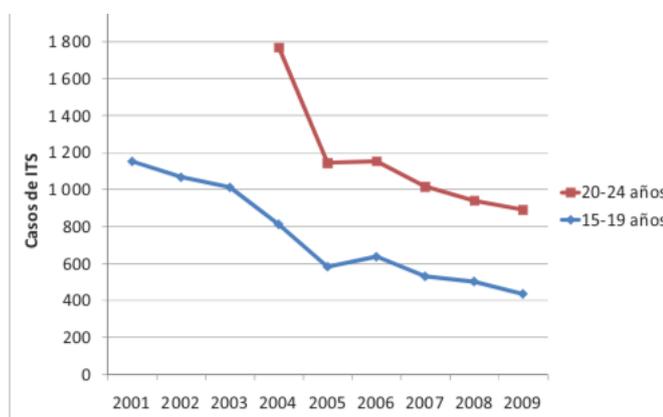
Para cuidar de la salud sexual, surgen los derechos sexuales y, por tanto, el derecho a la educación sexual. Sin embargo, a pesar de las recomendaciones y normativas, no hay datos globales sobre su implementación y extensión en el mundo<sup>94</sup>. Los estudios disponibles muestran que, a nivel internacional, la educación sexual en la escuela no es obligatoria, salvo en algunos países; en el resto, no existe o se basa en programas voluntarios que, en muchas ocasiones, cambian cada poco<sup>55,94-97</sup>. Asimismo, la mayoría de estos programas tiene un alcance limitado, muy lejos de la universalidad, y numerosas debilidades: baja calidad de las intervenciones, tiempo insuficiente, escasa formación del profesorado, ausencia de contenidos clave...<sup>55,79,94-97</sup>. Esta es también la conclusión de un estudio de la UNESCO de 2015 en 48 países<sup>55</sup> que constató que, a pesar de que en ocasiones sí hay políticas nacionales que contemplan la educación sexual, su implementación es escasa, con lo que la educación sexual en la escuela es inalcanzable para la mayoría de adolescentes, tanto en países desarrollados como en desarrollo<sup>94</sup>. Por otra parte, aunque la evidencia muestra la necesidad de educación sexual desde tempranas edades, se implementa tarde, durante la adolescencia o incluso a edades más avanzadas, y no siempre teniendo en cuenta lo que marcan los estándares internacionales<sup>94</sup>.

No obstante, como ya se comentó, sí hay algunos países que incorporan la educación sexual de forma obligatoria en la enseñanza formal. Es, por ejemplo, el caso de Estonia que, desde 2000, imparte estos contenidos dentro de una asignatura llamada “**Estudios humanos**”. Esta materia está dirigida a menores de 7 a 14 años<sup>77,94</sup>. Como resultado de la implementación de esta materia, tal y como recoge la UNESCO, se han evitado aproximadamente 4.300 embarazos no deseados, 7.200 ITS y 2.000 infecciones por VIH en adolescentes de 15 a 19 años<sup>77,94</sup>.

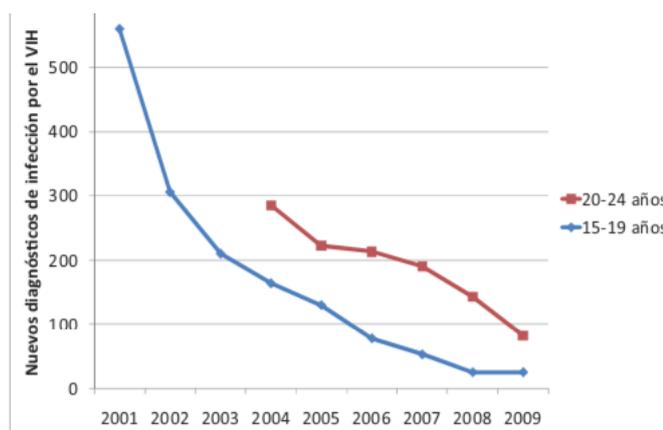
**Gráfico 2.** Número de abortos al año en mujeres jóvenes, de 2000 a 2009, en Estonia



**Gráfico 3.** Número de ITS al año en población joven, de 2000 a 2009, en Estonia



**Gráfico 4.** Infecciones al año por VIH en población joven, de 2000 a 2009, en Estonia



Fuente de gráficos 3, 4 y 5: “Programas escolares de educación sexual. Análisis de los costos y la relación costo-eficacia en seis países” (UNESCO, 2012)<sup>77</sup>.

No obstante, a pesar de excepciones como la de Estonia, se puede concluir que la educación sexual sigue sin estar presente en muchos países y en aquellos que existe es limitada y voluntaria<sup>94</sup>.

### La educación sexual en España: limitada y voluntaria

En España, a nivel curricular, la educación sexual no está incorporada como materia ni como contenido específico de una asignatura en la escuela<sup>90</sup>. Hay algunos temas aislados en alguna materia, pero no se contempla en el currículo educativo ni en los libros de texto<sup>90,98,99</sup>, a pesar de que la legislación, como se señaló previamente, sí establece su incorporación en la educación formal<sup>89,91</sup>.

Más allá del currículo educativo, los datos existentes indican que la educación sexual no está incorporada de forma efectiva ni universal, aunque hay propuestas para su implementación con programas de educación sexual no obligatorios, basados en la voluntariedad del profesorado y/o en talleres de personal externo<sup>50,100-103</sup>. En la mayoría de estos programas, junto con la voluntariedad y el protagonismo externo, hay otras dificultades, como la ausencia de apoyo institucional, la escasa formación del profesorado o la falta de apoyos de libros de texto, entre otras<sup>9,50,98,99,102,103</sup>. Asimismo, en la mayoría de los casos, no se cuenta con información sobre la implementación y el alcance de estos programas<sup>9,50,102,103</sup>, y la mayoría desaparece con el tiempo<sup>50,100-103</sup>. Por otro lado, como ya se comentó, la formación del profesorado es escasa y un estudio reciente constató que solo el 14% de los centros educativos realizó formación de su profesorado en educación sexual en los últimos tres años<sup>104</sup>.

Estos programas voluntarios, no obstante, siguen siendo la pauta y la mayoría de comunidades autónomas y muchos ayuntamientos tienen o han tenido alguna propuesta de este tipo. Así, a nivel autonómico, entre las iniciativas más destacadas y longevas se encuentra “**Forma Joven**”<sup>105</sup>, de la Junta de Andalucía, que es una estrategia de promoción de salud, donde se incluye también la educación afectivo-sexual. Esta iniciativa comenzó en 2001 y consiste, entre otras acciones, en consultas y talleres por

parte de un equipo de profesionales de diferentes sectores en las escuelas y en otros espacios juveniles.

Por su parte, la Generalitat de Cataluña, a partir del curso 2004-05, implantó el programa de promoción de la salud **“Salut i escola”**<sup>106</sup>, con el apoyo de una consulta enfermera en el centro educativo y talleres sobre diferentes temas, también de educación sexual, con alumnado de 3º y 4º ESO.

Otra experiencia a señalar es la del Gobierno País Vasco, con diferentes iniciativas en las últimas décadas. El programa **“Sexumuxu”**<sup>107</sup> es la más reciente y tiene como objetivo la educación sexual del segundo ciclo de la ESO y 1º Bachillerato, a través de material interactivo, con un juego virtual y cuadernos para el profesorado, alumnado y familias.

Asimismo, en la Comunidad Valenciana, se desarrolla el **“Programa de Intervención en Educación Sexual”**<sup>108</sup>, con talleres de educación sexual para 2º y 3º ESO, impartidos mayoritariamente por Enfermería formada.

Alguna de estas iniciativas cuentan con estudios y evaluaciones parciales<sup>109-116</sup>, pero no se ha encontrado un seguimiento continuado en el tiempo ni datos actualizados de cobertura.

Por otra parte, en la actualidad, se están poniendo en marcha otras iniciativas que buscan la “generalización progresiva” entre todo el alumnado de contenidos de educación sexual, como es el caso del programa **“SKOLAE”**<sup>117</sup>, del Gobierno de Navarra. Tras dos cursos escolares, esta iniciativa se ha puesto en marcha en el 37% de los centros, aunque el programa cuenta con diferentes acciones y contenidos, no solo de educación sexual, y no se han encontrado datos de implementación ni de cobertura en relación a este tema<sup>117</sup>.

En esta misma línea, buscando la universalidad, Castilla-La Mancha puso en marcha la asignatura **“Educación para la igualdad, la tolerancia y la diversidad”**<sup>118</sup> en el curso 2017-18. Esta nueva materia, dirigida a 5º de Educación Primaria y a 3º ESO, contiene un bloque con contenidos de educación afectivo-sexual. De este modo, se realizó un pilotaje en 10 centros educativos de Primaria y 10 Institutos de Educación Secundaria (IES). La evaluación<sup>119</sup> mostró alta satisfacción y utilidad percibida por parte del profesorado, alumnado y familias de los centros que implantaron la materia. En el curso 2019-20, tras

dos años de pilotaje, estas materias no se han incorporado de momento al currículo y los centros pueden implementarlas de forma voluntaria como Proyecto de Innovación.

Más allá de todas estas iniciativas, diferentes estudios concluyen que la información sexual que recibe la adolescencia española es superficial, incompleta, trasmisora de creencias erróneas y proporcionada sobre todo por amistades, revistas y televisión<sup>120-125</sup>. Estos mismos estudios señalan que chicas y chicos preferirían recibir esta información de la familia, profesorado y sanitarios<sup>120-125</sup>.

La educación sexual en España, por tanto, tiene amplio margen de mejora, tal y como apunta el “**Barómetro sobre anticoncepción**”, realizado en 16 países europeos en 2015<sup>126</sup>, en el que España alcanza puntuaciones medias inferiores a las de otros países, con un resultado de 26 puntos sobre 100 en educación sexual.

Por otro lado, en la última década, han surgido nuevas fuentes de información, vinculadas al desarrollo y acceso a internet, lo que ha supuesto cambios en la tendencia y en la información recibida por las y los jóvenes<sup>127</sup>, con gran cantidad de contenidos disponibles (entre ellos, pornografía), pero que no siempre son de calidad ni veraces y que podrían favorecer, según apuntan diferentes estudios, conductas de riesgo, como el no uso de preservativo<sup>81,82</sup>.

## EDUCACIÓN SEXUAL: EL CASO ASTURIAS

---

### El inicio de la educación sexual en la escuela de Asturias

Asturias fue una de las primeras comunidades autónomas en poner en marcha la educación sexual en la escuela, junto con, por ejemplo, el Gobierno de Canarias y su proyecto pionero con el colectivo **Harimaguada**<sup>128</sup>, que fue una referencia en España durante muchos años.

En 1990, el Servicio de Salud Pública de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales del Principado de Asturias creó el programa de **“Educación sexual en la adolescencia”**: se editó un libro de documentación<sup>128</sup> y una guía con ocho unidades didácticas<sup>130</sup>, ambos materiales para el profesorado. Asimismo, se impartió formación para las y los docentes interesados, ya que el objetivo era que los centros educativos que lo desearan pudiesen incluir la educación sexual en su diseño curricular.

Posteriormente, en 2001, el gobierno asturiano aprobó un **“Programa de Educación Afectivo-Sexual para Asturias”**<sup>131</sup> con líneas para diferentes ámbitos, entre ellos, el educativo. En la práctica, este programa se concretó en el proyecto **“Ente Mocedá”**<sup>132</sup>, adaptación del programa vasco **“Uhin Bare”**<sup>133</sup>, creado por la Universidad del País Vasco.

**“Ente Mocedá”** se basó, de nuevo en la entrega de materiales didácticos y en la formación del profesorado en horario lectivo, para que así los centros educativos desarrollasen de forma voluntaria sus propios proyectos de educación sexual, que tenían que diseñar e implementar como parte de la formación.

Una evaluación interna determinó que los materiales eran demasiado teóricos y poco prácticos, y que el nivel de exigencia al profesorado en este proyecto era muy alto<sup>134</sup>. Como resultado, en la práctica, el programa tuvo escasa trayectoria y desapareció tras un par de años de implementación, lastrado por la voluntariedad y dificultad de llevar a cabo iniciativas tan complicadas para el profesorado, al que se le exigía una gran labor de planificación y elaboración de contenidos para el aula.

## “Ni ogros ni princesas”, una propuesta para adolescentes

Tras esta evaluación, la Consejería de Salud, en colaboración con la Consejería de Educación y el Instituto Asturiano de la Mujer, puso en marcha en 2007 una nueva iniciativa: “Ni ogros ni princesas” (**NONP**). Se realizó un análisis de la situación<sup>134,135</sup>, teniendo en cuenta las experiencias previas, y se puso en marcha la fase de diseño. Se estableció como meta mejorar la salud y bienestar de la adolescencia, al tiempo que favorecer su autoestima y autonomía personal, promover la libertad de elección desde el conocimiento, garantizar igualdad de mujeres y hombres, y el respeto a la diversidad sexual. Los objetivos clave del programa, en relación a la sexualidad, eran aumentar conocimientos, desarrollar actitudes positivas y adquirir habilidades, como elementos facilitadores para la adquisición de conductas placenteras, saludables, seguras y responsables en sexualidad a medio y largo plazo.

Para alcanzar estos objetivos, se diseñó un programa de implementación<sup>136</sup>, con una serie de acciones secuenciadas por trimestre y recursos de apoyo para desarrollar las mismas en los centros educativos. También se elaboró una guía didáctica con actividades para el aula<sup>137</sup>, elaborada por profesorado de Asturias para apoyar la labor docente dentro del programa.

De este modo, en Asturias, desde 2008, existe el programa institucional de educación sexual **NONP**<sup>136</sup>, basado en el modelo de derechos y género<sup>54-56,138</sup>, que hace especial énfasis en la salud, el placer, la igualdad y el respeto a la diversidad sexual. Su diseño parte de las características de los programas efectivos<sup>14,37,46,62,64</sup> y está dirigido a estudiantes de 12 a 16 años que reciben sesiones impartidas por su profesorado durante los cuatro cursos de la ESO. La metodología es activa y participativa, con empleo de técnicas de entrenamiento en comunicación, negociación, uso del condón, manejo de emociones... Se busca el protagonismo de alumnado y profesorado, de manera que el trabajo participativo en el aula es la base de **NONP**. Asimismo, el programa, como ya se apuntó, cuenta con otras acciones y recursos de apoyo a las mismas: información a la comunidad educativa con cartas, carteles, folletos; formación (voluntaria) para el profesorado; talleres externos de dos horas en cada nivel de la ESO, salvo en 4º ESO que el taller es de tres horas y usa metodología entre iguales; actividades para familias (envío

de boletines y un taller presencial); y una asesoría por WhatsApp para alumnado, con profesionales de la Sexología del Conseyu de la Mocedá del Principáu d’Asturies.

### Recuadro 9. Esquema del programa “Ni ogros ni princesas”

| ACCIONES                                 | RECURSOS  |
|--|---|
| 1) Inscripción del centro educativo      | ✓ Ficha de participación  |
| 2) Información a la comunidad educativa  | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Cartel y folletos</li> <li>✓ Modelo de carta para el profesorado</li> <li>✓ Modelo de carta para las familias</li> <li>✓ Modelo de comunicación para alumnado</li> </ul>                         |
| 3) Formación básica para el profesorado  | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Cursos en el Plan formativo de Educación</li> <li>✓ Guía didáctica “Ni ogros ni princesas”</li> </ul>  |
| 4) Formación al alumnado por profesorado | ✓ Al menos, 5 sesiones en cada curso  |
| 5) Talleres externos para el alumnado    | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 1 ESO: Cuerpo y cambios</li> <li>✓ 2 ESO: Comunicación afectiva.</li> <li>✓ 3 ESO: Diversidad sexual</li> <li>✓ 3 ESO: Anticoncepción e ITS</li> <li>✓ 4 ESO: Educación entre iguales</li> </ul> |
| 6) Actividades para familias             | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Boletín informativo</li> <li>✓ Sesión presencial (2 horas)</li> </ul>  |
| 7) Asesoría online para adolescentes     | ✓ Profesionales de la sexología responden dudas por la app WhatsApp o por e-mail  |
| 8) Evaluación                            | ✓ Ficha de seguimiento  |

Fuente: “Ni Ogros ni Princesas. Programa para la Educación Afectivo-sexual en la ESO” (Gobierno del Principado de Asturias, 2009)<sup>136</sup>.

El programa se pilota durante el curso escolar 2008-09 y se realiza una evaluación de proceso, que constata que es una intervención novedosa, con un gran nivel de ejecución, así como una alta participación, satisfacción y utilidad percibida por parte de alumnado y profesorado<sup>139</sup>.

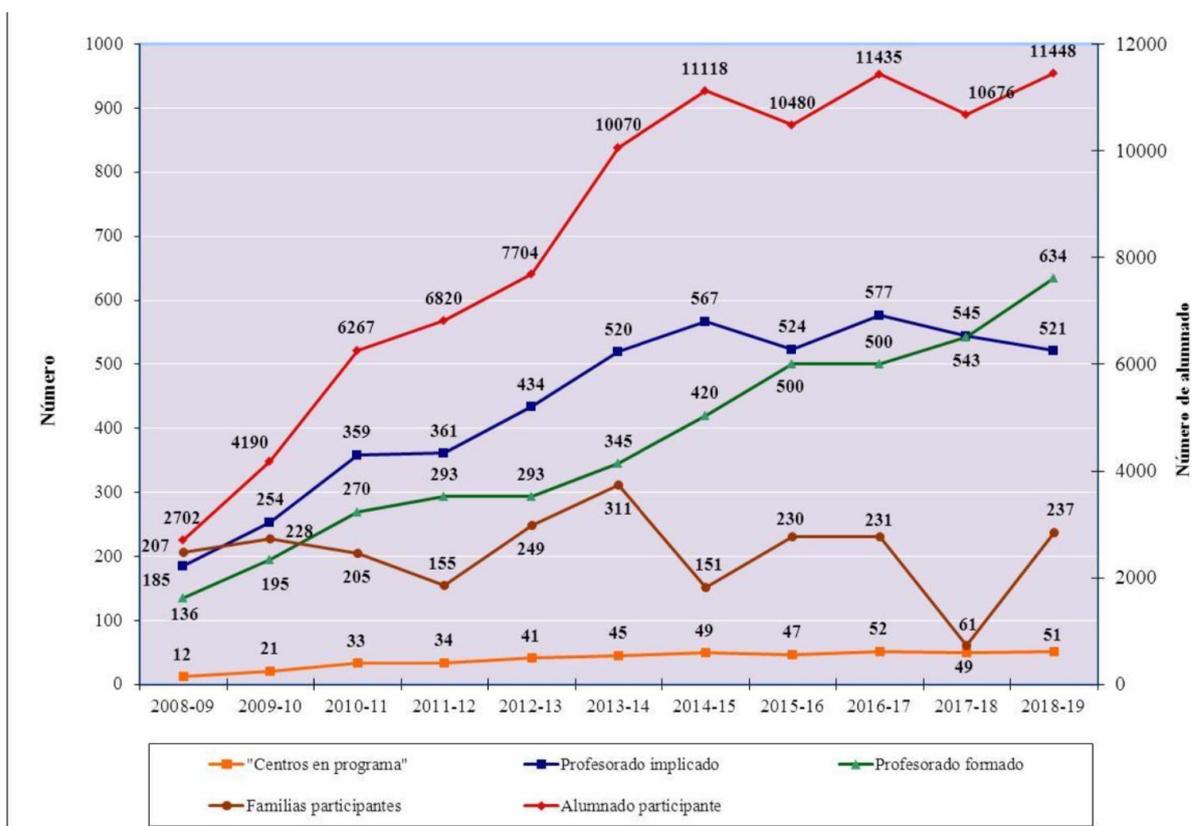
Tras este pilotaje, el programa se oferta, al inicio de cada curso escolar, a los centros educativos que pueden participar de forma voluntaria. Para ello, deben cumplimentar una ficha de inscripción que recoge una serie de compromisos por parte del centro educativo, como que haya una persona coordinadora del programa en el instituto o que

el profesorado imparta al menos cinco horas de educación sexual en cada aula de la ESO, entre otros.

Junto con la mencionada evaluación de proceso, el programa cuenta con informes anuales de evaluación y cobertura<sup>140</sup>. Así, NONP comenzó en 2008-09 en 12 IES, con la participación 2.700 estudiantes de entre 12 y 16 años (cobertura del 9%). Una década después, en el último informe de seguimiento, referido al curso 2018-19, el programa llegó a 51 centros y 11.500 alumnos (un 38% del total del alumnado de la ESO y un 55% del alumnado de la red pública)<sup>140</sup>.

Paralelamente, el programa ha formado aproximadamente a más de 600 docentes (desde sus inicios) y cuenta con la colaboración de 70 profesionales sanitarios (7% de la plantilla de Enfermería de Atención Primaria de Asturias), que han recibido también formación en educación sexual e imparten talleres externos.

**Gráfico 5. Evolución de la participación en “Ni ogros ni princesas” (2008-2019)**



Fuente: Gobierno del Principado de Asturias: Astursalud. Ni ogros ni princesas [Internet]<sup>140</sup>: <https://www.astursalud.es/noticias/-/noticias/ni-ogros-ni-princesas>

Cabe reseñar, por último, que **NONP** fue reconocido como “**Buena Práctica del Sistema Nacional de Salud**” por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social en 2018 y que, en 2019, recibió una “**Mención Especial**” del “**Programa Menina**”, que distingue iniciativas contra la violencia de género.

### “**Sexualidades**”, un proyecto con materias curriculares para la ESO

Partiendo del programa **NONP** y siendo las recomendaciones de la OMS<sup>37</sup>, UNESCO<sup>14,55</sup> y UNFPA<sup>16,54,138</sup>, se elaboraron cuatro currículos educativos, uno para cada nivel de la ESO, dentro de la iniciativa “**Sexualidades, una propuesta para la ESO**”<sup>141</sup>. Estos currículos se basaron en las características de los currículos eficaces de Educación integral en Sexualidad<sup>14</sup> y en los contenidos propuestos por los distintos organismos internacionales de referencia para incorporar como materia la educación sexual en la educación formal de la adolescencia<sup>14,37,54</sup>.

La elaboración de estos currículos se acompañó posteriormente de su oferta a los centros escolares de Secundaria, a partir del curso 2019-20, con la posibilidad de desarrollar, dentro de su horario lectivo, una materia de libre configuración autonómica del proyecto “**Sexualidades**”. De este modo, cada centro podía seleccionar una o varias de estas materias para ofertar a su alumnado dentro del horario lectivo, a razón de dos horas semanales por materia. La oferta de esta materia o materias tenía que ser aprobada por el claustro, en el marco de la ley educativa vigente<sup>90</sup>, y después contar con alumnado suficiente para ser impartida, ya que su elección era voluntaria.

De este modo, durante el curso 2019-20, en su primer año de implantación, el proyecto “**Sexualidades**” contó con la participación de 6 IES (8% de la red pública de Secundaria), que incorporaron alguna de estas materias a su currículo escolar, según datos facilitados por la Consejería de Educación del Principado de Asturias. Estos centros se suman a otros 49 que, en el mismo año escolar, participan en el programa **NONP**.

## Recuadro 10. Características de un currículo eficaz de Educación Integral en Sexualidad

### Frase preparatoria

1. Involucra a expertos en sexualidad humana, cambio de conductas y teoría pedagógica relacionada.
2. Involucra a jóvenes, padres y miembros de la familia y otras partes interesadas de la comunidad.
3. Evalúa las necesidades y conductas sociales y de SSR de los niños y jóvenes a quienes están dirigidos estos programas, con base en sus capacidades evolutivas.
4. Evalúa los recursos (humanos, de tiempo y financieros) disponibles para desarrollar e implementar currículos.

### Desarrollo de contenidos

5. Se centra en objetivos, resultados y aprendizajes clave claros, para determinar el contenido, el enfoque y las actividades.
6. Cubre temas en una secuencia lógica.
7. Diseña actividades que estén orientadas al contexto y promuevan la reflexión crítica.
8. Aborda habilidades de consentimiento y para la vida.
9. Proporciona información científicamente correcta acerca del VIH y el sida y otras ITS, la prevención del embarazo, el embarazo precoz y no planificado y la eficacia y disponibilidad de diferentes métodos de protección.
10. Examina cómo las experiencias biológicas, las normas culturales y de género afectan la manera en que niños y jóvenes experimentan y exploran su sexualidad y su SSR en general.
11. Aborda riesgos específicos y factores de protección que afectan determinadas conductas sexuales.
12. Aborda cómo manejar determinadas situaciones que podrían llevar a la infección por el VIH, otras ITS, las relaciones sexuales no deseadas o sin protección o la violencia.
13. Examina actitudes individuales y normas del grupo de pares en relación con los condones y la gama completa de anticonceptivos.
14. Proporciona información acerca de cuáles servicios están disponibles para abordar las necesidades de salud de niños y jóvenes, especialmente sus necesidades de SSR.

Fuente: “International technical guidance on sexuality education: an evidence-informed approach” (UNESCO, 2018)<sup>14</sup>.

## **CAPÍTULO 4**

---

### **OBJETIVOS**

## PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

Este trabajo investiga sobre la educación sexual de la población adolescente asturiana y también sobre su estado de salud sexual. En este sentido, la pregunta de investigación que se plantea es: **¿cómo influye la educación sexual que recibe la población adolescente asturiana en su comportamiento y estado de salud sexual?**

## OBJETIVOS GENERAL Y ESPECÍFICOS

Esta investigación plantea un objetivo general y nueve objetivos específicos que se detallan a continuación.

### Objetivo general

Analizar la influencia de la educación sexual que recibe la adolescencia asturiana en su salud sexual, a través de su impacto en conocimientos, actitudes y habilidades relacionadas con la sexualidad, como elementos facilitadoras para la adquisición de conductas sexuales seguras y mejor estado de salud sexual.

### Objetivos específicos

Los objetivos específicos, que ayudan a responder al objetivo general y dan respuesta, por tanto, a la pregunta de investigación, son los siguientes:

- **Objetivo específico 1:** Estudiar las fuentes de información y educación sexual de la población adolescente asturiana.
- **Objetivo específico 2:** Analizar la evolución de las fuentes de información y educación sexual durante la adolescencia en Asturias.
- **Objetivo específico 3:** Analizar la evolución de la utilidad percibida de las fuentes de educación sexual en la adolescencia asturiana.

- **Objetivo específico 4:** Medir el impacto en conocimientos relacionados con la sexualidad de una intervención de educación sexual en adolescentes asturianos.
  
- **Objetivo específico 5:** Medir el impacto en actitudes relacionadas con la sexualidad de una intervención escolar de educación sexual en población adolescente asturiana.
  
- **Objetivo específico 6:** Medir el impacto en habilidades relacionadas con la sexualidad de una intervención escolar de educación sexual en población adolescente asturiana.
  
- **Objetivo específico 7:** Medir el impacto en el uso del condón de una intervención de educación escolar sexual en población adolescente asturiana.
  
- **Objetivo específico 8:** Analizar la evolución de la salud sexual de la adolescencia asturiana, medida en conducta sexual, interrupciones voluntarias del embarazo (IVE), ITS y violencia de género, en la última década.
  
- **Objetivo específico 9:** Comparar la evolución de la salud sexual de la adolescencia asturiana en relación a la española, medida en conducta sexual, IVE, ITS y violencia de género, en la última década.

## HIPÓTESIS

Cada uno de los objetivos específicos de esta investigación se acompañan de un planteamiento hipotético concreto:

**Objetivo específico 1:** Estudiar las fuentes de información y educación sexual de la población adolescente asturiana.

⇒ **Hipótesis 1:** Si el comportamiento de la adolescencia asturiana es similar al de la española, entonces sus fuentes de información y educación sexual más frecuente serán las amistades y los medios.

**Objetivo específico 2:** Analizar la evolución de las fuentes de información y educación sexual durante la adolescencia en Asturias.

⇒ **Hipótesis 2:** Si el comportamiento de la adolescencia asturiana es similar al de la española, entonces no habrá cambios en sus fuentes de información y educación sexual durante la adolescencia.

**Objetivo específico 3:** Analizar la evolución de la utilidad percibida de las fuentes de educación sexual en la adolescencia asturiana.

⇒ **Hipótesis 3:** Si el comportamiento de la adolescencia asturiana es similar al de la española, entonces la utilidad percibida de sus fuentes de información y educación sexual será baja (menos del 50% la considerará muy/bastante útil).

**Objetivo específico 4:** Medir el impacto en conocimientos relacionados con la sexualidad de una intervención de educación sexual en población adolescente asturiana.

⇒ **Hipótesis 4:** Si la educación sexual se relaciona de forma positiva con los conocimientos sobre sexualidad, entonces el incremento de conocimientos será mayor en la adolescencia asturiana que recibe educación sexual que en la adolescencia asturiana que no recibe educación sexual.

**Objetivo específico 5:** Medir el impacto en actitudes relacionadas con la sexualidad de una intervención escolar de educación sexual en población adolescente asturiana.

- ⇒ **Hipótesis 5:** Si la educación sexual se relaciona de forma positiva con actitudes de respeto e igualdad, entonces el incremento de actitudes de respeto e igualdad será mayor en la adolescencia asturiana que recibe educación sexual que en la adolescencia asturiana que no recibe educación sexual.

**Objetivo específico 6:** Medir el impacto en habilidades relacionadas con la sexualidad de una intervención escolar de educación sexual en población adolescente asturiana.

- ⇒ **Hipótesis 6:** Si la educación sexual se relaciona de forma positiva con habilidades relacionadas con la sexualidad, entonces el incremento de habilidades será mayor en la adolescencia asturiana que recibe educación sexual que en la adolescencia asturiana que no recibe educación sexual.

**Objetivo específico 7:** Medir el impacto en el uso del condón de una intervención de educación escolar sexual en población adolescente asturiana.

- ⇒ **Hipótesis 7:** Si la educación sexual se relaciona de forma positiva con el uso del condón, entonces el uso del condón será mayor en la adolescencia asturiana que recibe educación sexual que en la que no recibe educación sexual.

**Objetivo específico 8:** Analizar la evolución de la salud sexual de la adolescencia asturiana, medida en conducta sexual, IVE, ITS y violencia de género, en la última década.

- ⇒ **Hipótesis 8:** Si la educación sexual se relaciona de forma positiva con la salud sexual, entonces el aumento de la educación sexual en la adolescencia asturiana se acompañará de una mejora de la salud sexual de la adolescencia asturiana.

**Objetivo específico 9:** Comparar la evolución de la salud sexual de la adolescencia asturiana en relación a la española, medida en conducta sexual, IVE, ITS y violencia de género, en la última década.

- ⇒ **Hipótesis 9:** Si la educación sexual se relaciona de forma positiva con la salud sexual, entonces la salud sexual de la adolescencia asturiana evolucionará mejor que el de la adolescencia española.

## PROCEDIMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

Para dar respuesta a los objetivos de esta investigación, se llevaron a cabo dos estudios empíricos independientes entre sí.

El primero, con un gran volumen de datos, se desarrolló en dos trabajos de investigación:

–Trabajo de investigación 1: “Evolución de las fuentes de información e ideas sobre sexualidad en adolescentes”.

–Trabajo de investigación 2: “Impact of a sex education programme in terms of knowledge, attitudes and sexual behaviour among adolescents in Asturias”.

El segundo estudio se recoge en un tercer trabajo de investigación: “Evolución de la salud sexual de la población adolescente española y asturiana”.

Señalar, como ya se apuntó con anterioridad, que estos tres trabajos han sido publicados o aceptados para su publicación como artículos originales en revistas científicas, y se presentan tal y como fueron aceptados.

Por lo tanto, cada trabajo se redacta como un estudio empírico que se centra en unos objetivos específicos y en sus respectivas hipótesis.

Con este enfoque, el procedimiento de cada uno de estos trabajos es detallado en el capítulo correspondiente, utilizando la estructura científica clásica: introducción, métodos, resultados y discusión. Así, estos tres trabajos en su conjunto configuran un recorrido lógico para dar respuesta al objetivo general de esta investigación.

En la siguiente tabla, se detallan los objetivos específicos que se abordan en cada trabajo de investigación.

**Tabla 2. Objetivos específicos y su correspondencia con cada trabajo de investigación**

|  |
|--|
| <p><b>TRABAJO DE INVESTIGACIÓN 1: Evolución de las fuentes de información e ideas sobre sexualidad en adolescentes</b></p> <p>–<b>Objetivo específico 1:</b> Estudiar las fuentes de información y educación sexual de la población adolescente asturiana.</p> <p>–<b>Objetivo específico 2:</b> Analizar la evolución de las fuentes de información y educación sexual durante la adolescencia en Asturias.</p> <p>–<b>Objetivo específico 3:</b> Analizar la evolución de la utilidad percibida de las fuentes de educación sexual en la adolescencia asturiana.</p>   |
| <p><b>TRABAJO DE INVESTIGACIÓN 2: Impact of a sex education programme in terms of knowledge, attitudes and sexual behaviour among adolescents in Asturias (Spain)</b></p> <p>–<b>Objetivo específico 4:</b> Medir el impacto en conocimientos relacionados con la sexualidad de una intervención de educación sexual en población adolescente asturiana.</p> <p>–<b>Objetivo específico 5:</b> Medir el impacto en actitudes relacionadas con la sexualidad de una intervención escolar de educación sexual en población adolescente asturiana.</p> <p>–<b>Objetivo específico 6:</b> Medir el impacto en habilidades relacionadas con la sexualidad de una intervención escolar de educación sexual en población adolescente asturiana.</p> <p>–<b>Objetivo específico 7:</b> Medir el impacto en el uso del condón de una intervención de educación escolar sexual en población adolescente asturiana.</p> |
| <p><b>TRABAJO DE INVESTIGACIÓN 3: Evolución de la salud sexual de la población adolescente española y asturiana</b></p> <p>–<b>Objetivo específico 8:</b> Analizar la evolución de la salud sexual de la adolescencia asturiana, medida en conducta sexual, IVE, ITS y violencia de género, en la última década.</p> <p>–<b>Objetivo específico 9:</b> Comparar la evolución de la salud sexual de la adolescencia asturiana en relación a la española, medida en conducta sexual, IVE, ITS y violencia de género, en la última década.</p>  |

## **PRINCIPIOS ÉTICOS Y CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Esta investigación siguió los requisitos y protocolos de la Comisión de Ética de la Facultad de Psicología de la Universidad de Oviedo y también los propios del Comité de Ética en la Investigación de la Universidad de Oviedo (Reglamento publicado en el Boletín Oficial del Principado de Asturias, 26 de febrero de 2014).

Una parte de esta investigación se basó en una encuesta con uso de un cuestionario en papel a alumnado de la ESO en su centro de estudios. Los equipos directivos correspondientes fueron informados de los objetivos y la metodología de la investigación, e informaron a las familias a las que solicitaron su consentimiento para esta actividad. Asimismo, todo el alumnado fue informado de los objetivos, características y procedimiento del estudio, dio su consentimiento y cumplimentó el cuestionario de forma voluntaria. Se usó un cuestionario anónimo y auto-administrado (ANEXO 1), en horario lectivo, y se garantizó la confidencialidad en el manejo de los datos.

## **CAPÍTULO 5**

---

### **TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN**

## PRESENTACIÓN

---

Este capítulo recoge los estudios realizados y publicados o aceptados para su publicación en revistas científicas, indexadas en diferentes bases de datos y sometidas a proceso de revisión por pares.

A continuación, se detalla cada uno de los estudios así como la publicación científica correspondiente:

**–Estudio 1:** Evolución de las fuentes de información e ideas sobre sexualidad en adolescentes.

Publicación: RQR Enfermería Comunitaria.

Edita: Sociedad de Enfermería de Atención Primaria en Asturias (SEAPA).

ISSN: 2254-8270.

Fecha de aceptación: 28/05/2020.

Fecha de publicación: Pendiente.

**–Estudio 2:** Impact of a sex education programme in terms of knowledge, attitudes and sexual behaviour among adolescents in Asturias (Spain).

Publicación: Global Health Promotion.

Edita: Sage Publications.

ISSN: 1757-9759; Online ISSN: 1757-9767.

Fecha de aceptación: 12/08/2019.

Fecha de publicación: 04/12/2019.

**–Estudio 3:** Evolución de la salud sexual de la población adolescente española y asturiana.

Publicación: Revista Española de Salud Pública.

Edita: Ministerio de Sanidad y Consumo de España.

ISSN: 1135-5727; Online ISSN: 2173-9110.

Fecha de aceptación: 22/07/2019.

Fecha de publicación: 04/09/2019.

## ESTUDIO 1

### Evolución de las fuentes de información e ideas sobre sexualidad en adolescentes

---

#### RESUMEN

**Objetivo:** La educación sexual constituye un derecho de la infancia y la adolescencia que, en la práctica, cuenta con numerosas dificultades. El objetivo de este estudio es conocer cuáles son las fuentes de información y su evolución durante la adolescencia, así como de la utilidad percibida sobre las mismas y las ideas relacionadas con la sexualidad.

**Método:** Se usaron datos de un estudio cuasi-experimental que pasó un cuestionario en tres momentos de la adolescencia: a los 12-13 años (1º ESO), a los 15-16 años (4º ESO) y a los 17-18 años (2º Bachillerato). Las variables fueron: fuentes de información sobre sexualidad, fuente más útil e ideas sobre sexualidad. Se hallaron porcentajes desglosados por sexo y momento, y se contrastó la significación estadística con la diferencia de intervalos de confianza al 95%.

**Resultados:** Las fuentes más frecuentes (y a la vez, consideradas más útiles), para ambos sexos y en todas las edades, fueron amistades, escuela, Internet/televisión y revistas/libros; la madre también para ellas. Hubo diferencias significativas por sexo en las fuentes más frecuentes y en la utilidad percibida: ellas seleccionaron más a la madre y ellos Internet/televisión. Respecto a las ideas sobre sexualidad, las más repetidas incluyeron “sexo”, “prácticas eróticas”, “sentimientos”, “placer”, y también hubo diferencias significativas: ellas nombraron más “sentimientos”, “placer” y “valores”.

**Conclusiones:** Los jóvenes reciben información de diferentes fuentes y destacan amistades e Internet/televisión, que pueden transmitir nociones erróneas y/o machistas; lo que parece constatarse con las ideas de chicas y chicos sobre sexualidad, con estereotipos de género. Es necesario poner en marcha iniciativas que garanticen una educación sexual que implique, al menos, al ámbito educativo, sanitario y a las familias.

**Palabras clave en español:** Fuentes de información sexual, educación sexual, sexualidades y adolescentes.

## Evolution of information sources and ideas about sexuality in adolescents

### ABSTRACT

**Objective:** Sex education is a children's and adolescents' right, but in practice it has numerous difficulties. The goal of this study was to acknowledge which are the information sources and how they evolve during adolescence, the young's perceived utility and their sex-related ideas.

**Method:** Data from a previous quasi-experimental study, with control group, were used. This study used a questionnaire at three moments: 12-13 years old (at 1<sup>st</sup>-grade of secondary school), 15-16 years old (at 4<sup>th</sup>-grade) and at 2<sup>n</sup>-grade of baccalaureate (17-18 years old). Studied variables were: information sources on sex education, most useful source and ideas about sexuality. Data were expressed as percentages by sex and time. Confidence interval differences at 95% were used to statistical significance.

**Results:** Sources of information most frequently reported and with a highest perceived utility were friends, school, Internet/TV and magazines/books at all ages and both sexes; and mothers for girls. Differences were found by sex on sources and perceived utility: girls preferred their mothers and boys chose more Internet/TV. "Sex", "sexual practices", "feelings" and "pleasure" were the most repeated sexuality ideas with some differences by sex; sexuality was more related with "feelings", "pleasure" and values among girls.

**Conclusions:** Adolescents received information from different agents and influence of friends and Internet/TV could transmit wrong or sexist's messages. Boys and girls maintained gender stereotypes according to sexuality ideas reported. It is necessary to implement initiatives that guarantee a universal and evidence-based sex education that involves, at least, schools, health services and families.

**Keywords:** Sources of sexual information, sexual education, sexuality and adolescents.

## INTRODUCCIÓN

La educación sexual se define como la actividad pedagógica, adaptada a cada edad y cultura, que utiliza información científica rigurosa, realista y sin prejuicios de valor, a nivel biológico, psíquico y social, para formar en sexualidad, entendiendo ésta como comunicación humana, fuente de salud, placer y afectividad<sup>1</sup>.

La educación sexual es un derecho de niños, niñas y adolescentes, reconocido por organismos internacionales<sup>1-3</sup>, y recogido como meta en los **ODS**<sup>4</sup>, junto con otros derechos sexuales como libertad, equidad, privacidad. Todos estos derechos son esenciales para avanzar hacia sociedades más igualitarias, inclusivas y sin discriminaciones<sup>1,2</sup>.

La responsabilidad de la educación sexual recae en diferentes agentes y las autoridades educativas y sanitarias, junto con las familias, juegan un papel fundamental en dar información, formación y valores para que las y los jóvenes puedan tomar decisiones saludables<sup>2,5-7</sup>. Son, de este modo, el personal sanitario y educativo, debidamente formado, quienes deberían realizar la educación sexual de niñas, niños y adolescentes desde el ámbito profesional, dada su cercanía a estos grupos, su experiencia y su capacidad docente<sup>1-3,5-7</sup>.

A pesar de estas recomendaciones, diferentes estudios han señalado que la información sexual que recibe la adolescencia es superficial, incompleta, trasmisora de creencias erróneas y proporcionada sobre todo por amistades, revistas y televisión<sup>8-12</sup>. Estos mismos estudios recogieron que chicas y chicos preferirían recibir esta información de la familia, profesorado y sanitarios<sup>8-12</sup>.

Hay que tener en cuenta, además, que en la última década, han surgido nuevas fuentes de información, vinculadas al uso generalizado de Internet y redes sociales<sup>13</sup>, con gran cantidad de contenidos disponibles y accesibles (entre ellos, pornografía), que no siempre son de calidad ni veraces. De acuerdo a la evidencia disponible, estas nuevas fuentes podrían favorecer conductas de riesgo, como el no uso de preservativo, y acentuar los estereotipos de género entre chicas y chicos<sup>14,15</sup>, ya presentes en la realidad de la juventud<sup>16</sup>.

Paralelamente, la salud sexual de la juventud muestra datos preocupantes: la tasa de infección de VIH más alta se produce entre jóvenes de 25 a 29 años (23,2 por 100.000 habitantes en 2017)<sup>17</sup> y las mujeres de 20 a 24 años son las que más abortan (17,42 abortos por cada 1.000 mujeres en 2017)<sup>18</sup>. Por otra parte, la violencia de género es frecuente entre la juventud: de las más de 28.000 mujeres víctimas que contaban con medidas cautelares u órdenes de protección en 2016, el 59% tenía entre 20 y 39 años<sup>19</sup>.

## **OBJETIVOS**

El objetivo general de este trabajo es conocer cuáles son las fuentes de información sexual de la adolescencia y su evolución durante esta etapa. Como objetivos específicos, se plantean determinar la utilidad percibida por las y los adolescentes sobre las fuentes seleccionadas y recoger las ideas que este grupo de población relaciona con el concepto sexualidad.

## **MÉTODO**

### **Diseño del estudio**

Se planteó un enfoque descriptivo longitudinal, usando la base de datos de una investigación más amplia sobre el impacto de la educación sexual en estudiantes de Educación Secundaria Obligatoria (ESO) en la comunidad autónoma de Asturias<sup>20</sup>.

La recogida de la información se llevó a cabo con una encuesta anónima y auto-administrada, pilotada previamente en cuatro aulas. Miembros del equipo investigador, previamente formados, aplicaron el cuestionario en tres momentos: en 1º ESO (diciembre de 2010), en 4º ESO (mayo de 2014) y en 2º Bachillerato (mayo de 2016).

### **Población de estudio**

La población de estudio fue el alumnado de 1º ESO, que eran 8.000 estudiantes en el año 2010, según datos de la Consejería de Educación de Asturias. Se hizo el cálculo de la muestra para una potencia del 80% y un nivel de significación bilateral del 5%;

posteriormente se llevó a cabo un muestreo por conglomerados monoetápico y aleatoriamente se seleccionaron los centros, de manera que cada centro participaba con todo su alumnado de 1º ESO (20). En total, fueron 10 institutos públicos de Asturias.

La muestra quedó compuesta por 656 estudiantes de 1º de ESO, 608 de 4º de ESO y 371 de 2º de Bachillerato. En relación a 4º ESO y 2º Bachillerato, se excluyeron del estudio a los estudiantes que no hubiesen cursado 1º ESO en el mismo centro educativo. La tasa de respuesta fue del 96%, 92% y 81%, respectivamente, en cada uno de los momentos del estudio.

### **Variables del estudio**

Las variables de este estudio se recogieron a través de un cuestionario anónimo y auto-administrado, que utilizó cuestiones utilizadas en estudios previos<sup>8,9</sup>. Las variables fueron edad, sexo, país de nacimiento, fuentes de información sexual, fuente más útil e ideas sobre sexualidad.

Se trató como variable principal “fuente de información”, que permitía respuesta múltiple y englobaba nueve categorías: madre, padre, hermanos, amistades, escuela/centro educativo, revistas/libros, Internet/televisión, personal sanitario y pareja.

Para la variable “fuente más útil”, las categorías de respuesta eran las mismas, pero solo se podía seleccionar una.

Respecto a “ideas sobre sexualidad”, se usó una pregunta abierta para que escribiesen tres palabras que relacionasen con este concepto. Las respuestas se trataron como numéricas tras agruparlas en las siguientes categorías: sexo, prácticas eróticas (“hacer el amor”, “besos”, “caricias”, “penetración”...), sentimientos (“amor”, “cariño”, “afecto”...), partes del cuerpo (“pene”, “vagina”, “pecho”...), reproducción (“embarazo”, “tener hijos”...), hombre/mujer (“hombre”, “chico”, “hombre y mujer”, “mujer”...), pareja (“novio”, “novia”...), placer (“placer”, “orgasmo”, “gozar”...) y valores (“respeto”, “libertad”, “compromiso”...).

### **Cuestiones éticas**

El estudio contó con la aprobación de las Consejerías de Educación y Sanidad del

Principado de Asturias (España), y con el consentimiento de los equipos directivos de los centros educativos. Las familias y el alumnado fueron informados de los objetivos y características del estudio, se solicitó su consentimiento y se les dio la posibilidad de no participar.

### **Análisis de los datos**

Se realizó un análisis de tendencia temporal con el paquete de software estadístico Stata 13, utilizando los datos globales de la base de datos. Se halló la media para la edad y porcentajes desglosados por sexo y momento del test para el resto de variables. Para la significación estadística, se utilizaron las diferencias de intervalos de confianza al 95%.

## **RESULTADOS**

### **Características sociodemográficas**

La edad del alumnado fue de 12,3 (desviación estándar: 0,3) en 1º ESO, de 15,7 (0,4) en 4º ESO y de 17,5 (0,5) en 2º Bachillerato. La proporción de chicas fue del 50,3%, 49,5% y 51,2%, respectivamente, en cada uno de los momentos del estudio.

En relación a la nacionalidad, la proporción de estudiantes con nacionalidad española se mantuvo estable durante todo el estudio, con porcentajes del 94,2%, 95,2% y 94,6%. El siguiente grupo fue el de América Latina: 4,6%, 4,3% y 4,9%. El resto de nacionalidades (resto de Europa, África, Estados Unidos y otros) fue inferior al 1% en todos los momentos del estudio.

### **Fuentes de información** (tabla 3)

Las amistades fueron la fuente de información más señalada por las chicas en todas las edades, con porcentajes en torno al 70%. La escuela (40, 64 y 62%, respectivamente en 1º, 4º de ESO y 2º de Bachillerato) y la madre (cerca del 50% en todos los niveles) se posicionaron como las otras fuentes más frecuentes. Asimismo, Internet/televisión (que pasó del 12% en 1º de ESO al 49% en 4º de ESO y al 57% en 2º de Bachillerato) se convirtió en la tercera fuente en estos dos últimos cursos.

Más del 70% de los chicos seleccionó también las amistades en todos los niveles y solo fue superada en 2º de Bachillerato por Internet/televisión (72%). Esta fue también la segunda fuente más nombrada en 4º de ESO (67%) y la tercera en 1º de ESO (32%). La escuela fue otra fuente frecuente (más de la mitad la eligió en 4º de ESO y 2º de Bachillerato) y aproximadamente un tercio se informó con revistas/libros durante la ESO.

En la comparación por sexos, las chicas optaron más que los chicos, de forma significativa, por la madre como fuente de información en todos los niveles, por la escuela en 1º y 4º de ESO, y por revistas/libros en 4º de ESO y 2º de Bachillerato. Por su parte, los chicos seleccionaron más, con significación estadística, Internet/televisión en 1º y 4º de ESO, y la pareja, en 1º de ESO; en 2º de Bachillerato fueron ellas las que referenciaron más la pareja, también de forma significativa. Por último, en 2º de Bachillerato, el porcentaje de chicos que nombró al padre fue mayor (32 vs. 20% de ellas) y también fue superior el de chicas en relación al personal sanitario (34 vs. 23% de ellos).

#### **Utilidad de la fuente de información** (tabla 4)

Durante la ESO, las chicas apuntaron como fuente más útil a su madre (25% en 1º y 20% en 4º de ESO), las amistades (18% y 25%, respectivamente) y la escuela (14 y 13%). En 2º de Bachillerato, las dos fuentes más valoradas se repitieron (21% eligió la madre y también las amistades), seguidas de hermanas/os (16%) e Internet/televisión (12%).

Los chicos mantuvieron como fuentes más útiles en la ESO a las amistades (25 y 22%, respectivamente en 1º y 4º de ESO), escuela (10 y 14%) e Internet/televisión (9 y 18%). En 2º de Bachillerato, Internet/televisión pasó a ser la fuente más valorada (32%), seguida de amistades (23%) y la madre (10%).

El porcentaje de chicas que seleccionó a la madre como fuente más útil fue significativamente mayor al de chicos en todos los niveles. Los chicos optaron más, con significación estadística, por el padre e Internet/televisión, también en todos los niveles.

### Ideas sobre sexualidad (tabla 5)

En 1º de ESO, las ideas más asociadas a la sexualidad, tanto en chicas como en chicos, fueron “sexo” (casi el 25% en ambos sexos), “prácticas eróticas” (20% de ellas vs. 38% de ellos, siendo la diferencia significativa) y “sentimientos” (casi el 20% en ambos sexos).

Estas tres ideas se repitieron en 4º de ESO con porcentajes diferentes: en torno a la mitad escribió “sexo”, casi el 30% “prácticas eróticas” y hubo diferencias significativas en “sentimientos” (41% de ellas y 27% de ellos). En este nivel, las chicas también seleccionaron más, con significación estadística, el término “placer” (29 de ellas vs. 17% de ellos).

En 2º de Bachillerato, las tres ideas más repetidas coincidieron en chicas y chicos, aunque con diferencias significativas: “sentimientos” (52% de ellas vs. 34% de ellos), “placer” (48% vs. 32%) y “sexo” (47% de ellas vs. 58% de ellos).

Otras ideas como “penetración” (englobada dentro de “prácticas eróticas”) o “pornografía” fueron nombradas de forma minoritaria (menos del 6%) y sin diferencias relevantes entre chicas y chicos.

Por último, el porcentaje de chicas que asoció la sexualidad con “valores” duplicó al de chicos en todos los niveles, con significación estadística.

**Tabla 3.** Número (y %) de respuesta afirmativa a fuente de información sobre sexualidad, en el pre-test (1º ESO), post-test (4º ESO) y post-test a medio plazo (2º Bachillerato), por sexo

|               | Pre-test          |                   |                       | Post-test         |                   |                      | Post-test a medio plazo |                   |                      |
|---------------|-------------------|-------------------|-----------------------|-------------------|-------------------|----------------------|-------------------------|-------------------|----------------------|
|               | Chicas            | Chicos            | Diferencias (IC 95%)  | Chicas            | Chicos            | Diferencias (IC 95%) | Chicas                  | Chicos            | Diferencias (IC 95%) |
| Madre         | 148 <b>(44,9)</b> | 74 <b>(22,7)</b>  | 22,2 (15,0 a 29,0)    | 144 <b>(47,8)</b> | 80 <b>(26,1)</b>  | 21,8 (14,2 a 29,1)   | 94 <b>(49,5)</b>        | 55 <b>(30,4)</b>  | 19,1 (9,1 a 28,5)    |
| Padre         | 74 <b>(22,4)</b>  | 84 <b>(25,8)</b>  |                       | 67 <b>(22,3)</b>  | 89 <b>(28,9)</b>  |                      | 38 <b>(20,0)</b>        | 58 <b>(32,0)</b>  | -12,0 (-20,8 a -3,1) |
| Hermanos      | 72 <b>(21,8)</b>  | 66 <b>(20,3)</b>  |                       | 81 <b>(26,9)</b>  | 84 <b>(27,4)</b>  |                      | 48 <b>(25,3)</b>        | 40 <b>(22,1)</b>  |                      |
| Escuela       | 132 <b>(40,0)</b> | 104 <b>(31,9)</b> | 8,1 (7,5 a 15,3)      | 193 <b>(64,1)</b> | 170 <b>(55,4)</b> | 8,8 (1,0 a 16,4)     | 118 <b>(62,1)</b>       | 103 <b>(56,9)</b> |                      |
| Amistades     | 222 <b>(67,3)</b> | 230 <b>(70,6)</b> |                       | 233 <b>(77,4)</b> | 234 <b>(76,2)</b> |                      | 141 <b>(74,2)</b>       | 129 <b>(71,3)</b> |                      |
| Revista/libro | 124 <b>(37,6)</b> | 111 <b>(34,1)</b> |                       | 135 <b>(44,9)</b> | 102 <b>(33,2)</b> | 11,6 (3,8 a 19,2)    | 72 <b>(37,9)</b>        | 49 <b>(27,1)</b>  | 10,8 (1,3 a 20,1)    |
| Internet/TV   | 41 <b>(12,4)</b>  | 104 <b>(31,9)</b> | -19,5 (-25,6 a -13,2) | 148 <b>(49,2)</b> | 205 <b>(66,8)</b> | -17,6 (-25,1 a -9,8) | 108 <b>(56,8)</b>       | 131 <b>(72,4)</b> | -15,5 (-24,8 a -5,8) |
| Pareja        | 24 <b>(7,3)</b>   | 48 <b>(14,7)</b>  | -7,5 (-12,3 a -2,7)   | 117 <b>(38,9)</b> | 100 <b>(32,6)</b> |                      | 68 <b>(35,8)</b>        | 42 <b>(23,2)</b>  | 12,6 (3,3 a 21,6)    |
| Sanitarios    | 25 <b>(7,6)</b>   | 37 <b>(11,4)</b>  |                       | 106 <b>(35,2)</b> | 65 <b>(21,2)</b>  | 14,0 (6,9 a 21,0)    | 64 <b>(33,7)</b>        | 41 <b>(22,7)</b>  | 11,0 (1,9 a 19,9)    |

**Tabla 4.** Número (y %) de respuesta afirmativa a fuente de información más útil, en el pre-test (1º ESO), post-test (4º ESO) y post-test a medio plazo (2º Bachillerato), desglosado por sexo

|               | Pre-test         |                  |                      | Post-test        |                  |                      | Post-test a medio plazo |                  |                       |
|---------------|------------------|------------------|----------------------|------------------|------------------|----------------------|-------------------------|------------------|-----------------------|
|               | Chicas           | Chicos           | Diferencias (IC 95%) | Chicas           | Chicos           | Diferencias (IC 95%) | Chicas                  | Chicos           | Diferencias (IC 95%)  |
| Madre         | 83 <b>(25,2)</b> | 18 <b>(5,5)</b>  | 19,6 (14,3 a 25,0)   | 60 <b>(19,9)</b> | 23 <b>(7,5)</b>  | 12,4 (7,0 a 17,9)    | 40 <b>(21,1)</b>        | 18 <b>(9,9)</b>  | 11,1 (3,7 a 18,4)     |
| Padre         | 7 <b>(2,1)</b>   | 24 <b>(7,4)</b>  | -5,2 (-8,8 a -2,0)   | 7 <b>(2,3)</b>   | 22 <b>(7,2)</b>  | -4,8 (-8,5 a -1,5)   | 2 <b>(1,1)</b>          | 10 <b>(5,5)</b>  | -4,5 (-8,9 a -0,8)    |
| Hermanos      | 18 <b>(5,5)</b>  | 25 <b>(7,7)</b>  |                      | 13 <b>(4,3)</b>  | 23 <b>(7,5)</b>  |                      | 11 <b>(15,8)</b>        | 1 <b>(0,6)</b>   | 5,2 (1,7 a 9,5)       |
| Escuela       | 46 <b>(13,9)</b> | 34 <b>(10,4)</b> |                      | 40 <b>(13,3)</b> | 42 <b>(13,7)</b> |                      | 21 <b>(11,1)</b>        | 9 <b>(4,9)</b>   |                       |
| Amistades     | 59 <b>(17,9)</b> | 81 <b>(24,9)</b> |                      | 76 <b>(25,3)</b> | 67 <b>(21,8)</b> |                      | 39 <b>(20,5)</b>        | 42 <b>(23,2)</b> |                       |
| Revista/libro | 20 <b>(6,1)</b>  | 13 <b>(3,9)</b>  |                      | 9 <b>(2,9)</b>   | 7 <b>(2,3)</b>   |                      | 6 <b>(3,2)</b>          | 1 <b>(0,6)</b>   |                       |
| Internet/TV   | 7 <b>(2,1)</b>   | 28 <b>(8,6)</b>  | -6,5 (-10,2 a -3,1)  | 19 <b>(6,3)</b>  | 55 <b>(17,9)</b> | -1,6 (-16,8 a -6,5)  | 23 <b>(12,1)</b>        | 58 <b>(32,0)</b> | -19,9 (-28,1 a -11,6) |
| Pareja        | 5 <b>(1,5)</b>   | 8 <b>(2,5)</b>   |                      | 29 <b>(9,6)</b>  | 24 <b>(7,8)</b>  |                      | 11 <b>(5,8)</b>         | 15 <b>(8,3)</b>  |                       |
| Sanitarios    | 8 <b>(2,4)</b>   | 11 <b>(3,4)</b>  |                      | 31 <b>(10,3)</b> | 11 <b>(3,6)</b>  | 6,7 (2,7 a 11,0)     | 22 <b>(11,9)</b>        | 11 <b>(6,1)</b>  |                       |

**Tabla 5.** Número (y %) de respuesta a “ideas sobre sexualidad”, en el pre-test (1º ESO), post-test (4º ESO) y post-test a medio plazo (2º Bachillerato), por sexo

|                    | Pre-test         |                   |                       | Post-test         |                   |                      | Post-test a medio plazo |                  |                       |
|--------------------|------------------|-------------------|-----------------------|-------------------|-------------------|----------------------|-------------------------|------------------|-----------------------|
|                    | Chicas           | Chicos            | Diferencias (IC 95%)  | Chicas            | Chicos            | Diferencias (IC 95%) | Chicas                  | Chicos           | Diferencias (IC 95%)  |
| Sexo               | 80 <b>(24,2)</b> | 81 <b>(24,8)</b>  |                       | 135 <b>(44,9)</b> | 158 <b>(51,5)</b> |                      | 89 <b>(46,8)</b>        | 105 <b>(58)</b>  | -11,2 (-21,0 a -1,0)  |
| Prácticas eróticas | 66 <b>(20,0)</b> | 124 <b>(37,9)</b> | -18,0 (-24,7 a -11,1) | 89 <b>(28,9)</b>  | 85 <b>(27,7)</b>  |                      | 70 <b>(36,8)</b>        | 57 <b>(31,6)</b> |                       |
| Sentimientos       | 60 <b>(18,2)</b> | 61 <b>(18,7)</b>  |                       | 122 <b>(40,5)</b> | 82 <b>(26,7)</b>  | 13,8 (6,3 a 21,1)    | 99 <b>(52,1)</b>        | 62 <b>(34,3)</b> | 17,9 (7,8 a 27,4)     |
| Partes del cuerpo  | 11 <b>(3,3)</b>  | 35 <b>(10,7)</b>  | -7,4 (-11,5 a -3,5)   | 11 <b>(3,7)</b>   | 19 <b>(6,2)</b>   |                      | 16 <b>(8,4)</b>         | 24 <b>(13,3)</b> |                       |
| Hombre/mujer       | 38 <b>(11,5)</b> | 36 <b>(11,0)</b>  |                       | 45 <b>(14,9)</b>  | 51 <b>(16,6)</b>  |                      | 19 <b>(10,0)</b>        | 54 <b>(29,8)</b> | -19,8 (-27,7 a -11,8) |
| Reproducción       | 41 <b>(12,4)</b> | 39 <b>(12,0)</b>  |                       | 60 <b>(20,0)</b>  | 39 <b>(12,7)</b>  | 7,2 (1,4 a 13,1)     | 43 <b>(22,6)</b>        | 29 <b>(16,0)</b> |                       |
| Pareja             | 24 <b>(7,3)</b>  | 34 <b>(10,4)</b>  |                       | 62 <b>(20,6)</b>  | 53 <b>(17,3)</b>  |                      | 48 <b>(25,3)</b>        | 27 <b>(14,9)</b> | 10,4 (2,2 a 18,3)     |
| Placer             | 14 <b>(4,2)</b>  | 25 <b>(7,7)</b>   |                       | 87 <b>(28,9)</b>  | 52 <b>(17,0)</b>  | 11,9 (5,3 a 18,5)    | 91 <b>(47,9)</b>        | 58 <b>(32,1)</b> | 15,9 (5,9 a 25,4)     |
| Valores            | 31 <b>(9,6)</b>  | 12 <b>(3,6)</b>   | 5,7 (1,9 a 9,7)       | 83 <b>(27,6)</b>  | 40 <b>(13,0)</b>  | 14,6 (8,2 a 20,8)    | 82 <b>(27,3)</b>        | 40 <b>(13,0)</b> | 21,1 (11,6 a 30,0)    |

## DISCUSIÓN

Las fuentes de información sobre sexualidad más frecuentes, recogidas en este estudio, fueron las amistades, Internet/televisión y la escuela; la madre también para ellas. Estas fuentes se mantuvieron como referencias durante la adolescencia. Otras fuentes destacadas fueron revistas/libros, aunque disminuyó con la edad, y la pareja, nombrada más por las chicas.

Se constataron diferencias por sexo. Una de las más llamativas fue el papel de la familia en la información sexual. Por un lado, las chicas hablaron más que los chicos con su madre (con diferencias significativas en todas las edades) y ellos más con su padre que ellas (con significación estadística solo en 2º de Bachillerato). No obstante, al analizar la frecuencia de la madre y el padre como fuente de información para los chicos se observaron porcentajes similares, lo que no sucedió en el caso de las chicas (donde las diferencias entre la madre y el padre fueron relevantes). Este dato evidencia el rol de las madres en la educación sexual de chicas y chicos, con un claro protagonismo de la madre para las chicas respecto al padre y con un papel compartido con el padre para los chicos. Esto probablemente tenga que ver con el rol tradicional que las mujeres siguen asumiendo en el hogar y en las labores de cuidado, y que sigue provocando desigualdades entre mujeres y hombres<sup>21,22</sup>.

Por otro lado, la escuela fue más frecuentemente identificada por las chicas que por los chicos en todos los niveles. Este resultado quizá tenga que ver con que ellas son más receptivas a las intervenciones escolares<sup>20,23-25</sup>. De hecho, este dato parece vinculado a otras diferencias detectadas: ellas se informaron más con revistas/libros y con personal sanitario y ellos más con Internet/televisión. Por último, la pareja también fue otro recurso informativo apuntado por ambos sexos, aunque ellas los escogieron más en 4º de ESO y 2º de Bachillerato, en este último curso con significación estadística.

Estos resultados fueron similares a los de otros estudios realizados en España y Asturias<sup>8-12</sup>, pero con un elemento diferenciador muy relevante: Internet/televisión tuvo un alcance muy alto entre los chicos (ya desde 1º de ESO) y un ascenso también importante en chicas, aunque menor. Este dato, sin duda, tiene que ver con el uso de este medio a edades tempranas. De este modo, Internet/televisión fue utilizado por un tercio

de los chicos a los 12-13 años (el mismo porcentaje que la escuela y superior al de la familia) y más del 10% de las chicas; seis años después, a los 17-18 años, estos porcentajes subieron al 72% de chicos (fuente más frecuente) y al 57% de las chicas (tercera fuente, tras amistades y escuela).

Por tanto, con los datos recogidos, cabe destacar que las fuentes de información se mantienen con la edad, aunque varía su uso, que Internet/televisión se convierte en una de las referencias más importantes (y su alcance aumenta con la edad), y que hay diferencias entre chicas y chicos a la hora de informarse, que podrían estar vinculadas a los roles tradicionales de género.

Este esquema diferenciado por sexo se repite en relación a la utilidad percibida. Así, ellas valoraron más a la madre como fuente útil y ellos más al padre, de forma significativa, en todas las edades. Al mismo tiempo, Internet/televisión fue la fuente considerada más útil por los chicos en 2º de Bachillerato (32% la seleccionaron como la más útil) y en 4º de ESO (en este nivel, solo superada por las amistades). Es un dato a tener en cuenta, también en las chicas de 2º de Bachillerato que valoraron más Internet/televisión que la escuela.

En este sentido, quizá el resultado más llamativo de esta investigación tenga que ver con la baja utilidad declarada, tanto por chicas como por chicos, sobre sus fuentes de información. Ninguna superó el 25% de aceptación, salvo Internet/televisión en los chicos más mayores, como ya se apuntó. En este contexto de baja utilidad percibida, las fuentes consideradas más útiles fueron similares a las de otros estudios<sup>8-12</sup>: amistades, familia y escuela. No obstante, en el alumnado más mayor, llama la atención la escasa utilidad de la escuela (en 2º de Bachillerato cayó al 11% de las chicas y al 5% de los chicos) y también del personal sanitario. En ambos casos, los porcentajes fueron inferiores a los de estudios previos<sup>8-12</sup>.

Estos datos podrían evidenciar, junto con el auge de Internet, la escasa calidad de los programas y medidas de educación sexual que se llevan a cabo desde las escuelas y desde el ámbito sanitario<sup>26,27</sup>. Tal y como recogen diferentes estudios, la educación sexual no dispone de espacio ni tiempo en el currículo escolar ni en las consultas sanitarias, y se basa en la voluntariedad de docentes y sanitarios sensibilizados con este tema<sup>26-28</sup>. Además, se

ha producido un retroceso en los últimos años, asociado a la crisis económica de nuestro país y a los recortes en educación y sanidad<sup>29</sup>.

Como consecuencia, se constata un modelo de información donde Internet/televisión se consolida como referencia en la educación sexual, con una buena valoración sobre su utilidad (sobre todo entre los chicos), lo que sin duda incide en sus conocimientos, actitudes y conductas. Son datos, no obstante, que hay que analizar con precaución y que requerirían la ampliación de conocimiento sobre qué uso se hace de Internet y cuáles son las fuentes utilizadas dentro de este medio. Hay que tener en cuenta que el *sexting* (intercambio de textos y/o imágenes de contenido sexual), el uso de páginas de contactos o los contenidos pornográficos, que transmiten una idea de la sexualidad machista y heteronormativa, se relacionan con aumento de sexo sin protección en adolescentes, sobre todo en chicos<sup>14,19,30,31</sup>.

Estos resultados guardan coherencia con la última variable del estudio, las ideas sobre sexualidad, donde se detectan, de nuevo, estereotipos de género en las concepciones de chicas y chicos. “Sexo”, “prácticas eróticas”, “sentimientos” y “placer” fueron los términos más repetidos, pero con diferencias por sexo. Las chicas relacionaron más la sexualidad con “sentimientos” y “placer”, y también con otros términos como “pareja”, “reproducción” y “valores”. Se mantiene así ese patrón donde las mujeres buscan más el afecto y los ideales románticos (asumiendo más compromiso y responsabilidad en la pareja y en la anticoncepción) mientras ellos piensan más en prácticas eróticas<sup>19,32</sup>. Estas diferencias estuvieron presentes en todas las edades.

Se excluyó de este análisis el concepto “sexo”, ya que tiene varias acepciones, por lo que es difícil determinar qué significado/s le atribuía el alumnado.

Sería interesante realizar más investigaciones sobre este tema, dados los importantes cambios en las fuentes de información<sup>13</sup>, y también en las relaciones afectivas, vinculados al desarrollo tecnológico y a su uso masivo por parte de la juventud. En este punto, habría que tener en cuenta las limitaciones de este trabajo. En primer lugar, el diseño de la investigación no fue apareado y se interpretó que el alumnado fue el mismo durante toda la investigación, asumiendo que los cambios, de existir, serían mínimos. Otra limitación fue que el alumnado de 2º de Bachillerato no era representativo de la población de su

edad, ya que en ese nivel la educación no es obligatoria. Por último, se usó un cuestionario basado en investigaciones previas y no se tuvieron en cuenta los cambios producidos en los últimos años, como la popularización de Internet como fuente de información, que probablemente hubiese requerido una variable individual y más elaborada.

## CONCLUSIONES

Se puede concluir, por tanto, tras el análisis de estos resultados, que las fuentes de información se mantienen durante la adolescencia sin grandes cambios, que la utilidad percibida sobre las mismas es baja, que Internet/televisión se convierte en una de las referencias más importantes en la educación sexual de la adolescencia, junto con las amistades y la escuela, y que se encuentran diferencias entre chicas y chicos que se reflejan también en sus ideas sobre la sexualidad, con un marcado patrón de género en todas las variables del estudio.

Ante esta realidad, es urgente mejorar la información sexual de niños, niñas y adolescentes para promover su bienestar y su salud. Es necesario el acceso a una educación sexual universal, basada en la evidencia científica, con un claro enfoque de género, que tenga en cuenta las desigualdades e inequidades sociales y la creciente influencia de Internet, las redes sociales y la pornografía<sup>1,2,5,33-36</sup>. Son, asimismo, las escuelas, los servicios sanitarios y las familias quienes deben asumir un rol protagonista en esta educación sexual, formal e informal, y a edades tempranas<sup>2,5,33-40</sup>. No hay que olvidar además que son estas las fuentes de las que les gustaría recibir la información a los adolescentes, tal y como recogen otros trabajos<sup>8-12</sup>. En esta línea, los **ODS**<sup>(4)</sup>, de obligado cumplimiento para los países firmantes (entre ellos España), establecen metas relacionadas con la educación sexual que implican a los servicios educativos y sanitarios. Asimismo, hay evidencia científica de que las intervenciones múltiples desde diferentes ámbitos (educativo, sanitario, familiar y comunitario) son efectivas para reducir embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual<sup>6</sup>. Finalmente, y como acción prioritaria, hay consenso internacional sobre la urgente necesidad de incluir en el

currículo escolar como materia oficial o como parte de una asignatura<sup>1,2,35,36,41</sup>, tal y como se viene realizando en otros países con resultados positivos en reducción de embarazos e infecciones de transmisión sexual<sup>2,5,6,41</sup>.

Estas iniciativas contribuirán a avanzar hacia los **ODS**<sup>36</sup>, permitiendo la garantía efectiva de los derechos de la infancia y la adolescencia. Pero, sobre todo, se logrará mejorar el bienestar, la salud y la calidad de vida de los entornos familiares y sociales donde se lleva a cabo el desarrollo madurativo y sexual de estos adolescentes.

## REFERENCIAS

1. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, Secretaría de ONUSIDA, Fondo de Población de las Naciones Unidas, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, ONU Mujeres y Organización Mundial de la Salud. Orientaciones técnicas internacionales sobre educación en sexualidad: un enfoque basado en la evidencia. París: UNESCO; 2018. Disponible en [consultado el 30/08/2019]:

<https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000265335>

2. WHO Regional Office for Europe & BZgA. Standards for Sexuality Education in Europe: A Framework for Policy Makers, Educational and Health Authorities and Specialists. Cologne: Federal Centre for Health Education, BZgA; 2010. Disponible en [consultado el 30/08/2019]:

[https://www.bzga-whocc.de/fileadmin/user\\_upload/WHO\\_BZgA\\_Standards\\_English.pdf](https://www.bzga-whocc.de/fileadmin/user_upload/WHO_BZgA_Standards_English.pdf)

3. Starrs AM, Ezeh AC, Barker G, et al. Accelerate progress—sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher-Lancet Commission. Lancet. 2018;391:2642–92. Disponible en [consultado el 30/08/2019]:

<http://www.thelancet.com/commissions/sexual-and-reproductive-health-and-rights>

4. United Nations. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. Resolution adopted by the General Assembly on 25 September 2015. New York, NY: NU; 2015. Disponible en [consultado el 30/08/2019]:

<https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld>

5. Haberland N, Rogow D. Sexuality Education: Emerging trends in evidence and practice. J Adolesc Health. 2015;56 (Supl 1):15–21.

6. Oringanje C, Meremikwu MM, Eko H, et al. Interventions for preventing unintended pregnancies among adolescents. Cochrane Database Syst Rev. 2016;2. Art. Nº:CD005215. Disponible en [consultado el 30/08/2019]:

<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD005215.pub3/epdf/full>

7. Breuner CC, Mattson G, AAP COMMITTEE ON ADOLESCENCE, et al. Sexuality Education for Children and Adolescents. *Pediatrics*. 2016;138(2):e20161348. Disponible en [consultado el 30/08/2019]:

<https://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/138/2/e20161348.full.pdf>

8. Bravo A, Fernández J, García M, et al. El comportamiento y las actitudes sexuales de la juventud asturiana. Oviedo: Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias; 2005.

9. INE®: Encuesta de Salud y hábitos sexuales 2003. Informe general [Internet]. Instituto Nacional de Estadística; [consultado el 30/08/2019]. Disponible en:

[https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es\\_ES&c=INEPublicacion\\_C&cid=1259924965002&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout&param1=PYSDetalleGratuitas](https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INEPublicacion_C&cid=1259924965002&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout&param1=PYSDetalleGratuitas)

10. Centro de Publicaciones. Resumen ejecutivo de la Encuesta Nacional de Salud Sexual 2009. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010. Disponible en [consultado el 30/08/2019]:

[https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/EncuestaNacionalSaludSexual2009/resumenEjecutivoEncuestaSaludSexual\\_2009.pdf](https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/EncuestaNacionalSaludSexual2009/resumenEjecutivoEncuestaSaludSexual_2009.pdf)

11. Moreno A, Rodríguez E. Informe Juventud en España 2012. Madrid: Instituto de la Juventud; 2013. Disponible en [consultado el 30/08/2019]:

[http://www.injuve.es/sites/default/files/IJE2012\\_0.pdf](http://www.injuve.es/sites/default/files/IJE2012_0.pdf)

12. Serrano I. Uso de métodos anticonceptivos y fuentes de información sobre sexualidad y anticoncepción en la juventud española: resultados de una encuesta nacional. *Rev Iberoam Fertil*. 2012;29:47–54. Disponible en [consultado el 30/08/2019]:

[http://www.revistafertilidad.org/rif/vplus/arts/uso\\_de\\_metodos\\_anticonceptivos.pdf](http://www.revistafertilidad.org/rif/vplus/arts/uso_de_metodos_anticonceptivos.pdf)

13. Durbenstein L, Maddow-Zimmet I, Boonstra H. Changes in adolescents' receipt of sex education, 2006–2013. *J Adolesc Health*. 2016;58:621–27.

14. Buhi ER, Klinkenberger N, McFarlane M, et al. Evaluating the Internet as a sexually transmitted disease risk environment for teens: findings from the communication, health, and teens study. *Sex Transm Dis*. 2013;40:528–33.

15. Baker KE. Online pornography – Should schools be teaching young people about the risks? An exploration of the views of young people and teaching professionals. *Sex Education: Sexuality, Society and Learning*. 2016;16:213–28.

16. Folch C, Álvarez JL, Casabona J, et al. Determinantes de las conductas sexuales de riesgo en jóvenes de Cataluña. *Rev Esp Salud Pública*. 2015;89:471–85. Disponible en [consultado el 30/08/2019]:

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1135-57272015000500005](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1135-57272015000500005)

17. Área de Vigilancia de VIH y Comportamientos de Riesgo. Vigilancia Epidemiológica del VIH y sida en España 2017: Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH y Registro Nacional de Casos de Sida. Madrid: Plan Nacional sobre el Sida - D.G. de Salud Pública, Calidad e Innovación / Centro Nacional de Epidemiología – ISCIII; 2018. Disponible en [consultado el 30/08/2019]:

[https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/doc/InformeVIH\\_SIDA\\_2018\\_21112018.pdf](https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/doc/InformeVIH_SIDA_2018_21112018.pdf)

18. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social®: Interrupciones Voluntarias del Embarazo [Internet]. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social; [consultado el 30/08/2019]. Disponible en:

<https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/>

19. Ministerio de la Presidencia, Relaciones con las Cortes e Igualdad®: X Informe Anual del Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer [Internet]. Disponible en [consultado el 28/12/2019]. Disponible en:

[http://www.violenciagenero.igualdad.mpr.gob.es/violenciaEnCifras/observatorio/informesAnuales/informes/X\\_Informe2016\\_Capitulos.htm](http://www.violenciagenero.igualdad.mpr.gob.es/violenciaEnCifras/observatorio/informesAnuales/informes/X_Informe2016_Capitulos.htm)

20. García-Vázquez J, Quintó LI, Agüello-Tomas E. Impact of a sex education programme in terms of knowledge, attitudes and sexual behaviour among adolescents in Asturias (Spain). *Global Health Promot*. 2019. doi: 10.1177/1757975919873621

21. Margolles M, Donate I. III Encuesta de Salud para Asturias, año 2012. Oviedo: Consejería de Sanidad del Principado de Asturias; 2013. Disponible en [consultado el 30/08/2019]:

<https://www.astursalud.es/documents/31867/36147/Informe+III+Encuesta+de+Salud+para+Asturias%2C+año+2012.pdf/61d96488-5e64-3d88-5854-7080ae038668>

22. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social®: Encuesta Nacional de Salud de España 2011/12 [Internet]. Instituto Nacional de Estadística; [consultado el 30/08/2019]. Disponible en:

<https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2011.htm>

23. Duberstein L, Maddow-Zimet I. Consequences of sex education on teen and young adult sexual behaviors and outcomes. *J Adolesc Health*. 2011;51:332–38.

24. Espada JP, Orgilés M, Morales A, et al. Effectiveness of a school HIV/AIDS prevention program for Spanish adolescents. *AIDS Educ Prev*. 2012;24:500–13.

25. Morales A, Espada JP, Orgilés M. Short-term evaluation of a skill-development sexual education program for Spanish adolescents compared with a well-established program. *J Adolesc Health*. 2015;56:30–7.

26. Gobierno de España. Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011. Disponible en [consultado el 30/08/2019]:

<https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ENSSR.pdf>

27. Salvador T, Suelves JM, Puigdollers E. Diagnóstico de situación sobre avances conseguidos, necesidades y retos en promoción y educación para la salud en la escuela en España. Madrid: Ministerio de Educación y Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008. Disponible en [consultado el 30/08/2019]:

<https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/saludJovenes/docs/DiagnosticoSituacionEscuela.pdf>

28. García-Vázquez J, Lena A, Suárez O. Evaluación de proceso del programa de educación afectivo-sexual Ni ogros ni princesas. *Global Health Promot*. 2012;19:78–86.

29. Larrañaga I, Martín U, Bacigalupe A. Salud sexual y reproductiva, y crisis económica en España. Informe SESPAS 2014. *Gac Sanit*. 2014;28(Supl 1):109–15. Disponible en [consultado el 30/08/2019]:

<http://gacetasanitaria.org/es-salud-sexual-reproductiva-crisis-economica-articulo->

S0213911114000880

30. Horvath MAH, Alys L, Massey K, et al. Basically... porn is everywhere: a rapid evidence assessment on the effects that access and exposure to pornography has on children and young people. London: Middlesex University, Office of the Children's Commissioner for England; 2013. Disponible en [consultado el 30/08/2019]: <https://eprints.mdx.ac.uk/10692/>

31. Klettke B, Hallford D, Mellor D. Sexting prevalence and correlates: A systematic literature review. *Clinical Psychology Review*. 2015;34:44–53.

32. López F, Carcedo R, Fernández-Rouco N, et al. Diferencias sexuales en la sexualidad adolescente: afectos y conductas. *Anales de Psicología*. 2011;27:791–99. Disponible en [consultado el 30/08/2019]:

<https://revistas.um.es/analesps/article/view/135521/123601>

33. United Nations Population Fund. Operational guidance for comprehensive sexuality education: A focus on human rights and gender. New York, NY: UNFPA; 2014. Disponible en [consultado el 30/08/2019]:

<https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA%20Operational%20Guidance%20for%20CSE%20-Final%20WEB%20Version.pdf>

34. Haberland N. The case for addressing gender and power in sexuality and HIV education: a comprehensive review of evaluation studies. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. 2015;41:31–42. Disponible en [consultado el 30/08/2019]:

[https://www.guttmacher.org/sites/default/files/article\\_files/4103115\\_0.pdf](https://www.guttmacher.org/sites/default/files/article_files/4103115_0.pdf)

35. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. Emerging evidence: lessons and practice in comprehensive sexuality education - a global review. Paris: UNESCO; 2015. Disponible en [consultado el 30/08/2019]:

<https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000243106>

36. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. Estrategia de la UNESCO sobre la educación para la salud y el bienestar: contribución a los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Paris: UNESCO; 2017. Disponible en [consultado el

30/08/2019]:

[https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000246453\\_spa](https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000246453_spa)

37. Ashcraft A, Murray P. Talking to Parents About Adolescent Sexuality. *Pediatr Clin N Am.* 2017;64:305–20.

38. Kirby D. The impact of sex education on the sexual behaviour of young people. Population Division Expert Paper No. 2011/12. New York, NY: United Nations Department of Economic and Social Affairs; 2011. Disponible en [consultado el 30/08/2019]:

[https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/expert/2011-12\\_Kirby\\_Expert-Paper.pdf](https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/expert/2011-12_Kirby_Expert-Paper.pdf)

39. Wight D, Fullerton D. A review of interventions with parents to promote the sexual health of their children. *J Adolesc Health.* 2013;52:4–27.

40. Pfeffer B, Rose T. Interviewing Adolescents About Sexual Matters. *Pediatr Clin N Am.* 2017;64:291–304.

41. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. Effectiveness Analysis of School-Based Sexuality Education Programmes in Six Countries. Paris: UNESCO; 2011. Disponible en [consultado el 30/08/2019]:

<https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000211604>

## ESTUDIO 2

### Impact of a sex education programme in terms of knowledge, attitudes and sexual behaviour among adolescents in Asturias

---

#### ABSTRACT

Sex education in schools is an adolescents' right, and can have health benefits, such as improved knowledge or increased condom use. In Asturias, a secondary school programme called "**Neither Ogres Nor Princesses**" educates pupils for four years with trained teaching staff and external workshops. This study examined whether this programme (a) improved adolescents' sexuality knowledge, attitudes and skills, and (b) increased condoms use.

A quasi-experimental survey was conducted, with comparison arm, with a pre-test in the first year of secondary school (12- to 13-year-olds), and two post-tests: after the intervention (15- to 16-year-olds) and two years later (17- to 18-year-olds). A questionnaire with socio-demographic, knowledge, attitude, skill and sexual behaviour variables was used. The impact was evaluated with 'difference-indifferences' analyses.

There was a greater increase of knowledge in the intervention arm in both post-tests, and an increase in skills in the first post-test. Girls in the intervention arm reported less practices with penetration and greater condom use the first time, this also among boys. However, the impact was limited in time.

Interventions that aim to increase sex education in curricula with quality and fidelity are a priority to guarantee children's rights and their health.

**Keywords:** Sexuality, adolescents, evaluation, behaviour change.

## INTRODUCTION

Sexual health, as defined by the World Health Organization (WHO), is “a state of physical, mental and social well-being in relation to sexuality”, with “a positive and respectful approach, as well as the possibility of having pleasurable and safe sexual experiences”<sup>1</sup>. Additionally, sexual health among adolescents is crucial for their wellbeing and for global health. Globally, young people are at elevated risk of sexually transmitted infections (STIs) and unintended pregnancy through unprotected sexual intercourse<sup>1</sup>; for example, worldwide, young people aged 15-24 represent nearly 20% of new HIV infections<sup>2</sup>. In Spain, the highest incidence rates of HIV cases are found in 25-29 year-olds<sup>3</sup> and abortion occurs more commonly in women around 20-24 years of age<sup>4</sup>. In light of this situation, there are effective interventions to reduce these risks<sup>5,6</sup>, such as sex education<sup>7</sup>, which is a sexual right, recognized by international organizations<sup>7,8</sup>.

There is strong evidence to support that school sex education programmes can delay first intercourse and/or increase the use of condoms and other contraceptive methods, which as a result reduces STIs and unintended pregnancies<sup>5-7,9-11</sup>.

Sex education with a “rights and gender” approach, which presents sexuality as a positive human value and source of pleasure, and with a gender and empowering perspective<sup>7,12-14</sup>, is internationally recognized as being effective<sup>7,12-15</sup>.

At the same time, the **United Nations Sustainable Development Goals (SDGs)** prioritize sex education as a strategy to promote gender equity and sexual and reproductive health<sup>16</sup>. The **SDGs**, signed by 193 countries in 2015, set 169 goals for 2030, some relate to sex education, and for which all the signatory countries, including Spain, should fulfil. There is, therefore, a commitment to the implementation, evaluation and extension of sex education programmes, adapted to each context, contributing to the fulfilment of the **SDGs**.

In Spain, this commitment has a legal framework<sup>17</sup>, which establishes sex education in schools. However, several studies show that this is not effectively or universally incorporated<sup>18-20</sup>. Proposals for its implementation are based on voluntarism and external work (no mandatory job), and most of them eventually disappear<sup>19</sup>. As an example, in our

country, only 14% of schools gave their teachers training in sex education during the last three years<sup>21</sup>.

In Asturias, since 2008, the Regional Ministry of Health promotes a sex education programme called “**Neither Ogres Nor Princesses**” (**NONP**)<sup>22</sup>. Based on rights and gender approach<sup>13</sup>, this intervention seeks to generate the conditions for people make autonomous decisions and responsible, and promote that they can exercise their rights, fulfill their responsibilities and respect the rights of others. The program addresses knowledge, attitudes of respect and training of social and specific skills in relation to sexuality, in order to promote healthy and respectful behaviors. This programme was designed based off of other effective programmes<sup>7,14</sup> and targets pupils aged 12 through 16 who receive sessions taught by their teachers during compulsory secondary education (from 1<sup>st</sup>-grade to 4<sup>th</sup>-grade). Teachers receive 12 hours of training beforehand and have the support of a didactical guide, with participative and active sessions to work in classroom (debates, role-playing, training techniques, etc.). The contents are organized into five thematic blocks: social skills (communication, emotion management, decision making, etc.), affectivity (self-esteem, friendship, family, love, etc.), anatomy and physiology (changes in puberty, menstruation, reproduction, etc.), pleasure and health (sexual practices, consent, prevention, etc.) and identities (gender, feminism, sexual diversity, etc.). The participating teachers assumed the commitment to teach at least 5 hours in the classroom for each school year on these contents. Teaching is complemented with two hours of external workshops per year, except in 4<sup>th</sup>-grade where two students per classroom, previously trained, taught a three-hour workshop to their classmates (‘peers methodology’).

After one year of implementation, a process evaluation was conducted pointing out that it was a novel intervention, with a high level of execution, as well as a high level of participation, satisfaction and usefulness perceived both by pupils and teachers<sup>23</sup>.

**NONP** intended to improve the health and well-being of adolescents, increase self-esteem and personal autonomy, promote freedom of choice through knowledge, ensure equality between women and men, and respect for sexual diversity. Key objectives related to sexuality include increasing facilitators’ knowledge as well as developing

positive attitudes and social skills. This aims at the acquisition of a pleasurable, healthy, safe and responsible sexual behaviour adopted by young to contribute to reducing STIs and unintended pregnancies.

### Research questions:

Does **NONP** 1) improve adolescents' sexuality knowledge, attitudes and skills and 2) increase condom use at first and last intercourse?

## METHODS

### Study design

A quasi-experimental study was conducted with pupils who participated in the **NONP** programme and a comparison arm, using a pre-test, a post-test at the end of the intervention and a post-test in the medium term (two years later).

Sample size was determined for an 80% statistical power and bilateral significance of 5%, assuming a 50% prevalence of condom use in the comparison arm in the post-test and minimum significant differences of 10% in the intervention group.

Sampling was done by clusters and intervention schools were randomly selected until the established sample size was reached. In total, there were five secondary schools (out of total 21 with the programme), for which all their 1<sup>st</sup>-grade pupils participated. In order to choose controls, comparability was searched for in the same context: for each intervention school, one of the same geographical area which did not participate in *NONP* or another sex education programme was randomly selected.

### Data collection

Before the intervention, the 1<sup>st</sup>-grade pupils (12 and 13-year-olds) completed an auto-administered and anonymous survey (pre-test), previously piloted in four classrooms. Two post-intervention surveys were undertaken by an external team: at the end of the intervention, when the pupils were in the 4<sup>th</sup>-grade (15 and 16-year-olds); and in May 2016, 24 months after the intervention, when they were in 2nd baccalaureate (17 and 18-

year-olds). This study was not paired, for reasons of participation, organization and anonymity and we assumed that the pupils would be the same, with minimal changes. For this reason, in post-tests, pupils who had not completed the four grades of secondary school in the same centre were excluded.

### **Ethical considerations**

Ethical approval was granted by the Ministries of Education and Health, and with the consent of the centres' management teams. Families and pupils were informed of the study and both gave their consent to participate.

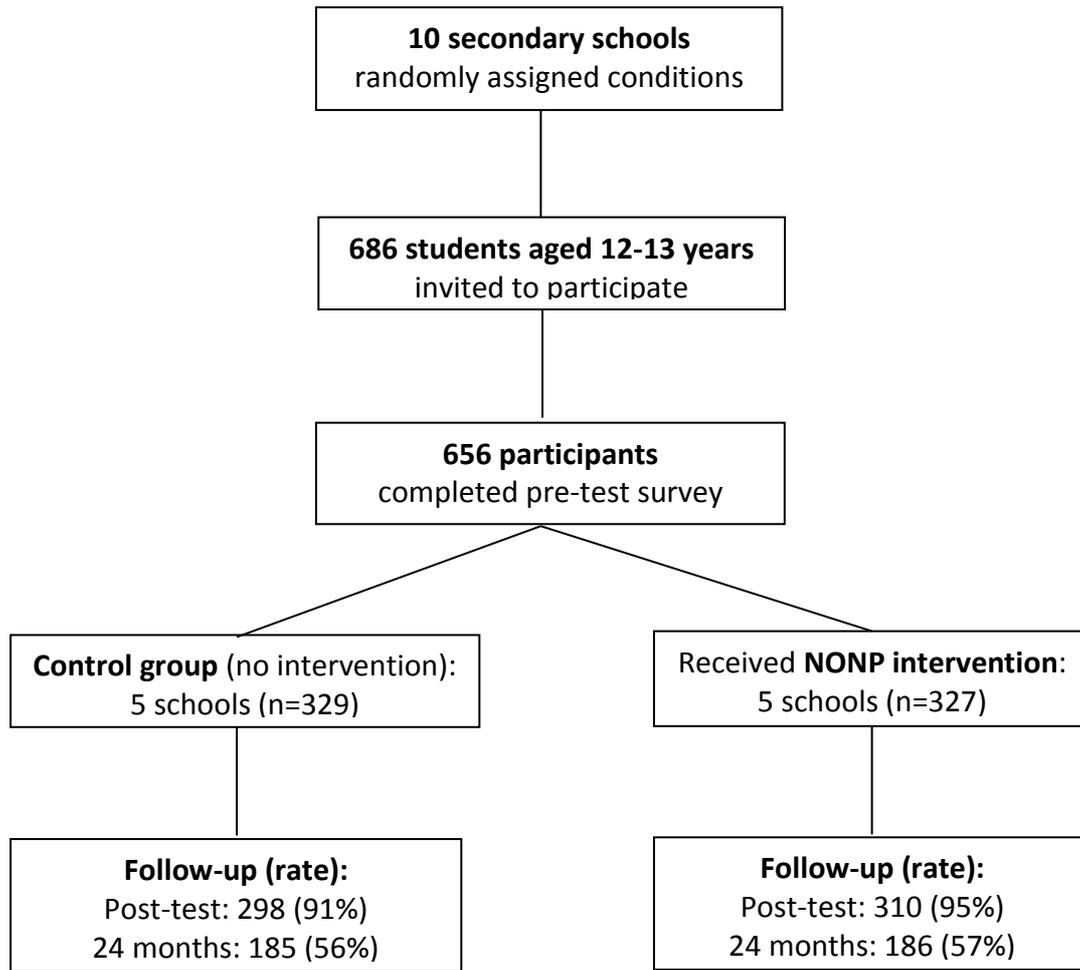
### **Participants**

The pre-test included 656 pupils (327 of intervention and 329 control group). For the first post-test, the number of participants was 608 (310 of intervention and 298 control) and 371 for the second post-test (186 of intervention and 185 control). Response rates for pre-test and post-tests were 96%, 92% and 81%, respectively, without differences by arm (figure 4). Non-responses were mainly due to absences. Surveys poorly answered (no response or inconsistencies), which were less than 1% in each arm and at each time, were excluded.

### **The interventions**

Teachers in the **NONP** programme taught 20.7 hours of sex education to their pupils during the four years of intervention. In those schools, workshops made up another 7.5 hours. In total, pupils received 28.1 hours (range: 24-34) of intervention. In control schools, activities during those four years accounted for 4.2 hours, all external (range: 2-8). The information was gathered annually with the collaboration of each school. Sex education included in the curricular contents was not taken into account; it was also assumed that there were not any differences by arm.

**Figure 4.** Flowchart for group-randomized, controlled design



### Outcome measures

The variables were classified in five categories: socio-demographic, knowledge, attitudes, skills (ability to do), and sexual behaviour.

The socio-demographic consisted of gender, age and birth country. The average age of the participants was 12, 16 and 17.5 years, respectively, without differences by arm. There were no differences between the intervention and the control arm in relation to the participants' sex and country of birth.

For the rest of the categories, questions, which appeared in other studies, were used<sup>24,25</sup>, with 25 items for knowledge (with a choice of a true/false answer), for attitudes (using the Likert-type scale) and for skills (using frequency scale or 'yes/no').

Following the pattern of other studies<sup>26,27</sup>, the total score (out 10) for knowledge, attitudes and skills was obtained, with the sum of correct/desired responses regarding the following topics: sexuality, equity, sexual diversity, pregnancies and STIs.

Lastly, sexual behaviour variables were: sexual intercourse with penetration (penis in vagina/anus), condom use at first intercourse and condom use at last intercourse (responses 'yes/no'). These aspects were not investigated in the pre-test, assuming that sexual activity is unusual at that age<sup>24</sup>. On sexual behaviour, a declaration of sexual orientation ('heterosexual', 'bisexual', 'homosexual', 'I don't know') was also included.

### **Analysis**

A descriptive analysis was used, with the average and standard deviation for the quantitative variables and the distribution of absolute and relative frequencies for the qualitative variables.

Difference-in-differences (dif-in-difs) analyses were conducted to evaluate the impact of the intervention. Using a dif-in-difs analysis allowed us to simultaneously compare the difference between pre-test and post-tests in the intervention group versus the control group. The differences between the pre and the post-tests in each group were expressed in terms of Odds Ratio (OR) and their confidence intervals at a 95% (95%CI) obtained in the previous models. The modification of the difference between pre and post-tests due to the intervention (interaction) was assessed using the difference in coefficients of the time between the groups and was reported in terms of Ratio of Odds Ratios (ROR) at 95%CI.

In the same way, the global extent of the effect on each category using linear regression models was analysed, using the total score for each category as the dependent variable and the intervention group and time (pre-test or post-tests) in the control group and the intervention group as independent variables. Beta coefficients and their 95%CI were reported as a measure of the differences in the mean for each group and the differences of these coefficients as a modification of the difference due to the intervention.

Values of  $p < 0.05$  were considered to be statistically significant in all comparisons. The analysis was performed with the statistical software Stata version 14.

## RESULTS

### Knowledge (table 6)

There was an increase in knowledge: from 4.8 to 7.0 and 7.8 in the control group, and from 4.1 to 6.8 and 7.7 in the intervention group. This increase was greater in the intervention group, with a difference between the groups at the limit of significance in the first post-test ( $p=0.053$ ) and significant in the second post-test ( $p=0.022$ ).

In the analysis by sex, girls in the intervention group started from the lowest average score in the pre-test (3.9) and obtained the highest in the second post-test (8.1), while boys from the same group started from a similar situation (4.1) but reached a lower final score (7.4). In the control group, there were no differences between boys and girls.

### Attitudes (table 6)

There were significant increases in the total score: 6.2 to 8 and 8.5 in the control group; 5.9 to 7.8 and 8.3 in the intervention group. This evolution was similar in both groups, without significant differences.

The starting situation was similar in boys and girls, but girls evolved better in both groups, with an average of 9.1 in the second post-test vs. 7.9 for boys in the control group and 7.5 for boys in the intervention group.

### Skills (table 6)

The total score increased in both arms: 6.1 to 6.5 and 7.1 in the control group and 5.8 to 6.7 and 7.1 in the intervention group. This increase was greater in the intervention group in the first post-test ( $p=0.031$ ).

**Table 6.** Knowledge, attitudes and skills

|                                      | CONTROL GROUP     |                                 |                 | INTERVENTION GROUP |                                 |                 | Dif-in-difs              | p               |
|--------------------------------------|-------------------|---------------------------------|-----------------|--------------------|---------------------------------|-----------------|--------------------------|-----------------|
|                                      | Mean score (SD)   | Difference vs. pre-test (IC95%) | p               | Mean score (SD)    | Difference vs. pre-test (IC95%) | p               |                          |                 |
| <b>KNOWLEDGE</b>                     |                   |                                 |                 |                    |                                 |                 |                          |                 |
| <b>Pre-test</b>                      | <b>4.8</b> (0.12) | --                              |                 | <b>4.1</b> (0.12)  | --                              |                 | --                       |                 |
| -Girls                               | 4.8 (0.18)        |                                 |                 | 3.9 (0.18)         |                                 |                 |                          |                 |
| -Boys                                | 4.7 (0.18)        |                                 |                 | 4.1 (0.17)         |                                 |                 |                          |                 |
| <b>Post-test 1</b>                   | <b>7.0</b> (0.13) | <b>2.25</b> (1.89, 2.60)        | <b>&lt;0.01</b> | <b>6.8</b> (0.12)  | <b>2.74</b> (2.39, 3.09)        | <b>&lt;0.01</b> | <b>0.49</b> (-.01, 0.99) | <b>0.053</b>    |
| -Girls                               | 7.4 (0.16)        | 2.65 (2.18, 3.11)               | <0.01           | 7.0 (0.15)         | 3.12 (2.64, 3.59)               | <0.01           | 0.47 (-.19, 1.14)        | 0.166           |
| -Boys                                | 6.6 (0.21)        | 1.85 (1.32, 2.38)               | <0.01           | 6.5 (0.19)         | 2.38 (1.87, 2.88)               | <0.01           | 0.53 (-.20, 1.26)        | 0.157           |
| <b>Post-test 2</b> (24 months later) | <b>7.8</b> (0.14) | <b>1.54</b> (1.34, 1.73)        | <b>&lt;0.01</b> | <b>7.7</b> (0.14)  | <b>1.86</b> (1.67, 2.06)        | <b>&lt;0.01</b> | <b>0.32</b> (0.04, 0.60) | <b>&lt;0.05</b> |
| -Girls                               | 7.9 (0.19)        | 1.56 (1.28, 1.83)               | <0.01           | 8.1 (0.18)         | 2.09 (1.82, 2.37)               | <0.01           | 0.54 (0.15, 0.93)        | <0.01           |
| -Boys                                | 7.8 (0.20)        | 1.53 (1.25, 1.80)               | <0.01           | 7.4 (0.22)         | 1.61 (1.33, 1.88)               | <0.01           | 0.08 (-.32, 0.47)        | 0.698           |
| <b>ATTITUDES</b>                     |                   |                                 |                 |                    |                                 |                 |                          |                 |
| <b>Pre-test</b>                      | <b>6.2</b> (0.13) | --                              |                 | <b>5.9</b> (0.13)  | --                              |                 | --                       |                 |
| -Girls                               | 6.4 (0.17)        | --                              |                 | 6.1 (0.18)         | --                              |                 | --                       |                 |

|                                      |                   |                          |                 |                   |                          |                 |                          |              |
|--------------------------------------|-------------------|--------------------------|-----------------|-------------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|--------------|
| -Boys                                | 6.1 (0.19)        | --                       |                 | 5.7 (0.18)        | --                       |                 | --                       |              |
| <b>Post-test 1</b>                   | <b>8.0 (0.12)</b> | <b>1.77 (1.41, 2.13)</b> | <b>&lt;0.01</b> | <b>7.8 (0.14)</b> | <b>1.93 (1.58, 2.29)</b> | <b>&lt;0.01</b> | <b>0.16 (-.33, 0.67)</b> | <b>0.520</b> |
| -Girls                               | 8.8 (0.13)        | 2.42 (1.98, 2.85)        | <0.01           | 8.7 (0.14)        | 2.57 (2.12, 3.01)        | <0.01           | 0.15 (-.47, 0.77)        | 0.629        |
| -Boys                                | 7.2 (0.19)        | 1.14 (0.60, 1.68)        | <0.01           | 7.0 (0.21)        | 1.31 (0.79, 1.83)        | <0.01           | 0.17 (-.58, 0.92)        | 0.662        |
| <b>Post-test 2 (24 months later)</b> | <b>8.5 (0.14)</b> | <b>1.14 (0.94, 1.33)</b> | <b>&lt;0.01</b> | <b>8.3 (0.15)</b> | <b>1.23 (1.03, 1.42)</b> | <b>&lt;0.01</b> | <b>0.09 (-.18, 0.37)</b> | <b>0.509</b> |
| -Girls                               | 9.1 (0.15)        | 1.36 (1.10, 1.60)        | <0.01           | 9.1 (0.13)        | 1.48 (1.23, 1.73)        | <0.01           | 0.12 (-.23, 0.47)        | 0.473        |
| -Boys                                | 7.9 (0.22)        | 0.94 (0.65, 1.23)        | <0.01           | 7.5 (0.26)        | 1.48 (0.61, 1.21)        | <0.01           | -033 (-.45, 0.39)        | 0.877        |
| <b>SKILLS</b>                        |                   |                          |                 |                   |                          |                 |                          |              |
| <b>Pre-test</b>                      | <b>6.1 (0.13)</b> | --                       |                 | <b>5.8 (0.12)</b> | --                       |                 | --                       |              |
| -Girls                               | 6.3 (0.16)        | --                       |                 | 6.1 (0.17)        | --                       |                 | --                       |              |
| -Boys                                | 5.9 (0.20)        | --                       |                 | 5.4 (0.16)        | --                       |                 | --                       |              |
| <b>Post-test 1</b>                   | <b>6.5 (0.13)</b> | <b>0.42 (0.08, 0.77)</b> | <b>&lt;0.05</b> | <b>6.7 (0.13)</b> | <b>0.96 (0.62, 1.31)</b> | <b>&lt;0.01</b> | <b>0.54 (0.04, 1.03)</b> | <b>0.031</b> |
| -Girls                               | 6.9 (0.16)        | 0.66 (0.22, 1.11)        | <0.01           | 7.5 (0.15)        | 1.32 (0.87, 1.77)        | <0.01           | 0.66 (0.21, 1.29)        | 0.043        |
| -Boys                                | 6.1 (0.19)        | 0.21 (-.31, 0.73)        | 0.424           | 6.0 (0.18)        | 0.59 (0.09, 1.09)        | <0.05           | 0.38 (-.33, 1.09)        | 0.294        |
| <b>Post-test 2 (24 months later)</b> | <b>7.1 (0.15)</b> | <b>0.51 (0.31, 0.71)</b> | <b>&lt;0.01</b> | <b>7.1 (0.16)</b> | <b>0.65 (0.45, 0.85)</b> | <b>&lt;0.01</b> | <b>0.13 (-.14, 0.41)</b> | <b>0.349</b> |
| -Girls                               | 7.5 (0.19)        | 0.64 (0.37, 0.90)        | <0.01           | 7.6 (0.19)        | 0.69 (0.43, 0.95)        | <0.01           | 0.05 (-.32, 0.42)        | 0.772        |
| -Boys                                | 6.7 (0.23)        | 0.42 (0.13, 0.71)        | <0.01           | 6.5 (0.25)        | 0.55 (0.25, 0.84)        | <0.01           | 0.13 (-.28, 0.55)        | 0.538        |

Boys in the intervention group started with the lowest average (5.4 vs. 6.2 for the girls in both groups and 5.9 for boys in the control group) and also obtained the lowest final score: 6.5 in the second post-test vs. 7.6 of the girls in their group (6.7 and 7.5 in the control group, respectively).

### **Sexual behaviour** (table 7)

Declared sexual orientation was similar in both intervention and control groups at the different times of the study: around 95% of the pupils declared to be heterosexual.

Sexual intercourse was more frequent in the control group (41 vs. 35% in the intervention group in the first post-test) and also in the second post-test (64 vs. 56%), but without statistical significance. In the analysis by sex, there were significant differences among girls, with lower rates in the intervention group.

Among those, condom use at first intercourse was significantly higher in the intervention group, among both girls and boys, more than a 90% compared to a 78% in the control group. These differences disappeared in the second post-test where condom use increased in the control group up to 89%, while remaining at 91% in the intervention group.

Condom use at last intercourse was greater in the intervention group: 81 vs. 73% in the first post-test, and 83 vs. 78% in the second post-test, but without statistical significance. There were significant differences among girls in the analysis by sex: 70% in the control group vs. 86% in the intervention group in the medium-term.

**Table 7. Sexual behaviour**

|                           | Pre-test<br>(12-13-year-olds) |     |              |     | Post-test 1<br>(15-16-year-olds) |     |              |     | Post-test 2<br>(17-18-year-olds) |     |              |          |
|---------------------------|-------------------------------|-----|--------------|-----|----------------------------------|-----|--------------|-----|----------------------------------|-----|--------------|----------|
|                           | Control                       |     | Intervention |     | Control                          |     | Intervention |     | Control                          |     | Intervention |          |
|                           | %                             | n   | %            | n   | %                                | n   | %            | n   | %                                | n   | %            | n        |
| Homosexual                | <b>0.6</b>                    | 2   | <b>0.9</b>   | 3   | <b>0.7</b>                       | 2   | <b>1.6</b>   | 5   | <b>1.6</b>                       | 3   | <b>1.6</b>   | 3        |
| Heterosexual              | <b>97.0</b>                   | 319 | <b>96.0</b>  | 314 | <b>97.0</b>                      | 289 | <b>93.9</b>  | 291 | <b>95.2</b>                      | 176 | <b>94.6</b>  | 176      |
| Bisexual                  | <b>0.9</b>                    | 3   | <b>0</b>     | 0   | <b>1.0</b>                       | 3   | <b>2.9</b>   | 9   | <b>1.1</b>                       | 2   | <b>2.7</b>   | 5        |
| I don't know              | <b>1.5</b>                    | 5   | <b>2.5</b>   | 8   | <b>1.0</b>                       | 3   | <b>1.6</b>   | 5   | <b>21.6</b>                      | 3   | <b>1.1</b>   | 2        |
| No answer                 | <b>0.0</b>                    | 0   | <b>0.6</b>   | 2   | <b>0.3</b>                       | 1   | <b>0.0</b>   | 0   | <b>0.5</b>                       | 1   | <b>0.0</b>   | <b>0</b> |
| <b>Sexual intercourse</b> |                               |     |              |     |                                  |     |              |     |                                  |     |              |          |
| Total                     | --                            | --  | --           | --  | <b>40.6</b>                      | 121 | <b>34.8</b>  | 108 | <b>63.8</b>                      | 118 | <b>55.9</b>  | 104      |
| ▪Girls                    | --                            | --  | --           | --  | <b>50.3*</b>                     | 75  | <b>34.9*</b> | 53  | <b>70.0*</b>                     | 63  | <b>56.0*</b> | 56       |
| ▪Boys                     | --                            | --  | --           | --  | <b>30.9</b>                      | 46  | <b>34.8</b>  | 55  | <b>57.9</b>                      | 55  | <b>55.8</b>  | 48       |
| <b>Condom use</b>         |                               |     |              |     |                                  |     |              |     |                                  |     |              |          |
| First time                | --                            | --  | --           | --  | <b>77.7*</b>                     | 94  | <b>92.6*</b> | 100 | <b>87.3</b>                      | 103 | <b>91.4</b>  | 95       |
| ▪Girls                    | --                            | --  | --           | --  | <b>78.7*</b>                     | 59  | <b>94.3*</b> | 50  | <b>84.1</b>                      | 53  | <b>89.3</b>  | 50       |
| ▪Boys                     | --                            | --  | --           | --  | <b>76.1*</b>                     | 35  | <b>90.9*</b> | 50  | <b>90.9</b>                      | 50  | <b>93.8</b>  | 45       |
| Last time                 | --                            | --  | --           | --  | <b>72.7</b>                      | 88  | <b>80.6</b>  | 87  | <b>77.1</b>                      | 91  | <b>82.7</b>  | 86       |
| ▪Girls                    | --                            | --  | --           | --  | <b>72.0</b>                      | 54  | <b>83.0</b>  | 44  | <b>69.8*</b>                     | 44  | <b>85.7*</b> | 48       |
| ▪Boys                     | --                            | --  | --           | --  | <b>73.9</b>                      | 34  | <b>78.2</b>  | 43  | <b>85.5</b>                      | 47  | <b>79.2</b>  | 38       |

\* p<0.05.

## DISCUSSION

Boys and girls, in both arms, improved in sexuality knowledge, attitudes and skills. However, the intervention group experienced a significantly greater increase in knowledge and in skills (this, in the first post-test). There was also an impact on sexual behaviour: reduced sexual intercourse with penetration, with statistical significance in girls, and greater condom use at first intercourse in both sexes after the intervention. In the medium term, girls also declared greater condom use in their most recent sexual intercourse.

At the same time, the intervention had no impact on attitudes: variables evolved positively but without differences between the groups. These findings were similar to the results obtained by other sex education programmes<sup>7,26-28</sup>. This fact may have several explanations, for instance, the limited influence of schools<sup>29,30</sup> in a context in which pupils are influenced on a massive scale, primarily through the media, which presents a model of sexuality based on gender stereotypes<sup>29</sup>. This reality makes it extremely difficult for these interventions to achieve health outcomes and highlights the urgent need for action from different fields beyond the school<sup>6,30</sup>.

These results are consistent with the ones found in other Spanish studies, which reported improvements in knowledge and skills, and sometimes in sexual behaviour<sup>19,25,28</sup>. However, they should be interpreted wisely, taking into account the limitations of this investigation. On the one hand, the hours of intervention were within the recommendations<sup>7,14</sup>, it was superior even to other rigorously designed and evaluated programmes<sup>25-28,32</sup>, and the teachers fulfilled their commitment. But, on the other hand, the quality of the intervention relies on teachers and their experience, training and fidelity with the scheduled sessions, which are key aspects in these kinds of interventions<sup>7,31</sup>, were not controlled. Another possible bias could be the pupils' socioeconomic, cultural and religious status, a non-collected variable, which could influence extracurricular sexual education, but which was sought to be controlled in the way of selecting similar centres of the same geographical area. Finally, the sample size in the second post-test was smaller than expected, because absences were higher than initially expected, which decreased its statistical power.

Regarding sexual behaviour, note that data from this study is consistent with others recently conducted in Asturian young people. Specifically, the **Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)-2014** study<sup>33</sup> found that 59% of Asturian adolescents, aged 17-18, had sexual intercourse with penetration (vs. 60% in the average of both groups of our study) and 84% of whom used a condom at last intercourse (vs. 80% of our study). Compared with other regions<sup>33</sup>, Asturias was one of the communities with safer practices at last intercourse (with 10 percentage points above the national average condom use). Condom use at last intercourse declined 4% in adolescent Asturians aged 17-18 in relation to the **HBSC-2006** study data<sup>24</sup>, although there was a fall of 12% at the national average. According to the data obtained, we could say that the intervention, with 50% coverage from the 2012-13 academic year, has perhaps helped to maintain the Asturian figures of condom use.

The findings of this study are also comparable to others recently conducted in Spain within young people<sup>29,34,35</sup>, in which girls declared more practices with penetration and a reduced condom use, which also occurred in the control group. These ties in with the fact that the impact of the intervention on sexual behaviour occurred mostly among girls: penetration was less frequent thanks to them and girls also used more condoms. These differences seem to indicate that girls are more receptive to these kinds of interventions<sup>9,25,28</sup>.

Therefore, it can be concluded that the **NONP** programme had a positive impact. In relation to the research questions, it increased condom use and improved knowledge and skills, although in a limited way and more notably among girls. These findings are important because despite the noted effects of sex education<sup>5-7</sup>, not all studies have been able to find an impact in sexual behaviour<sup>7,19,26-28,32</sup>, which may have to do with the duration and quantity of this intervention (four school years, with almost 30 hours). It would obviously be necessary to repeat this investigation in the future, to demonstrate its validity.

Meanwhile, this intervention may be a good starting point to universalize sex education through compulsory education, as it is internationally recommended and as it is done in other countries<sup>7,10,12,14</sup>. In the extension of sex education, there are two key aspects to

strengthen: teacher training<sup>7-14</sup>, which would have impact on commitment and quality of the intervention<sup>7,32</sup>; and the setting of a minimum curricular content, fully integrated into the school curricula<sup>7,12</sup>. For example, in Estonia, with a sex education programme in curricula throughout three years, the improvement in youth sexual indicators since 2000 has been impressive. They include unprecedented reductions in STIs and HIV infections rates and also sizeable downward trends in abortion and teenage birth rates, due to sharp increase in condom and contraceptive use among young people<sup>10</sup>.

Also, to improve the impact on sexual health goals, complementary interventions are essential, involving families, media, and health services, while taking into account social inequities as well as the huge influence of the internet social networks and pornography<sup>5,6,10,36-38</sup>. Thus, sex education is recommended from the health services (in revisions programmed in childhood and adolescence), recreational actions from the community level (cinema, etc.) and free distribution of quality condoms<sup>5,6,12,39,40</sup>.

These are key aspects to fully achieve the rights of adolescents, the United Nations **SDGs** and above all, the welfare, health and the education of adolescents.

## REFERENCES

1. World Health Organization. Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health. Geneva: WHO; 2006.
2. UNAIDS. Global AIDS Update 2016. Geneva: UNAIDS; 2016.
3. Área de Vigilancia de VIH y Comportamientos de Riesgo. Vigilancia Epidemiológica del VIH y sida en España 2017: Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH y Registro Nacional de Casos de Sida. Madrid: Plan Nacional sobre el Sida, Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III; 2018.
4. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Interrupción Voluntaria del Embarazo. Datos definitivos correspondientes al 2017. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social; 2018.
5. Goesling B, Colman S, Trenholm C, et al. Programs to reduce teen pregnancy, sexually transmitted infections, and associated sexual risk behaviors: a systematic review. *J Adolesc Health* 2014;54(5):499–507.
6. Oringanje C, Meremikwu MM, Eko H, et al. Interventions for preventing unintended pregnancies among adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;2. Art. Nº:CD005215.
7. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, UNAIDS Secretariat, The United Nations Population Fund, The United Nations Children’s Fund, UN Women and The World Health Organization. International technical guidance on sexuality education: an evidence-informed approach. Paris: UNESCO; 2018.
8. Starrs AM, Ezeh AC, Barker G, et al. Accelerate progress—sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher-Lancet Commission. *Lancet*. 2018;391:2642–2692.
9. Duberstein L, Maddow-Zimet I. Consequences of sex education on teen and young adult sexual behaviors and outcomes. *J Adolesc Health* 2011;51:332–338.
10. UNESCO. Cost and Cost-Effectiveness Analysis of School-Based Sexuality Education Programmes in Six Countries. París: UNESCO; 2011.
11. Mason-Jones AJ, Sinclair D, Mathews C, et al. School-based interventions for preventing HIV, sexually transmitted infections, and pregnancy in adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;11. Art. Nº:CD006417.

12. Haberland N, Rogow D. Sexuality Education: Emerging trends in evidence and practice. *J Adolesc Health* 2015;56:515–521.
13. Berglas NF, Constantine NA, Ozer EJ. A rights-based approach to sexuality education: Conceptualization, clarification and challenges. *Perspect Sex Reprod Health* 2014;46:63–72.
14. WHO Regional Office for Europe & BZgA. Standards for Sexuality Education in Europe. Cologne: Federal Centre for Health Education, BZgA; 2010.
15. UNFPA. Operational guidance for comprehensive sexuality education: A focus on human rights and gender. New York, NY: United Nations Population Fund; 2014.
16. United Nations. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. Resolution adopted by the General Assembly on 25 September 2015. New York, NY: UN, 2015.
17. Boletín Oficial del Estado. Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. BOE, núm. 55, 4 de marzo de 2010.
18. García-Cabeza B, Sánchez Bello A. Sex education representations in Spanish combined biology and geology textbooks. *Int J Science Education* 2013;35:1725–1755.
19. Espada JP, Morales A, Orgilés M, et al. A review of school HIV/AIDS prevention programs in Spain. *International Journal of Hispanic Psychology* 2013;5:99–112.
20. Larrañaga I, Martín U, Bacigalupe A. Salud sexual y reproductiva, y crisis económica en España. Informe SESPAS 2014. *Gac Sanit* 2014;28(S1):109–115.
21. Moreno C, Ramos P, Rivera F, et al. Estudio Health Behaviour in School-aged Children HBSC-2014): Actividades de promoción y educación para la salud en los centros educativos españoles. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2016.
22. García-Vázquez J, Lena A, González C, et al. Ni ogros ni princesas. Programa para la educación afectivo-sexual en la ESO. Asturias: Gobierno del Principado de Asturias; 2009.
23. García-Vázquez J, Lena A, Suárez O. Evaluación de proceso del programa de educación afectivo-sexual Ni ogros ni princesas. *Global Health Promot* 2012;19:78–86.

24. Moreno C, Muñoz-Tinoco V, Pérez P, et al. [Desarrollo adolescente y salud. Resultados del estudio HBSC-2006 con chicos y chicas españoles de 11 a 17 años.](#) Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2008.
25. Espada JP, Orgilés M, Morales A, et al. Effectiveness of a school HIV/AIDS prevention program for Spanish adolescents. *AIDS Educ Prev* 2012;24:500–513.
26. Wight D, Raab G, Henderson M, et al. Limits of teacher-delivered sex education: interim behavioural outcomes from a randomised trial. *BMJ* 2002;324:1430–1435.
27. Elliott L, Henderson M, Nixon C, et al. Has untargeted sexual health promotion for young people reached its limit? A quasi-experimental study. *J Epidemiol Community Health* 2013;67:398–404.
28. Morales A, Espada JP, Orgilés M. Short-term evaluation of a skill-development sexual education program for Spanish adolescents compared with a well-established program. *J Adolesc Health* 2015;56:30–37.
29. Benedicto J (director). Informe Juventud en España 2016. Madrid: Instituto de la Juventud; 2017.
30. Svanemyr J, Amin A, Robles J, et al. Creating an Enabling Environment for Adolescent Sexual and Reproductive Health: A Framework and Promising Approaches. *J Adolesc Health* 2015;56:7–14.
31. Cronin J, Heflin C, Price A. Teaching teens about sex: A fidelity assessment model for Making Proud Choices. *Evaluation and Program Planning* 2014;46:94–102.
32. Constantine N, Jerman P, Berglas N, et al. Short-term effects of a rights-based sexuality education curriculum for high-school students: a cluster-randomized trial. *BMC Public Health* 2015;15:293.
33. Moreno C, Ramos P, Rivera F, et al. Informe técnico de los resultados obtenidos por el Estudio Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) 2014 en España. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2016.
34. Rodríguez J, Traverso CI. Conductas sexuales en adolescentes de 12 a 17 años de Andalucía. *Gac Sanit* 2016;26(6):519–524.
35. Folch C, Álvarez JL, Casabona J, et al. Determinantes de las conductas sexuales de riesgo en jóvenes de Cataluña. *Rev Esp Salud Pública* 2015;89:471–485.

36. Buhi ER, Klinkenberger N, McFarlane M, et al. Evaluating the Internet as a sexually transmitted disease risk environment for teens: findings from the communication, health, and teens study. *Sex Transm Dis* 2013; 40:528–533.
37. Horvath MAH, Alys L, Massey K, et al. Basically, porn is everywhere. En: A rapid evidence assessment on the effects that access and exposure to pornography has on children and young people. London: Middlesex University; 2013.
38. Ballester-Arnal R, Gil-Llario MD, Ruiz-Palomino E, et al. Effectiveness of a Brief Multi-Component Intervention to HIV Prevention Among Spanish Youth. *AIDS Behav* 2017; doi:10.1007/s10461-017-1815-5.
39. Breuner CC, Mattson G, AAP COMMITTEE ON ADOLESCENCE, et al. Sexuality Education for Children and Adolescents. *Pediatrics*. 2016;138(2):e20161348.
40. Denno D, Hoopes A, Chandra-Mouli V. Effective Strategies to Provide Adolescent Sexual and Reproductive Health Services and to Increase Demand and Community Support. *J Adolesc Health*. 2015;56 (Supl 1):22–41.

## ESTUDIO 3

### Evolución de la salud sexual de la población adolescente española y asturiana

---

#### RESUMEN

**Fundamentos:** La salud sexual en la adolescencia es clave para la salud global, tal y como recogen los **ODS** de la Organización de las Naciones Unidas. El objetivo de este estudio fue conocer el estado de la salud sexual de la población adolescente asturiana y española, así como su evolución temporal.

**Sujeto y métodos:** Se recogieron datos secundarios sobre conducta sexual, IVE, ITS y violencia de género desde 2011 hasta 2016. Se usaron porcentajes y medias para la conducta sexual y tasas para el resto. Se calculó la diferencia en la evolución mediante el método diferencias-en-diferencias y mediante el incremento o descenso porcentual para las tasas.

**Resultados:** En el periodo estudiado, hubo un aumento de las relaciones sexuales coitales en la adolescencia (del 4% en Asturias y del 2% en España), un descenso del uso del preservativo (-5% en Asturias y -10% en España) y un aumento del uso de la píldora anticonceptiva (+12 puntos porcentuales en Asturias y +7 en España). En Asturias, las tasas de infección por el VIH, gonorrea y sífilis descendieron desde 2014 (-4%, -18% y -33%, respectivamente), mientras que en España la gonorrea aumentó (+74%). Las tasas de aborto (-25% en Asturias y -34% en España) y de mujeres víctimas de violencia de género (-9% en Asturias y -14% en España) descendieron en ambos territorios.

**Conclusiones:** El aumento de prácticas sexuales con penetración y el descenso del uso del preservativo coloca a los adolescentes en una situación de gran vulnerabilidad frente a las infecciones de transmisión sexual. Es urgente garantizar los derechos sexuales, con intervenciones integrales, efectivas y universales, tales como la educación sexual obligatoria en las escuelas y la atención sanitaria de la salud sexual.

**Palabras clave:** Conducta sexual, IVE, ITS, Violencia de género, Salud sexual, Adolescentes.

## Evolution of sexual health in spanish and asturian adolescents

### ABSTRACT

**Background:** Sexual health among adolescents is crucial for their wellbeing and for global health, as reflected in the United Nations Sustainable Development Goals. The aim of this study is learn more about the state of sexual health of adolescents in Spain and Asturias, and how it has evolved over time.

**Methods:** Secondary data on sexual behavior, voluntary interruption of pregnancy, sexually transmitted infections and gender violence from 2011 to 2016 were collected and analyzed. Percentages and averages were used for sexual behavior and rates for the rest of the variables. The difference in the evolution was calculated using the differences-in-differences method and with the percentage increase or decrease for the rates.

**Results:** In the period studied there was an increase in penetrative sex among adolescents (4% in Asturias and 2% in Spain), a decrease in condom use (-5% in Asturias and -10% in Spain) and an increase in the use of the contraceptive pill (12 percentage points in Asturias and 7 in Spain). In relation to the rates, sexually transmitted infections decreased in Asturias (-4%, -18% y -33%, respectively) and gonorrhea increased in Spain (+74%). Rates of abortion (-25% in Asturias, -34% in Spain) and female victims of gender violence (-9% in Asturias, -14% in Spain) decreased in both territories.

**Conclusions:** Rates of sexually transmitted infections and abortion show great vulnerability in adolescence. It is urgent that we defend sexual rights with comprehensive, effective and universal interventions, such as compulsory sex education in schools and health care for sexual health.

**Key words:** Sexual behavior, IVE, STIs, Gender violence, Sexual health, Adolescents.

## INTRODUCCIÓN

La salud sexual se define como el estado de bienestar físico, emocional, mental y social en relación a la sexualidad<sup>1</sup>. Para poder disfrutarla, existen una serie de derechos, reconocidos a nivel internacional<sup>2,3,4,5</sup>, entre los que se encuentran el derecho al placer sexual, a la educación sexual integral o a la atención sanitaria.

Paralelamente, la adolescencia constituye un periodo clave de la vida para garantizar el bienestar futuro, especialmente en relación a la sexualidad. Así lo reconoce la ONU en sus **ODS**<sup>6</sup>. Tres de estos 17 objetivos apuntan a la salud sexual y reproductiva en la adolescencia. Esta etapa, definida entre los 10 y los 19 años por la ONU<sup>5</sup>, se acompaña de riesgos asociados con la maternidad temprana, la IVE y las ITS<sup>1-6</sup>.

La importancia de la atención de la salud sexual es reconocida en España a nivel normativo. Para cumplir con las recomendaciones internacionales, se aprobó en 2010 la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo<sup>7</sup>. Esta norma regula el aborto y establece actuaciones de promoción y atención de la salud sexual, de formación y de investigación. Se desarrolló mediante la “**Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva**”<sup>8</sup>, publicada en 2011 por el Ministerio de Sanidad, que tuvo una aplicación casi nula, sobre todo en la parte referida a la salud sexual<sup>9,10</sup>. Así mismo, desde que en 2009 se realizó la “**Encuesta Nacional de Salud Sexual**”<sup>11</sup>, previa a la aprobación de la Ley 2/2010, no se han publicado nuevos estudios integrales sobre sexualidad y salud sexual en la población general. Se desconoce, por tanto, la situación de la población más allá de los indicadores dispersos de distintas fuentes de información<sup>9,10</sup>.

Algunos de estos indicadores señalan que la población joven está en situación de gran vulnerabilidad: en 2017, la tasa más alta de nuevas infecciones por el VIH se producía en jóvenes de entre 25 y 29 años<sup>12</sup>, y las mujeres de 20 a 24 años fueron las que más abortaron<sup>13</sup>. Igualmente, la violencia de género es frecuente entre la juventud. De las más de 28.000 mujeres víctimas que contaban con medidas cautelares u órdenes de protección en 2016, el 59% tenía entre 20 y 39 años<sup>14</sup>.

A pesar de esta situación, no se están desarrollando intervenciones efectivas, como la educación sexual en escuelas o desde Atención Primaria, que tendrían un impacto

positivo en cuanto a conocimientos y conductas<sup>4,15-18</sup>. En el ámbito escolar, hay programas voluntarios de educación sexual en la mayoría de las comunidades autónomas, pero a la voluntariedad se añaden otras dificultades, como son la falta de apoyo institucional, la escasa cobertura, el protagonismo de talleres externos y/o la falta de apoyo de los libros de texto<sup>8-10,19-21</sup>. Así mismo, no se cuenta con información sobre la implementación y el alcance de estas iniciativas<sup>8-10,19</sup>, salvo en el caso de Asturias, donde existe un programa autonómico llamado **NONP** que cuenta con informes anuales de seguimiento y varias evaluaciones de proceso e impacto<sup>22</sup>. Este programa, reconocido como “**Buena Práctica del Sistema Nacional de Salud**” por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, comenzó en 2008 con 2.700 estudiantes de entre 12 y 16 años (cobertura del 9%). Llegó a 11.500 alumnos en 2016 (un 38% del total y un 55% del alumnado de la red pública)<sup>22</sup>.

En el ámbito sanitario, a nivel estatal, las actividades desde Atención Primaria son escasas<sup>8-10</sup>, aunque algunas comunidades cuentan con centros de salud sexual y reproductiva (como Asturias o Cataluña) o consulta joven (Baleares). Son intervenciones que no están extendidas a toda la geografía española y, a veces, se basan en el compromiso de determinados profesionales<sup>8-10</sup>.

Como resultado, en el “**Barómetro sobre anticoncepción**” realizado en 16 países europeos en 2015<sup>23</sup>, España alcanza puntuaciones medias inferiores a las de otros países. Algunos de estos indicadores fueron: sensibilización de la población (25 puntos sobre 100), educación sexual (26 puntos), empoderamiento de las mujeres (42 puntos) y prevención de la discriminación (45 puntos).

Partiendo de esta realidad, resulta urgente conocer qué está ocurriendo con la salud sexual de los adolescentes. Este estudio recopiló datos disponibles, y su evolución en los últimos años, sobre población adolescente española y asturiana, seleccionada la de esta última comunidad autónoma por disponer de un programa de educación sexual que cuenta con informes de cobertura y evaluación<sup>10,22</sup>. Sin pretender establecer causalidad, se presentó e interpretó un conjunto de datos que habitualmente se encuentran dispersos e inconexos, con el objetivo de detectar áreas particularmente vulnerables de la salud sexual y para así poder señalar las intervenciones más urgentes y necesarias.

## MATERIAL Y MÉTODOS

### Tipo de estudio

Se recogieron datos secundarios para conocer la evolución de la salud sexual de los adolescentes asturianos y españoles. Se identificaron las fuentes existentes, se seleccionaron las más adecuadas para el objetivo de este estudio y se recopilaron los indicadores correspondientes.

### Indicadores, fuentes de información y población de estudio

Los indicadores se clasificaron en 4 categorías: conducta sexual, IVE, ITS y violencia de género. La población de estudio fueron adolescentes de Asturias y España, y su edad vino marcada por las fuentes utilizadas, que se detallan a continuación junto con las variables de cada categoría:

i) Para la conducta sexual, se utilizó la encuesta europea **HBSC** de 2006 y 2014, que disponía de resultados conductuales auto-informados en una muestra de jóvenes de 15 a 18 años<sup>24</sup>. Se utilizaron las siguientes variables: haber mantenido relaciones sexuales coitales, uso de preservativo en la última relación sexual coital, uso de la píldora en la última relación sexual coital, el no uso de métodos anticonceptivos en la última relación sexual coital (incluyendo “marcha atrás”), edad de la primera relación sexual coital y número de personas con quienes se habían mantenido relaciones sexuales coitales. Este estudio europeo, realizado cada cuatro años, también se llevó a cabo en 2010, pero con un tamaño de la muestra menor y sin representatividad autonómica, por lo que no se usaron los datos correspondientes a ese año.

ii) En relación a la IVE, se recogió el número en mujeres de entre 15 y 19 años, con datos del Registro de Interrupciones Legales del Embarazo del Ministerio de Sanidad<sup>13</sup>.

iii) En el caso de las ITS, las fuentes de información fueron la Consejería de Sanidad de Asturias y la Unidad de Vigilancia de VIH y comportamientos de riesgo del Centro Nacional de Epidemiología (Instituto de Salud Carlos III)<sup>12,25</sup>, que aportaron cifras de VIH, sífilis y gonorrea en población de 15 a 19 años. Los datos nacionales provenían de 15 comunidades autónomas, Ceuta y Melilla para VIH y gonorrea, y de 10 comunidades para sífilis, al estar la información disponible mediante declaración obligatoria individualizada.

iv) Por último, en cuanto a violencia de género, se recogió el número de mujeres víctimas de violencia de género (con orden de protección o medidas cautelares) menores de 25 años, publicado por el Instituto Nacional de Estadística (INE)<sup>26</sup>. No fue posible utilizar datos de jóvenes entre 15 y 19 años, ya que no existía el desglose para este grupo de edad.

### Periodo de estudio

Los años de estudio fueron 2006 y 2014 para la conducta sexual (marcado así por la encuesta de referencia). Para el resto, se analizó desde 2011 hasta 2016, al ser este el último año con todos los indicadores disponibles y/o sin retraso en la notificación. Se seleccionó 2011 como punto de partida al ser el primer año completo de entrada en vigor de la Ley 2/2010 (que supuso un cambio relevante en cuanto al acceso al aborto y a la metodología de registro del mismo). En el caso de la sífilis y la gonorrea a nivel nacional, el año de partida fue 2014, al no estar recogida la información de forma individualizada previamente. Así mismo, el año 2016 puede tener todavía cierto retraso en la notificación.

### Análisis

Para la conducta sexual se usaron porcentajes proporcionados por el estudio **HBSC** y las medias para la edad de la primera relación y el número de parejas sexuales. Se calculó la diferencia entre Asturias y España en la evolución de cada indicador mediante el método de diferencia-en-diferencias. El inicio y el final del periodo observado para cada indicador determinaron los momentos relevantes en el cálculo de las diferencias. El análisis inferencial de los indicadores continuos y proporciones se realizó usando valores individuales para cada indicador, que fueron simulados aleatoriamente según los parámetros de distribución, obtenidos en las fuentes originales (media y desviación estándar para las variables continuas o numerador y denominador para las proporciones). Una vez generados los datos, se estimaron Intervalos de Confianza al 95%, se calcularon las diferencias entre el inicio y el final del periodo en Asturias y España y se compararon estas diferencias mediante un test de hipótesis bilateral, basado en regresión logística

para las proporciones, y en regresión lineal para las medias. Dichos modelos de regresión fueron estimados con un término de interacción (año x lugar) y se estimó la diferencia-en-diferencias mediante el contraste del efecto marginal del año en cada lugar (Asturias y España).

Para el resto de variables (IVE, ITS y violencia de género), se calcularon las tasas usando como denominador la población correspondiente actualizada a 1 de julio del año correspondiente, publicada por el INE<sup>27</sup>. En el caso de la IVE, estas tasas se desglosaron por nacionalidad (española y extranjera). Para las ITS, se calcularon también por sexo. En el caso de la violencia de género, al disponer solo de datos referidos a menores de 25 años (por no estar desglosados para el grupo de entre 15 y 19 años), se usó como denominador para calcular la tasa el número total de mujeres jóvenes menores de 25 años, para cada año, actualizado a 1 de julio de cada año correspondiente<sup>27</sup>.

Con las tasas disponibles, se comparó la evolución con el cálculo de la diferencia porcentual de incremento o descenso de esa tasa entre el primer y último año de estudio, asumiendo la misma estructura de edad y sexo en Asturias y España.

## RESULTADOS

### Conducta sexual (tabla 8)

#### *Relaciones sexuales coitales*

Hubo un aumento del porcentaje de población adolescente que declaró haber mantenido relaciones sexuales coitales entre 2006 y 2014 (del 39% al 43% en Asturias y del 34% al 36% en España), sin diferencias significativas en la evolución de los dos grupos ( $p=0,60$ ).

Por sexo, se produjo aumento de prácticas sexuales coitales declaradas por chicas y chicos, que fue similar en España y mayor para los chicos en el caso de Asturias (5,9% en ellos frente a 0,4% en ellas). Por edades, a nivel autonómico y nacional, se produjo un descenso de estas prácticas en entre los 15 y los 16 años y un aumento entre los 17 y los 18 años.

En el análisis comparativo, el aumento de las relaciones coitales fue significativamente mayor en la población asturiana entre los 17 y los 18 años (16% frente al 5% en España,  $p<0,01$ ).

#### ***Uso del preservativo en la última relación sexual coital***

En 2014, el 85% de los adolescentes asturianos afirmó usar preservativo (descenso no significativo del 5% respecto a 2006) y lo usó el 80% de la española (caída significativa del 10%). En el caso de Asturias, el descenso en el uso del preservativo fue significativo en las chicas, mientras que en España fue en ambos sexos.

Al analizarlo comparativamente, el uso del preservativo tuvo un descenso significativamente menor en los chicos asturianos frente a los españoles (descenso del 10% frente al 2% en Asturias,  $p=0,04$ ).

#### ***Uso de la píldora en la última relación sexual coital***

El uso de la píldora aumentó tanto en Asturias como en España. A nivel autonómico, subió 12 puntos porcentuales, para situar el consumo en el 22% en 2014. A nivel nacional, ese ascenso fue del 7%, para un consumo final del 15%.

Esta evolución se produjo de forma similar en ambos sexos y en todas las edades, y fue ligeramente superior en la población asturiana que en la española, aunque sin significación estadística.

#### ***Sin uso de métodos anticonceptivos en la última relación sexual coital***

El porcentaje de población asturiana que declaró no usar ningún método en 2014 fue del 7% (se redujo significativamente a la mitad desde 2006), y en España fue del 15%, sin variación significativa respecto a 2006.

En el análisis por sexo, los chicos asturianos declararon un descenso del 11% en este indicador, mientras que el resto presentó datos similares entre los años de estudio.

En el análisis comparativo, la población asturiana evolucionó con diferencias significativas respecto a la española en el total (reducción del 6% frente a un aumento del 0,3% en España,  $p=0,02$ ), en los chicos (reducción del 11% frente a un aumento del 0,9%,

$p < 0,01$ ) y entre los 15 y los 16 años (reducción de un 11% frente a una reducción de un 2%,  $p = 0,04$ ).

### ***Edad media de la primera relación sexual coital***

Hubo un leve descenso, pasando de los 15,2 a los 14,9 años en Asturias y de los 14,5 a los 14,2 años en España. La evolución fue similar tanto a nivel autonómico como nacional, sin diferencias significativas. El descenso fue mayor en las chicas, tanto asturianas como españolas, pero las edades declaradas fueron menores en los chicos.

### ***Número de personas con quienes se han mantenido relaciones sexuales coitales***

El número de parejas declarado en Asturias pasó de 2,2 en 2006 a 2,5 en 2014, sin significación estadística en el conjunto de la adolescencia. Este incremento sí fue significativo en las chicas y en la población de entre los 17 y los 18 años.

En España hubo un ligero aumento, estadísticamente significativo, en todas las edades, tanto en chicos como en chicas, pasando de 2 personas en 2006 a 2,3 en 2014.

En el análisis comparativo, hubo significación estadística en la evolución de los más jóvenes: entre los 15 y los 16 años, en los adolescentes asturianos no varió el número de personas mientras que en los españoles aumentó en 0,2 ( $p = 0,03$ ).

### **Interrupción Voluntaria del Embarazo (tabla 9)**

La tasa de IVE en mujeres de entre 15 y 19 años experimentó un descenso en el periodo estudiado: en Asturias, este descenso fue de 25 puntos porcentuales (pasó de 14,4 puntos por cada 1.000 mujeres en 2011 a 10,8 puntos por cada 1.000 mujeres en 2016) y en España de 34 puntos (de 12,8 puntos a 8,5 puntos).

En el análisis por nacionalidad, hubo el mismo descenso en las mujeres españolas en Asturias y España (34%), con tasas de IVE también similares en 2016 (7,5 en Asturias y 7,0 en España). En las mujeres de nacionalidad extranjera, la tasa de IVE aumentó un 16% en Asturias mientras que en España se redujo un 20%.

**Tabla 8.** Indicadores de conducta sexual en población adolescente asturiana y española

| Variables   |            | Asturias              |                       |                         | España                |                       |                         | Diferencias-en-diferencias | p      |
|---|------------|-----------------------|-----------------------|-------------------------|-----------------------|-----------------------|-------------------------|----------------------------|--------|
|   |            | 2006                  | 2014                  | Diferencia              | 2006                  | 2014                  | Diferencia              |                            |        |
| Relaciones sexuales coitales                            | Total      | 39,1%<br>(35,3; 42,9) | 42,6%<br>(38,5; 46,7) | 3,5%<br>(-2,1; 9,1)     | 33,6%<br>(32,7; 34,6) | 35,6%<br>(34,7; 36,5) | 2,0%<br>(0,7; 3,2)      | 1,5%<br>(-4,2; 7,3)        | 0,6044 |
|   | Chicas     | 37,9%<br>(32,7; 43,2) | 38,3%<br>(32,4; 44,2) | 0,4%<br>(-7,5; 8,3)     | 32,4%<br>(31,2; 33,6) | 34,3%<br>(33,1; 35,5) | 1,9%<br>(0,2; 3,6)      | -1,5%<br>(-9,6; 6,6)       | 0,7144 |
|   | Chicos     | 40,4%<br>(34,8; 46,0) | 46,3%<br>(40,6; 52,0) | 5,9%<br>(-2,0; 13,9)    | 35,1%<br>(33,7; 36,5) | 36,9%<br>(35,7; 38,1) | 1,8%<br>(-0,1; 3,6)     | 4,1%<br>(-4,0; 12,3)       | 0,3228 |
|   | 15-16 años | 34,4%<br>(28,6; 40,1) | 25,5%<br>(20,4; 30,7) | -8,8%<br>(-16,5; -1,1)  | 26,3%<br>(25,1; 27,5) | 21,6%<br>(20,5; 22,6) | -4,7%<br>(-6,3; -3,1)   | -4,1%<br>(-12,0; 3,8)      | 0,3088 |
|   | 17-18 años | 42,5%<br>(37,4; 47,6) | 58,6%<br>(52,9; 64,3) | 16,1%<br>(8,4; 23,7)    | 42,5%<br>(41,1; 43,9) | 47,9%<br>(46,6; 49,2) | 5,4%<br>(3,5; 7,3)      | 10,7%<br>(2,8; 18,6)       | 0,0081 |
| Uso de preservativo en la última relación sexual coital | Total      | 90,3%<br>(86,4; 94,1) | 85,5%<br>(80,8; 90,2) | -4,8%<br>(-10,8; 1,3)   | 89,3%<br>(88,2; 90,4) | 79,6%<br>(78,3; 80,8) | -9,7%<br>(-11,4; -8,0)  | 5,0%<br>(-1,4; 11,3)       | 0,1240 |
|   | Chicas     | 88,0%<br>(82,3; 93,7) | 77,7%<br>(69,6; 85,7) | -10,3%<br>(-20,2; -0,5) | 87,1%<br>(85,5; 88,7) | 77,6%<br>(75,8; 79,5) | -9,5%<br>(-11,9; -7,0)  | -0,8%<br>(-11,0; 9,3)      | 0,8702 |
|   | Chicos     | 93,1%<br>(88,1; 98,0) | 90,9%<br>(85,5; 96,3) | -2,2%<br>(-9,5; 5,1)    | 91,7%<br>(90,3; 93,2) | 81,5%<br>(79,8; 83,3) | -10,2%<br>(-12,5; -8,0) | 8,1%<br>(0,4; 15,7)        | 0,0391 |
|   | 15-16 años | 93,8%<br>(88,4; 99,1) | 88,9%<br>(82,7; 95,1) | -4,9%<br>(-13,0; 3,3)   | 89,5%<br>(88,1; 91,0) | 82,5%<br>(80,8; 84,2) | -7,0%<br>(-9,3; -4,8)   | 2,2%<br>(-6,3; 10,6)       | 0,6129 |
|   | 17-18 años | 88,4%<br>(83,2; 93,6) | 84,1%<br>(77,3; 90,8) | -4,3%<br>(-12,8; 4,2)   | 89,0%<br>(87,4; 90,7) | 78,4%<br>(76,6; 80,3) | -10,6%<br>(-13,1; -8,1) | 6,3%<br>(-2,6; 15,2)       | 0,1628 |

|   |            |                      |                       |                         |                       |                       |                      |                         |        |
|---|------------|----------------------|-----------------------|-------------------------|-----------------------|-----------------------|----------------------|-------------------------|--------|
| Uso de la píldora en la última relación sexual coital       | Total      | 9,7%<br>(5,9; 13,6)  | 21,5%<br>(16,0; 27,0) | 11,8%<br>(5,0; 18,5)    | 8,2%<br>(7,3; 9,2)    | 15,4%<br>(14,3; 16,6) | 7,2%<br>(5,7; 8,7)   | 4,6%<br>(-2,3; 11,5)    | 0,1914 |
|   | Chicas     | 13,6%<br>(7,6; 19,6) | 27,0%<br>(18,3; 35,7) | 13,4%<br>(2,8; 24,0)    | 9,5%<br>(8,1; 10,9)   | 17,1%<br>(15,5; 18,8) | 7,6%<br>(5,4; 9,8)   | 5,8%<br>(-5,0; 16,6)    | 0,2943 |
|   | Chicos     | 5,0%<br>(0,7; 9,2)   | 17,6%<br>(10,4; 24,8) | 12,6%<br>(4,3; 21,0)    | 6,7%<br>(5,4; 8,0)    | 13,7%<br>(12,1; 15,2) | 7,0%<br>(5,0; 9,0)   | 5,6%<br>(-2,9; 14,2)    | 0,1972 |
|   | 15-16 años | 6,2%<br>(0,9; 11,6)  | 18,2%<br>(10,6; 25,8) | 11,9%<br>(2,7; 21,2)    | 7,6%<br>(6,3; 8,9)    | 13,4%<br>(11,9; 14,9) | 5,8%<br>(3,8; 7,8)   | 6,1%<br>(-3,4; 15,6)    | 0,2052 |
|   | 17-18 años | 11,6%<br>(6,4; 16,8) | 23,0%<br>(15,2; 30,8) | 11,4%<br>(2,0; 20,7)    | 8,7%<br>(7,2; 10,2)   | 16,2%<br>(14,6; 17,8) | 7,5%<br>(5,3; 9,7)   | 3,8%<br>(-5,8; 13,4)    | 0,4343 |
| No uso de ningún método en la última relación sexual coital | Total      | 13,4%<br>(9,1; 17,7) | 6,8%<br>(3,5; 10,1)   | -6,6%<br>(-12,0; -1,1)  | 14,2%<br>(13,0; 15,5) | 14,5%<br>(13,4; 15,6) | 0,3%<br>(-1,4; 1,9)  | -6,8%<br>(-12,5; -1,1)  | 0,0186 |
|   | Chicas     | 14,6%<br>(8,5; 20,7) | 14,9%<br>(7,7; 22,1)  | 0,3%<br>(-9,1; 9,7)     | 15,1%<br>(13,4; 16,8) | 14,9%<br>(13,3; 16,5) | -0,1%<br>(-2,5; 2,2) | 0,4%<br>(-9,3; 10,1)    | 0,9324 |
|   | Chicos     | 12,0%<br>(5,9; 18,2) | 0,9%<br>(-0,8; 2,6)   | -11,1%<br>(-17,5; -4,8) | 13,2%<br>(11,4; 15,0) | 14,1%<br>(12,5; 15,6) | 0,9%<br>(-1,5; 3,2)  | -12,0%<br>(-18,8; -5,2) | 0,0005 |
|   | 15-16 años | 16,3%<br>(8,5; 24,1) | 5,0%<br>(0,7; 9,3)    | -11,3%<br>(-20,2; -2,4) | 15,6%<br>(13,8; 17,3) | 14,1%<br>(12,5; 15,6) | -1,5%<br>(-3,8; 0,9) | -9,8%<br>(-19,0; -0,6)  | 0,0366 |
|   | 17-18 años | 11,8%<br>(6,7; 17,0) | 7,5%<br>(2,8; 12,2)   | -4,3%<br>(-11,3; 2,6)   | 13,3%<br>(11,5; 15,1) | 14,7%<br>(13,2; 16,3) | 1,5%<br>(-0,9; 3,9)  | -5,8%<br>(-13,2; 1,6)   | 0,1223 |

|  |            |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |               |
|--|------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|---------------|
| Edad media de primera relación sexual coital                                 | Total      | 15,2<br>(15,0; 15,4) | 14,9<br>(14,7; 15,1) | -0,4<br>(-0,6; -0,1) | 14,5<br>(14,5; 14,5) | 14,2<br>(14,2; 14,2) | -0,3<br>(-0,4; -0,3) | -0,1<br>(-0,3; 0,1)  | 0,5477        |
|  | Chicas     | 15,4<br>(15,2; 15,6) | 15,0<br>(14,8; 15,2) | -0,5<br>(-0,9; -0,2) | 14,7<br>(14,7; 14,7) | 14,4<br>(14,4; 14,4) | -0,3<br>(-0,4; -0,3) | -0,2<br>(-0,5; 0,1)  | 0,1213        |
|  | Chicos     | 15,1<br>(14,8; 15,4) | 14,9<br>(14,7; 15,1) | -0,1<br>(-0,5; 0,2)  | 14,3<br>(14,2; 14,4) | 14,1<br>(14,0; 14,2) | -0,2<br>(-0,3; -0,1) | 0,1<br>(-0,2; 0,4)   | 0,5600        |
|  | 15-16 años | 14,4<br>(14,1; 14,7) | 14,5<br>(14,2; 14,8) | -0,0<br>(-0,4; 0,3)  | 14,7<br>(14,6; 14,8) | No disponible        | No disponible        | No disponible        | No disponible |
|  | 17-18 años | 15,7<br>(15,5; 15,9) | 15,1<br>(14,9; 15,3) | -0,3<br>(-0,6; -0,0) | 15,6<br>(15,5; 15,7) | No disponible        | No disponible        | No disponible        | No disponible |
| Número de personas con quienes se han mantenido relaciones sexuales coitales | Total      | 2,2<br>(2,0; 2,4)    | 2,5<br>(2,3; 2,7)    | 0,2<br>(-0,1; 0,5)   | 2,0<br>(1,9; 2,0)    | 2,3<br>(2,2; 2,3)    | 0,3<br>(0,3; 0,4)    | -0,1<br>(-0,4; 0,2)  | 0,4491        |
|  | Chicas     | 1,9<br>(1,7; 2,1)    | 2,3<br>(2,0; 2,6)    | 0,6<br>(0,2; 0,9)    | 1,7<br>(1,6; 1,8)    | 2,0<br>(1,9; 2,1)    | 0,3<br>(0,2; 0,4)    | 0,2<br>(-0,2; 0,6)   | 0,2441        |
|  | Chicos     | 2,5<br>(2,2; 2,8)    | 2,6<br>(2,3; 2,9)    | -0,0<br>(-0,5; 0,4)  | 2,3<br>(2,2; 2,4)    | 2,6<br>(2,5; 2,6)    | 0,2<br>(0,1; 0,3)    | -0,2<br>(-0,7; 0,2)  | 0,3364        |
|  | 15-16 años | 2,5<br>(2,1; 2,9)    | 2,2<br>(1,8; 2,6)    | -0,3<br>(-0,8; 0,2)  | 2,1<br>(2,0; 2,2)    | 2,2<br>(2,1; 2,3)    | 0,3<br>(0,2; 0,4)    | -0,6<br>(-1,1; -0,1) | 0,0279        |
|  | 17-18 años | 2,0<br>(1,8; 2,2)    | 2,6<br>(2,3; 2,9)    | 0,4<br>(0,1; 0,8)    | 1,9<br>(1,8; 2,0)    | 2,3<br>(2,2; 2,4)    | 0,4<br>(0,3; 0,5)    | 0,0<br>(-0,4; 0,4)   | 0,8735        |

**Tabla 9.** Tasa de IVE en mujeres de 15 a 19 años en Asturias y España (x 1.000 mujeres)

| Año                 | Asturias  |             |       | España    |             |       |
|---------------------|-----------|-------------|-------|-----------|-------------|-------|
|                     | Españolas | Extranjeras | Total | Españolas | Extranjeras | Total |
| <b>2011</b>         | 11,4      | 57,1        | 14,4  | 10,5      | 30,4        | 12,8  |
| <b>2012</b>         | 11,7      | 56,2        | 14,8  | 9,9       | 29,6        | 12,2  |
| <b>2013</b>         | 10,0      | 49,0        | 12,7  | 9,1       | 30,1        | 11,4  |
| <b>2014</b>         | 9,0       | 60,4        | 12,2  | 7,4       | 25,9        | 9,3   |
| <b>2015</b>         | 9,8       | 76,0        | 13,6  | 7,1       | 26,1        | 8,9   |
| <b>2016</b>         | 7,5       | 66,3        | 10,8  | 7,0       | 24,4        | 8,5   |
| <b>Diferencia %</b> | -34,2     | 16,1        | -24,9 | -33,6     | -19,7       | -33,5 |

**Tabla 10.** Tasa de VIH, gonorrea y sífilis en jóvenes de 15 a 19 años en Asturias y en España (x 100.000)

| Año                          | Asturias |          |         | España             |                     |                    |
|------------------------------|----------|----------|---------|--------------------|---------------------|--------------------|
|                              | VIH      | Gonorrea | Sífilis | VIH                | Gonorrea            | Sífilis            |
| <b>2011</b>                  | 2,6      | 2,6      | 5,2     | 3,7                | ND                  | ND                 |
| <b>2012</b>                  | 2,6      | 5,3      | 7,9     | 3,4                | ND                  | ND                 |
| <b>2013</b>                  | 2,7      | 18,9     | 0       | 4,4                | ND                  | ND                 |
| <b>2014</b>                  | 2,7      | 16,3     | 8,1     | 3,8                | 11,7                | 4,2                |
| <b>2015</b>                  | 0        | 10,8     | 0       | 4,0                | 16,4                | 3,7                |
| <b>2016</b>                  | 2,6      | 13,4     | 5,4     | 3,4 <sup>(*)</sup> | 20,3 <sup>(*)</sup> | 4,1 <sup>(*)</sup> |
| <b>Diferencia % con 2011</b> | 0,0      | 415,4    | 3,8     | -8,1               | ND                  | ND                 |
| <b>Diferencia % con 2014</b> | -3,7     | -17,8    | -33,3   | -10,5              | 73,5                | -2,4               |

ND: No disponible.  
 (\*) No corregido por retraso en la notificación.

### Infecciones de Transmisión Sexual (tabla 10)

En Asturias, las tasas de VIH, gonorrea y sífilis descendieron, en el periodo 2014-2016, un 4%, un 18% y un 33%, respectivamente. En España, bajó la tasa de VIH (-11%) y la de sífilis (-2%), mientras que la de gonorrea aumentó (+74%).

Si se toma el 2011 como año inicial para la comparación, las tasas se mantuvieron o aumentaron en Asturias (más de un 400% la de gonorrea) mientras que en España, la tasa de VIH (única disponible para la comparación) descendió un 8% (pendiente de retraso en la notificación).

### Violencia de género (tabla 11)

La tasa de mujeres menores de 25 años en situación de violencia de género (con orden de protección o medidas cautelares) descendió en Asturias, de 0,93 por cada 1.000 mujeres en 2011 a 0,85 en 2016 (descenso del 9%), y también en España, de 1,00 por cada 1.000 mujeres a 0,86 (descenso del 14%).

**Tabla 11.** Número de mujeres menores de 25 años víctimas de violencia de género con orden de protección o medidas cautelares y tasa por 1.000

| Año          | Asturias |      | España |       |
|--------------|----------|------|--------|-------|
|              | n        | Tasa | n      | Tasa  |
| 2011         | 92       | 0,93 | 5741   | 1,00  |
| 2012         | 59       | 0,61 | 5019   | 0,88  |
| 2013         | 56       | 0,58 | 4541   | 0,80  |
| 2014         | 56       | 0,59 | 4512   | 0,80  |
| 2015         | 61       | 0,65 | 4639   | 0,83  |
| 2016         | 79       | 0,85 | 4803   | 0,86  |
| Diferencia % | -        | -9,1 | -      | -13,9 |

## DISCUSIÓN

Los datos muestran, en términos generales, que entre 2006 y 2014 hay un aumento de las prácticas sexuales con penetración en la adolescencia, acompañado de un descenso del uso del preservativo y un aumento del uso de la píldora anticonceptiva. Como resultado, las tasas de las ITS analizadas se mantienen o aumentan en Asturias desde 2011 y en España desde 2014, con un repunte importante de la gonorrea y un moderado descenso del VIH. Esto probablemente no será así cuando se corrija debido al retraso en la notificación. Paralelamente, la tasa de IVE desciende tanto en Asturias como en España. Por último, la tasa de jóvenes víctimas de violencia de género desciende en Asturias y en España.

En relación a la conducta sexual, los datos parecen consistentes al compararlos con otro estudio de referencia, el **“Informe Juventud”**<sup>28,29</sup>. Este estudio, realizado periódicamente, detectó también, entre 2008 y 2016, un aumento de las prácticas sexuales con penetración, un descenso del uso del preservativo en la última relación, un aumento del uso de la píldora anticonceptiva y un descenso en la edad de la primera relación sexual con penetración.

Asimismo, las conductas estudiadas son coherentes con los otros resultados recogidos: descenso de la tasa de IVE (quizá vinculado al mayor consumo de la píldora anticonceptiva) y aumento de las ITS (que podría ser debido al menor uso del preservativo).

En relación a la IVE, las tasas de 2016 son de 10,8 en Asturias y de 8,5 en España, cifras inferiores a las de otros países como Dinamarca, Finlandia, Francia, Noruega o Suecia<sup>30</sup>. No parecen alarmantes, por tanto, al compararlas con el entorno, pero sí lo son en términos de salud pública.

A pesar del descenso de la tasa de IVE en mujeres de nacionalidad española (con una caída tanto en Asturias como en España superior al 30%), la evolución en la población inmigrante es diferente, con un descenso más moderado en España y un aumento en Asturias. En ambos casos, y sobre todo en Asturias, las tasas de aborto en estas mujeres son muy altas y exigen una profunda reflexión (acompañada de medidas urgentes) sobre la vulnerabilidad de las mujeres en general, y de las inmigrantes en particular. Hay que

tener en cuenta que estos abortos se producen también en menores y, por lo tanto, habría que garantizar los derechos de estas chicas (menores y adultas) para que no se produzcan casos de abuso ni de trata.

Sobre las ITS, el aumento de las tasas en la adolescencia es muy preocupante y evidencian una inadecuada protección frente a las mismas, lo que debería provocar también una alerta en salud pública. Cabe reflexionar sobre qué está pasando para que la juventud se exponga más al riesgo y, como consecuencia, padezca más enfermedades. Alguno de los factores que pueden contribuir a esta situación son la ausencia de educación sexual universal y de calidad en las escuelas<sup>9,10,19-21</sup>, los estereotipos de género tan marcados que existen entre la juventud<sup>31-33</sup> o el acceso a Internet, las redes sociales y la pornografía como fuentes de información sexual<sup>32,34,35</sup>. Hay que tener en cuenta que el *sexting* (intercambio de textos y/o imágenes de contenido sexual), el uso de páginas de contactos o los contenidos pornográficos, los cuales transmiten una idea machista, heteronormativa y coito centrista de la sexualidad, están relacionados con un aumento de las prácticas sin protección<sup>32,35-38</sup>.

Junto con esta realidad tan preocupante, la violencia de género sigue presente en la adolescencia y, a pesar del descenso de la tasa de mujeres víctimas, es inadmisibile que se sigan produciendo estas situaciones y no se adopten medidas concretas, integrales, efectivas y universales.

En el análisis comparativo, la juventud de Asturias declara conductas más seguras en el uso del preservativo, lo que debería traducirse en menos ITS, hecho confirmado con los datos recogidos en el periodo comparado (2014-16) frente a un aumento en España (que probablemente sea aún mayor cuando se corrija el retraso en la notificación). No obstante, estos datos requieren de una mayor consistencia temporal, dado los pocos años objeto de comparación.

En relación a la violencia de género, la tasa de mujeres víctimas de violencia es similar en ambos territorios en 2016, con un descenso ligeramente superior en España.

Como conclusión, se puede considerar que la población adolescente asturiana, que cuenta con una intervención de amplia cobertura, evoluciona de forma más positiva en los años analizados en la mayoría de indicadores. Esta interpretación hay que tomarla con

prudencia, dada la variabilidad de los datos año a año, y no puede asociarse a la existencia de un programa de educación sexual. Si bien es cierto que este programa cuenta con una cobertura considerable<sup>22</sup>, no parece poder explicar por sí solo estas diferencias, aunque sí puede contribuir a esas conductas más seguras detectadas en los adolescentes asturianos (como un mayor uso del preservativo, de la píldora anticonceptiva y a menos prácticas sin métodos anticonceptivos). Se refuerza, además, con el hecho de que los adolescentes asturianos más jóvenes (entre 15 y 16 años) evolucionan de forma más positiva que los españoles en todos los indicadores de conducta sexual (con diferencias significativas en alguno de ellos). Esta población está más expuesta al programa **NONP**, debido al aumento anual de su cobertura<sup>22</sup>.

Sin embargo, pretender establecer asociaciones no es el objetivo de este estudio, que además cuenta con varias limitaciones. En primer lugar, los indicadores utilizados son escasos y no reflejan de forma completa la salud sexual. En este sentido, caben dos reflexiones. Por un lado, la dificultad para recopilar datos, que no se publican o se hace de forma parcial (con retrasos, sin desglosar por edades, sexo, etc.). Por ejemplo, los delitos de odio por orientación sexual podrían haber sido indicadores de este estudio, pero no se encontraron datos desglosados por tramos de edad ni por sexo. Por otro lado, está la ausencia de indicadores de salud sexual basados en una visión positiva de la sexualidad, estudiándose sobre todo cuestiones relacionadas con riesgos (desde el aspecto biológico) y con delitos (desde el aspecto ilegal). Se olvidan así aspectos que tienen que ver con la satisfacción de la vida sexual, con las conductas que visibilicen la igualdad o el respeto a la diversidad sexual, o con las prácticas placenteras y diversas. Sería interesante, en esta línea, repensar cómo estudiar la salud sexual y establecer acuerdos interdisciplinarios para lograr unos indicadores más integrales y ajustados a las vivencias (también a las positivas) y a las diferentes orientaciones e identidades, no solo a las binarias (hombre/mujer).

La información recogida, como ya se planteó, muestra una situación de alerta en relación a la salud sexual de los adolescentes, tanto asturianos como españoles. Las autoridades competentes deben plantearse qué educación sexual se está impartiendo y cómo es el acceso a los métodos anticonceptivos, ya que estas dos intervenciones combinadas son prioritarias (y urgentes) para prevenir, de forma efectiva, los embarazos

no deseados y las ITS<sup>5,16,17,39</sup>. En este sentido, una educación sexual universal, con perspectiva de derechos humanos y de género, así como el acceso universal a los servicios sanitarios integrales de atención sexual, son las principales recomendaciones para avanzar hacia una sociedad con bienestar y equidad, así como hacia la consecución de los **ODS**<sup>5,6,39-45</sup>. A nivel práctico, urge la incorporación de la educación sexual como materia oficial o como parte significativa de una asignatura en la escuela<sup>2,40-44</sup> (tal y como se realiza en algunos países, alcanzando resultados positivos<sup>41,44,45</sup>), vinculada además a políticas preventivas de cualquier forma de violencia machista y homófoba<sup>5,42,43,45-47</sup>. En el ámbito sanitario, se debe garantizar el acceso universal a la planificación familiar, a los métodos anticonceptivos y a la educación sexual, mediante su incorporación en las consultas de medicina y enfermería, así como la implantación de protocolos para la prevención y actuación frente a cualquier tipo de violencia<sup>5,16,17,42,47</sup>. En esta línea, el acceso a servicios de salud amigables para jóvenes<sup>48</sup> y la distribución de preservativos (con nuevos materiales y diseños atractivos que aumenten su aceptación) son algunas de las acciones recomendadas<sup>43</sup>. Por último, como también se apuntó anteriormente, los abortos en menores, sobre todo si son de repetición, exigen la puesta en marcha de protocolos coordinados con los servicios sociales para detectar posibles casos de abuso y de trata.

Solo a través de estas medidas se podrá garantizar que la adolescencia pueda ejercer sus derechos sexuales y, por tanto, disfrutar de una vida sexual placentera y saludable, libre de desigualdades, coerciones y violencias.

## REFERENCIAS

1. World Health Organization. Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health. Geneva: WHO; 2006. Disponible en [consultado el 19/07/2019]:

[https://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual\\_health/defining\\_sexual\\_health.pdf](https://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf).

2. Organización Panamericana de la Salud & Organización Mundial de la Salud. Promoción de la salud sexual: Recomendaciones para la acción. Guatemala: OPS; 2000. Disponible en [consultado el 19/07/2019]:

[https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=397:2008-promotion-sexual-health-recommendations-action&Itemid=1574&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=397:2008-promotion-sexual-health-recommendations-action&Itemid=1574&lang=es) .

3. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. International technical guidance on sexuality education, Volumes 1 and 2. Paris: UNESCO; 2009. Disponible en [consultado el 19/07/2019]:

<https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000183281> .

4. Starrs AM, Ezeh AC, Barker G et al. Accelerate progress—sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher-Lancet Commission. Lancet. 2018;391:2642–92. Disponible en [consultado el 19/07/2019]:

<http://www.thelancet.com/commissions/sexual-and-reproductive-health-and-rights> .

5. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, Secretaría de ONUSIDA, Fondo de Población de las Naciones Unidas, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, ONU Mujeres y Organización Mundial de la Salud. Orientaciones técnicas internacionales sobre educación en sexualidad: un enfoque basado en la evidencia. París: UNESCO; 2018. Disponible en [consultado el 19/07/2019]:

<https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000265335> .

6. United Nations. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. Resolution adopted by the General Assembly on 25 September 2015. New York, NY: NU; 2015. Disponible en [consultado el 19/07/2019]:

<https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld>.

7. Boletín Oficial del Estado. Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. BOE, núm. 55, 4 de marzo de 2010. Disponible en [consultado el 19/07/2019]:

<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2010-3514>.

8. Gobierno de España. Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011. Disponible en [consultado el 19/07/2019]:

<https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ENSSR.pdf>.

9. Larrañaga I, Martín U, Bacigalupe A. Salud sexual y reproductiva, y crisis económica en España. Informe SESPAS 2014. Gac Sanit. 2014;28:109–15. Disponible en [consultado el 19/07/2019]: <http://gacetasanitaria.org/es-pdf-S0213911114000880>.

10. García Y, Aguilera EM, Reyero M et al, coordinadores. Deficiencias e inequidad en los servicios de salud sexual y reproductiva en España. Madrid: Alianza por la Solidaridad y otros; 2016. 76 p. Disponible en [consultado el 19/07/2019]:

<http://www.felgtb.org/rs/7262/84bd1f8d-134d-42a0-a8ee-cd688d29aaa2/e1e/filename/informesalud-sexual-y-reproductiva.pdf>.

11. Centro de Publicaciones. Resumen ejecutivo de la Encuesta Nacional de Salud Sexual 2009. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010. Disponible en [consultado el 19/07/2019]:

[https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/EncuestaNacionalSaludSexual2009/resumenEjecutivoEncuestaSaludSexual\\_2009.pdf](https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/EncuestaNacionalSaludSexual2009/resumenEjecutivoEncuestaSaludSexual_2009.pdf).

12. Área de Vigilancia de VIH y Comportamientos de Riesgo. Vigilancia Epidemiológica del VIH y sida en España 2017: Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH y Registro Nacional de Casos de Sida. Madrid: Plan Nacional sobre el Sida - D.G. de Salud Pública, Calidad e Innovación / Centro Nacional de Epidemiología - ISCIII; 2018. Disponible en [consultado el 19/07/2019]:

[https://www.msbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/doc/InformeVIH\\_SIDA\\_2018\\_21112018.pdf](https://www.msbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/doc/InformeVIH_SIDA_2018_21112018.pdf).

13. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social®: Interrupciones Voluntarias del Embarazo [Internet]. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social; [consultado el 19/07/2019]. Disponible en:

<https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/>.

14. Ministerio de la Presidencia, Relaciones con las Cortes e Igualdad: X Informe Anual del Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer [Internet]. Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer; [consultado el 19/07/2019]. Disponible en:

[http://www.violenciagenero.igualdad.mpr.gob.es/violenciaEnCifras/observatorio/informesAnuales/informes/X\\_Informe2016\\_Capitulos.htm](http://www.violenciagenero.igualdad.mpr.gob.es/violenciaEnCifras/observatorio/informesAnuales/informes/X_Informe2016_Capitulos.htm).

15. Kirby D. The impact of sex education on the sexual behaviour of young people. Population Division Expert Paper No. 2011/12. New York, NY: United Nations Department of Economic and Social Affairs; 2011. Disponible en [consultado el 19/07/2019]:

[https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/expert/2011-12\\_Kirby\\_Expert-Paper.pdf](https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/expert/2011-12_Kirby_Expert-Paper.pdf) .

16. Goesling B, Colman S, Trenholm C et al. Programs to reduce teen pregnancy, sexually transmitted infections, and associated sexual risk behaviors: a systematic review. J Adolesc Health. 2014;54:499–507.

17. Oringanje C, Meremikwu MM, Eko H et al. Interventions for preventing unintended pregnancies among adolescents. Cochrane Database Syst Rev. 2016;2. Art. Nº:CD005215. Disponible en [consultado el 19/07/2019]:

<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD005215.pub3/epdf/full>.

18. Breuner CC, Mattson G, AAP COMMITTEE ON ADOLESCENCE et al. Sexuality Education for Children and Adolescents. Pediatrics. 2016;138(2):e20161348. Disponible en [consultado el 19/07/2019]:

<https://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/138/2/e20161348.full.pdf>.

19. Lameiras M, Carrera MV, Rodríguez Y. Caso abierto: la educación sexual en España, una asignatura pendiente. En: Gavidia V, coordinador. Los ocho ámbitos de la Educación para la Salud en la Escuela. Valencia: Tirant Humanidades; 2016. p. 197–210. Disponible en [consultado el 19/07/2019]:

[https://www.uv.es/comsal/pdf/librocomsal.pdf? sm au =iVVjJmZ0J76TNJD.](https://www.uv.es/comsal/pdf/librocomsal.pdf?sm%20au%3DvVjJmZ0J76TNJD)

20. Martínez JL, Carcedo RJ, Fuertes A et al. Sex education in Spain: Teacher's views obstacles. *Sex Education: Sexuality, Society and Learning*. 2012;12:425–36.

21. García-Cabeza B, Sánchez Bello A. Sex education representations in Spanish combined biology and geology textbooks. *Int J Science Education*. 2013;35:1725–55.

22. Gobierno del Principado de Asturias: Astursalud. Ni ogros ni princesas [Internet]. Consejería de Sanidad del Principado de Asturias; [consultado el 19/07/2019]. Disponible en:

[https://www.astursalud.es/noticias/-/noticias/ni-ogros-ni-princesas.](https://www.astursalud.es/noticias/-/noticias/ni-ogros-ni-princesas)

23. IPPF European Network. Barómetro del acceso de las mujeres a la libre elección de anticonceptivos modernos en 16 países. Madrid: Federación de Planificación Familiar de España; 2016. Disponible en [consultado el 19/07/2019]: [http://www.fpfe.org/wp-content/uploads/2015/09/Baro leaflet ES web v3.pdf](http://www.fpfe.org/wp-content/uploads/2015/09/Baro_leaflet_ES_web_v3.pdf).

24. HBCS, Universidad de Sevilla, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad: HBCS España [Internet]; [consultado el 19/07/2019]. Disponible en:

[https://www.hbsc.es/informes.](https://www.hbsc.es/informes)

25. Instituto de Salud Carlos III: Enfermedades de Declaración Obligatoria. Informes Anuales [Internet]. Gobierno de España: Ministerio de Economía, Industria y Competitividad; [consultado el 19/07/2019]. Disponible en:

[http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-enfermedades/enfermedades-declaracion-obligatoria-informes-anuales.shtml.](http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-enfermedades/enfermedades-declaracion-obligatoria-informes-anuales.shtml)

26. INE: INEbase. Sociedad. Seguridad y justicia. Estadística de violencia doméstica y violencia de género [Internet]. Instituto Nacional de Estadística; [consultado el 19/07/2019]. Disponible en:

[http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica\\_C&cid=1254736176866&menu=resultados&idp=1254735573206.](http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176866&menu=resultados&idp=1254735573206)

27. INE: INEbase. Demografía y población. Fenómenos demográficos [Internet]. Instituto Nacional de Estadística; [consultado el 19/07/2019]. Disponible en:

[http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/categoria.htm?c=Estadistica\\_P&cid=1254735573002.](http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/categoria.htm?c=Estadistica_P&cid=1254735573002)

28. Moreno A, Rodríguez E. Informe Juventud en España 2012. Madrid: Instituto de la Juventud; 2013. Disponible en [consultado el 19/07/2019]:  
[http://www.injuve.es/sites/default/files/IJE2012\\_0.pdf](http://www.injuve.es/sites/default/files/IJE2012_0.pdf).
29. Dorado J, director. Informe Juventud 2016. Madrid: Instituto de la Juventud; 2017. Disponible en [consultado el 19/07/2019]:  
<http://www.injuve.es/sites/default/files/2017/24/publicaciones/informe-juventud-2016.pdf>.
30. Sedgh G, Finer LB, Bankole A et al. Adolescent pregnancy, birth, and abortion rates across countries: levels and recent trends. *J Adolesc Health*. 2015;56:223–30.
31. Megías I, Rodríguez E, Méndez S et al. Jóvenes y sexo: el estereotipo que obliga y el rito que identifica. Madrid: Instituto de la Juventud; 2005. 208 p. Disponible en [consultado el 19/07/2019]: [http://www.injuve.es/sites/default/files/jovenes\\_ysexo.pdf](http://www.injuve.es/sites/default/files/jovenes_ysexo.pdf).
32. Folch C, Álvarez JL, Casabona J et al. Determinantes de las conductas sexuales de riesgo en jóvenes de Cataluña. *Rev Esp Salud Pública*. 2015;89:471–85. Disponible en [consultado el 19/07/2019]:  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1135-57272015000500005](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1135-57272015000500005).
33. Brown CS, Stone EA. Gender stereotypes and discrimination: how sexism impacts development. *Adv Child Dev Behav*. 2016;50:105–33.
34. Strasburger VC. Adolescents, sex, and the media. *Adolesc Med State Art Rev*. 2012; 23:15–33.
35. Vandebosch L, van Oosten JMF. Explaining the relationship between sexually explicit internet material and casual sex: a two-step mediation model. *Arch Sex Behav*. 2018;47:1465–80.
36. Buhi ER, Klinkenberger N, McFarlane Met al. Evaluating the Internet as a sexually transmitted disease risk environment for teens: findings from the communication, health, and teens study. *Sex Transm Dis*. 2013;40:528–33. Disponible en [consultado el 19/07/2019]:  
[https://journals.lww.com/stdjournal/fulltext/2013/07000/Evaluating\\_the\\_Internet\\_as\\_a\\_Sexually\\_Transmitted.3.aspx#pdf-link](https://journals.lww.com/stdjournal/fulltext/2013/07000/Evaluating_the_Internet_as_a_Sexually_Transmitted.3.aspx#pdf-link).

37. Horvath MAH, Alys L, Massey K et al. Basically... porn is everywhere: a rapid evidence assessment on the effects that access and exposure to pornography has on children and young people. London: Middlesex University, Office of the Children's Commissioner for England; 2013. Disponible en [consultado el 19/07/2019]: <https://eprints.mdx.ac.uk/10692/>.

38. Klettke B, Hallford D, Mellor D. Sexting prevalence and correlates: A systematic literature review. Clin Psychol Rev. 2015;34:44–53.

39. Mason-Jones AJ, Sinclair D, Mathews C, et al. School-based interventions for preventing HIV, sexually transmitted infections, and pregnancy in adolescents. Cochrane Database Syst Rev. 2016;11. Art. Nº:CD006417. Disponible en [consultado el 19/07/2019]: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006417.pub3/epdf/full>.

40. WHO Regional Office for Europe & BZgA. Standards for Sexuality Education in Europe: A Framework for Policy Makers, Educational and Health Authorities and Specialists. Cologne: Federal Centre for Health Education, BZgA; 2010. Disponible en [consultado el 19/07/2019]:

[https://www.bzga-whocc.de/fileadmin/user\\_upload/WHO\\_BZgA\\_Standards\\_English.pdf](https://www.bzga-whocc.de/fileadmin/user_upload/WHO_BZgA_Standards_English.pdf).

41. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. UNESCO's Strategy On Education For Health And Well-Being – Contributing To The Sustainable Development Goals. Paris: UNESCO; 2015. Disponible en [consultado el 19/07/2019]:

<https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000246453>.

42. Todas las mujeres, todos los niños. La Estrategia Mundial para la salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030). Objetivos de Desarrollo Sostenible; 2015. Disponible en [consultado el 19/07/2019]:

[https://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/women-deliver-global-strategy/es/](https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/women-deliver-global-strategy/es/).

43. World Health Organization. Estrategia Mundial del Sector de la Salud contra las Infecciones de Transmisión Sexual 2016-2021. Hacia el fin de las ITS. Geneva: WHO; 2016. Disponible en [consultado el 19/07/2019]:

<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/ghss-stis/es/>.

44. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. Effectiveness Analysis of School-Based Sexuality Education Programmes in Six Countries. Paris: UNESCO; 2011. Disponible en [consultado el 19/07/2019]:

<https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000211604>.

45. Haberland N, Rogow D. Sexuality Education: Emerging trends in evidence and practice. *J Adolesc Health*. 2015;56 (Supl 1):15–21.

46. Lundgren R, Amin A. Addressing intimate partner violence and sexual violence among adolescents: Emerging evidence of effectiveness. *J Adolesc Health*. 2015;56 (Supl 1):42–50.

47. Miller E. Reclaiming gender and power in sexual violence prevention in adolescence. *Violence Against Women*. 2018;24:1785–93.

48. Denno D, Hoopes A, Chandra-Mouli V. Effective Strategies to Provide Adolescent Sexual and Reproductive Health Services and to Increase Demand and Community Support. *J Adolesc Health*. 2015;56 (Supl 1):22–41.

## **CAPÍTULO 6**

---

### **DISCUSIÓN DE RESULTADOS**

## DISCUSIÓN GENERAL

La presente tesis doctoral pretende contribuir a conocer cómo es la educación sexual de la población adolescente asturiana y analizar su influencia en el estado de salud sexual de dicha población. Para ello, se estudiaron las fuentes de educación sexual de la adolescencia asturiana, se evaluó el impacto en conocimientos, actitudes, habilidades y conductas de una intervención de educación sexual y, por último, se analizó la situación de la salud sexual de la población adolescente asturiana y se comparó con la de la población adolescente española. Los resultados correspondientes se presentan en el capítulo anterior, con estructura de literatura científica, y por lo tanto también se discuten en detalle en el apartado correspondiente. De este modo, la presente discusión recogerá los aspectos más relevantes del análisis de los resultados de esta investigación.

En relación a las fuentes de educación sexual, se constata que, durante la adolescencia, las más frecuentes son las amistades, Internet/televisión y la escuela. La madre también es una fuente frecuente para las chicas y se confirma, con este dato y otros, las diferencias entre chicas y chicos sobre sus fuentes de información sexual. Una de las más llamativas es el rol de la familia en la educación sexual: hay un claro protagonismo de la madre con las chicas y un papel compartido con el padre con los chicos. Asimismo, la escuela fue una fuente de información sexual más frecuente para las chicas que para los chicos y ellas también se informaron más con revistas/libros y con personal sanitario, mientras que ellos lo hicieron con Internet/televisión.

Estos datos son similares a los recogidos por otros estudios en España y Asturias<sup>120-125</sup>, pero con una diferencia muy relevante (tabla 12): Internet/televisión se configura como referencia para la educación sexual de la adolescencia. De este modo, Internet/televisión fue utilizado por un tercio de los chicos a los 12-13 años (el mismo porcentaje que la escuela y superior al de la familia) y más del 10% de las chicas; seis años después, a los 17-18 años, estos porcentajes subieron al 72% de chicos (fuente más frecuente) y al 57% de las chicas (tercera fuente, tras amistades y escuela).

**Tabla 12.** Porcentaje de fuente de información de educación sexual en varios estudios

|                            | ESS<br>2003 <sup>119</sup> | Varela, 2010 <sup>122</sup> |             | IJ<br>2012 <sup>123</sup> | Serrano,<br>2012 <sup>124</sup> |           | Asturias,<br>2016* |             |
|----------------------------|----------------------------|-----------------------------|-------------|---------------------------|---------------------------------|-----------|--------------------|-------------|
| Edad (años)                | 18-29                      | 13- 21                      |             | 15-29                     | 15-24                           |           | 17-18              |             |
|                            | TOTAL                      | Chicas                      | Chicos      | TOTAL                     | Chicas                          | Chicos    | Chicas             | Chicos      |
| Madre                      | --                         | --                          | --          | 19,6                      | --                              | --        | 49,5               | 30,4        |
| Padre                      | --                         | --                          | --          | 6,9                       | --                              | --        | 20,0               | 32,0        |
| Hermanas/os                | --                         | --                          | --          | 3,8                       | --                              | --        | 25,3               | 22,1        |
| Familia                    | 16,9                       | 57,6                        | 44,4        | --                        | 28                              | 36        | --                 | --          |
| Amistades                  |                            |                             |             | 24,4                      | 59                              | 60        | 74,2               | 71,3        |
| Hermanas/os<br>y amistades | 38,3                       | --                          | --          | --                        | --                              | --        | --                 | --          |
| Escuela                    |                            | 3,6                         | 13,8        | 24,2                      | 35                              | 42        | 62,1               | 56,9        |
| Pareja                     | 15,4                       | --                          | --          | 2,6                       | --                              | --        | 35,8               | 23,2        |
| Personal<br>sanitario      | 13,6                       | --                          | --          | --                        | 7                               | 40        | 33,7               | 22,7        |
| Internet/TV                | --                         | --                          | --          | --                        | --                              | --        | <b>56,8</b>        | <b>72,4</b> |
| Internet                   | --                         | <b>30,8</b>                 | <b>15,3</b> | <b>4,9</b>                | <b>41</b>                       | <b>30</b> | --                 | --          |
| Medios                     | 10,6                       | --                          | --          | 6,2                       | 58                              | 58        | --                 | --          |

\*Datos procedentes de esta tesis

Fuente: Elaboración propia, a partir de estudios citados.

Otro resultado llamativo de esta investigación es la baja utilidad declarada, tanto por chicas como por chicos, sobre sus fuentes de educación. Ninguna superó el 25% de aceptación, salvo Internet/televisión en los chicos más mayores (32%). Estos porcentajes fueron inferiores a los de estudios previos<sup>120-125</sup>, a pesar de que las fuentes consideradas más útiles sí que fueron similares a las de estos estudios: amistades, familia y escuela. Cabe destacar, no obstante, que en el alumnado más mayor (2º Bachillerato), junto al auge de Internet/televisión, hay una caída de la utilidad percibida de la escuela (11% de las chicas y 5% de los chicos) y también del personal sanitario.

A tenor de estos datos, habría que preguntarse, tras constatar que Internet/televisión se consolida como referencia en la educación sexual de la adolescencia, por qué la escuela pierde protagonismo y cae su utilidad percibida. Una posible respuesta es la escasa implementación de la educación sexual en las escuelas, sin tiempo ni espacio en el currículo, basada en la voluntariedad de docentes y sanitarios implicados en este tema<sup>9,100,139</sup>.

En este sentido, **NONP**<sup>136</sup> es un programa de educación sexual, implementado de forma voluntaria por los centros educativos en Asturias, que se ha convertido en una referencia en España como modelo de buenas prácticas, reconocido así por el Ministerio de Sanidad en 2018. Su larga trayectoria (se inició en 2008) y su amplia cobertura (más del 50% de la red pública)<sup>140</sup> lo convierten en una intervención de educación sexual susceptible de investigación, para conocer su impacto en conocimientos, actitudes, habilidades y conducta sexual de la adolescencia asturiana. El estudio de estas variables se llevó a cabo en 1º ESO (antes del inicio del programa), en 4º ESO (cuando el programa terminó) y a medio plazo, dos años después, en 2º Bachillerato.

Los resultados muestran que, tal y como se esperaba, hubo un mayor aumento de conocimientos en el alumnado que participó en esta intervención de educación sexual que en aquel que no lo hizo. Este mayor aumento de conocimientos ocurrió tanto al finalizar la intervención como dos años después, pero solo fue significativo en el caso de las chicas. Lo mismo ocurrió en las habilidades, donde se constató un mayor aumento en el grupo de la intervención al finalizar la misma, gracias a las chicas, aunque estas diferencias desaparecieron a medio plazo. No se detectaron diferencias en las actitudes, que evolucionaron positivamente en ambos grupos, pero sin diferencias por grupo ni por sexo.

Por último, sobre la conducta sexual, las chicas del grupo intervención declararon menos prácticas con penetración que las del otro grupo, tanto al finalizar la intervención como dos años después. Hubo también mayor uso del condón la primera vez que tuvieron estas prácticas tanto en chicas como en chicos, aunque solo fueron significativas al finalizar la intervención. Sobre el uso del condón en la última práctica, las diferencias solo fueron significativas para las chicas a medio plazo, esto es, dos años después de la intervención.

Hay que apuntar que estos resultados son consistentes con los de otros estudios realizados con intervenciones de educación sexual en España<sup>142-144</sup>, que mostraron efectos en conocimientos, habilidades y, en ocasiones, en conducta sexual.

Asimismo, los datos de conducta sexual de nuestra investigación también fueron consistentes con otro importante estudio realizado en población adolescente asturiana: **HBSC**<sup>145</sup>, un estudio internacional, con muestra por país y por comunidad autónoma.

Por tanto, se puede afirmar la educación sexual ofrecida por el programa **NONP** tuvo impacto positivo en conocimientos, habilidades y conducta sexual, aunque este impacto fue limitado y sobre todo en las chicas.

Por último, se analiza la evolución de la salud sexual de la población asturiana, y se compara con la española, con datos procedentes de diferentes fuentes oficiales. Estos datos muestran, en términos generales, que tanto en Asturias como en España se produjo un aumento de las prácticas con penetración en la adolescencia, acompañado de un descenso del uso del preservativo y un aumento del uso de la píldora anticonceptiva entre 2006 y 2014. En el análisis comparativo entre la adolescencia asturiana y la española, la juventud de Asturias declaró conductas más seguras en el uso del preservativo que la de España, lo que debería traducirse en menos ITS, hecho que se confirmó con un descenso de las tasas asturianas en el periodo de comparación (2014-16) frente a un aumento en España (que probablemente sea aún mayor cuando se corrija el retraso en la notificación). Estas cifras requieren, no obstante, de una mayor consistencia temporal, dado los pocos años objeto de comparación.

Paralelamente, la tasa de IVE bajó tanto en Asturias como en España entre 2011 y 2016 (25% y 34%, respectivamente). Este descenso ocurrió en mujeres de nacionalidad española (con una caída tanto en Asturias como en España superior al 30%), mientras que en mujeres inmigrantes el descenso fue más moderado en España y hubo un aumento en Asturias. Estos datos reflejan una realidad con tasas las tasas de aborto muy altas en mujeres adolescentes inmigrantes que exigen una profunda reflexión (y también acción) sobre la vulnerabilidad de las mujeres, en general, y de las inmigrantes, en particular.

Por último, la tasa de jóvenes víctimas de violencia de género desciende en Asturias y en España. Ambos territorios tienen un tasa similar en 2016, aunque el descenso fue ligeramente superior en España.

Tras el análisis de estos resultados, se puede considerar que la población adolescente asturiana, que cuenta con una intervención de educación sexual de amplia cobertura,

evolució de forma más positiva en los años analizados en la mayoría de indicadores. Sin embargo, la variabilidad de los datos año a año es muy alta y no puede asociarse a la existencia de un programa de educación sexual como **NONP**, aunque esta intervención sí puede contribuir a conductas más seguras en la adolescencia asturiana.

## HIPÓTESIS PLANTEADAS Y SU GRADO DE CUMPLIMIENTO

La siguiente tabla recoge los objetivos, las hipótesis correspondientes y su grado de cumplimiento.

**Tabla 13.** Objetivos con hipótesis y su grado de cumplimiento

| Objetivos e hipótesis correspondiente   | Grado de cumplimiento |
|---|-----------------------|
| <p><b>Objetivo específico 1:</b> Estudiar las fuentes de información y educación sexual de la población adolescente asturiana.</p> <p>⇒ <b>Hipótesis 1:</b> Si el comportamiento de la adolescencia asturiana es similar al de la española, entonces sus fuentes de información y educación sexual más frecuente serán las amistades y los medios.</p>  | <b>TOTAL</b>          |
| <p><b>Objetivo específico 2:</b> Analizar la evolución de las fuentes de información y educación sexual durante la adolescencia en Asturias.</p> <p>⇒ <b>Hipótesis 2:</b> Si el comportamiento de la adolescencia asturiana es similar al de la española, entonces no habrá cambios en sus fuentes de información y educación sexual durante la adolescencia.</p>   | <b>TOTAL</b>          |
| <p><b>Objetivo específico 3:</b> Analizar la evolución de la utilidad percibida de las fuentes de educación sexual en la adolescencia asturiana.</p> <p>⇒ <b>Hipótesis 3:</b> Si el comportamiento de la adolescencia asturiana es similar al de la española, entonces la utilidad percibida de sus fuentes de información y educación sexual será baja (menos del 50% la considerará muy/bastante útil).</p> | <b>TOTAL</b>          |

|  |                            |
|--|----------------------------|
| <p><b>Objetivo específico 4:</b> Medir el impacto en conocimientos relacionados con la sexualidad de una intervención de educación sexual en población adolescente asturiana.</p> <p>⇒ <b>Hipótesis 4:</b> Si la educación sexual se relaciona de forma positiva con los conocimientos sobre sexualidad, entonces el incremento de conocimientos será mayor en la adolescencia asturiana que recibe educación sexual que en la adolescencia asturiana que no recibe educación sexual.</p>                    | <p><b>PARCIAL</b></p>      |
|  |                            |
| <p><b>Objetivo específico 5:</b> Medir el impacto en actitudes relacionadas con la sexualidad de una intervención escolar de educación sexual en población adolescente asturiana.</p> <p>⇒ <b>Hipótesis 5:</b> Si la educación sexual se relaciona de forma positiva con actitudes de respeto e igualdad, entonces el incremento de actitudes de respeto e igualdad será mayor en la adolescencia asturiana que recibe educación sexual que en la adolescencia asturiana que no recibe educación sexual.</p> | <p><b>NO SE CUMPLE</b></p> |
|  |                            |
| <p><b>Objetivo específico 6:</b> Medir el impacto en habilidades relacionadas con la sexualidad de una intervención escolar de educación sexual en población adolescente asturiana.</p> <p>⇒ <b>Hipótesis 6:</b> Si la educación sexual se relaciona de forma positiva con habilidades relacionadas con la sexualidad, entonces el incremento de habilidades será mayor en la adolescencia asturiana que recibe educación sexual que en la adolescencia asturiana que no recibe educación sexual.</p>        | <p><b>PARCIAL</b></p>      |
|  |                            |

|  |                       |
|--|-----------------------|
| <p><b>Objetivo específico 7:</b> Medir el impacto en el uso del condón de una intervención de educación escolar sexual en población adolescente asturiana.</p> <p>⇒ <b>Hipótesis 7:</b> Si la educación sexual se relaciona de forma positiva con el uso del condón, entonces el uso del condón será mayor en la adolescencia asturiana que recibe educación sexual que en la adolescencia asturiana que no recibe educación sexual.</p>                 | <p><b>PARCIAL</b></p> |
| <p><b>Objetivo específico 8:</b> Analizar la evolución de la salud sexual de la adolescencia asturiana, medida en conducta sexual, IVE, ITS y violencia de género, en la última década.</p> <p>⇒ <b>Hipótesis 8:</b> Si la educación sexual se relaciona de forma positiva con la salud sexual, entonces el aumento de la educación sexual en la adolescencia asturiana se acompañará de una mejora de la salud sexual de la adolescencia asturiana.</p> | <p><b>PARCIAL</b></p> |
| <p><b>Objetivo específico 9:</b> Comparar la evolución de la salud sexual de la adolescencia asturiana en relación a la española, medida en conducta sexual, IVE, ITS y violencia de género, en la última década.</p> <p>⇒ <b>Hipótesis 9:</b> Si la educación sexual se relaciona de forma positiva con la salud sexual, entonces la salud sexual de la adolescencia asturiana evolucionará mejor que el de la adolescencia española.</p>               | <p><b>PARCIAL</b></p> |

## **CAPÍTULO 7**

---

### **CONCLUSIONS**

## GENERAL CONCLUSIONS

---

The general objective of the work presented in this doctoral thesis was to analyse the influence of a sexuality education intervention received by Asturian adolescents on their sexual health. The aims were to recognize main sources of sexuality education for Asturian adolescents; and to evaluate the impact of a sexuality education intervention on knowledge, attitudes and skills related to sexuality, as facilitating elements for the acquisition of safe and responsible sexual behaviour, with the further aim to improve their sexual health.

Our main findings allow us to conclude that:

1. The main sources of sexuality education are friends, Internet/television and school, and the perceived usefulness of all of them is low.
2. The impact of a sexuality education intervention (NONP) has positive effects on sexual knowledge, attitudes, and behaviour, especially for girls.
3. Sexual health of the Asturian adolescents who had received a sexuality education intervention of wide coverage, has evolved in a more positive way than Spanish adolescents in recent years, but these results must be confirmed with a longer follow-up.

One of the most interesting findings, given that follow-up studies are not usually carried out, is the confirmation that sources of sexuality education are maintained during adolescence without major changes, the perceived usefulness of these sources is low, and Internet/television becomes an important reference for sexuality education during adolescence, together with friends, and school. Likewise, there are differences between girls and boys in relation to sources of information consulted.

At the same time, a sexuality education intervention, such as NONP, showed positive effects on knowledge, attitudes, and sexual behaviour of the students who participated in this programme and, especially for girls. There was no impact on attitudes: studied variables evolved positively during adolescence, but without differences between the group that received the intervention and the control group. This result also appears in other studies on sexuality education programmes<sup>14,144,146,147</sup> and could be due to the

limited influence of schools in an environment dominated by new technologies and the media, with messages that perpetuate gender stereotypes<sup>148</sup>.

Lastly, analysis of sexual health data for adolescents in Asturias, and also in Spain, shows a worrying situation, with a decrease in condom use, increased rates of STIs, and also high rates of abortions, especially among immigrant adolescents. Likewise, gender-based violence is a reality even at these early ages, another urgent issue to be addressed.

For that matter, although these data seem to evolve better in the Asturian population, an intervention such as **NONP** is not sufficient to guarantee the right to sexuality education, nor to improve their sexual health.

Within this pattern, responsible authorities should consider the incorporation of sexuality education as a compulsory subject or as a significant part of a subject in school<sup>10,32,34,35,37,77</sup>, as some countries are presenting positive results<sup>35,36,77</sup>. It would guarantee the right to sexuality education for adolescents, which should therefore be universal, with a clear focus on gender and human rights<sup>14,37</sup> (Box 11), taking into account social inequalities and inequities and the influence of Internet, social networks and pornography<sup>23,47,77,81,82,149</sup>.

There is also a need for universal access to comprehensive sexual health care services<sup>16</sup> including access to contraceptive methods. Access to youth-friendly health services<sup>150</sup> and the distribution of condoms (with new materials and attractive designs that increase their acceptability) are some recommended actions<sup>32</sup>.

There is scientific evidenced-based knowledge to support that multiple interventions from different settings (education, health...) are effective to reduce unintended pregnancies and sexually transmitted infections<sup>23</sup>.

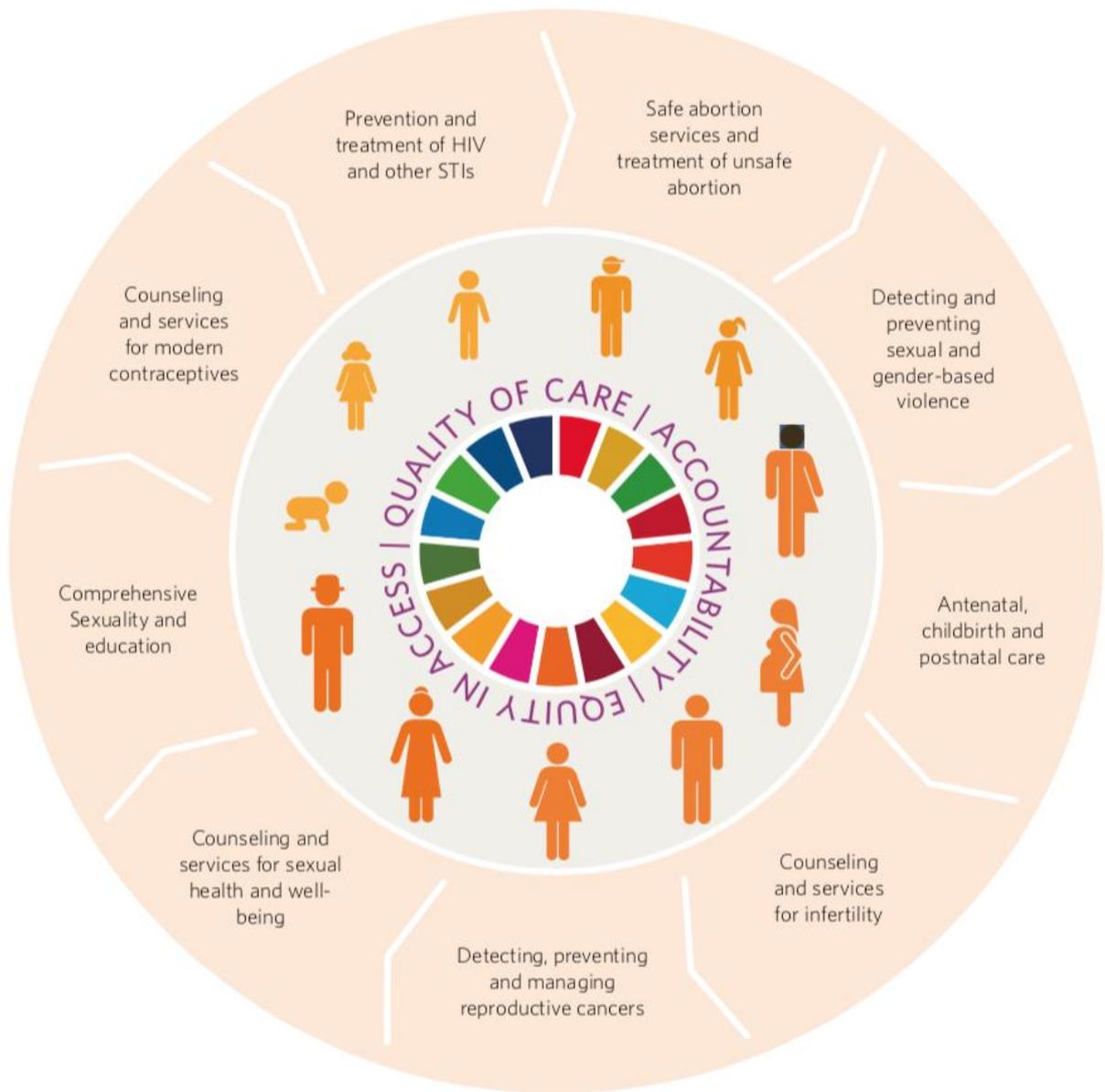
Equality between women and men, and respect for sexual diversity are two transversal axes of any sexual health intervention, and their incorporation must be guaranteed in a general and specific way in order to assure not only equality, but also equity<sup>151</sup>.

### Recuadro 11. Síntesis de conceptos clave, temas y objetivos de aprendizaje

|   |  |   |
|---|--|---|
| <b>Concepto clave 1:</b><br><b>Relaciones</b>   | <b>Concepto clave 2: Valores, derechos, cultura y sexualidad</b>   | <b>Concepto clave 3:</b><br><b>Cómo entender el género</b>  |
| Temas:<br><br><b>1.1</b> Familias<br><b>1.2</b> Amistad, amor y relaciones románticas<br><b>1.3</b> Tolerancia, inclusión y respeto<br><b>1.4</b> Compromisos a largo plazo y crianza | Temas:<br><br><b>2.1</b> Valores y sexualidad<br><b>2.2</b> Derechos humanos y sexualidad<br><b>2.3</b> Cultura, sociedad y sexualidad   | Temas:<br><br><b>3.1</b> Construcción social del género y de las normas de género<br><b>3.2</b> Igualdad, estereotipos y prejuicios de género<br><b>3.3</b> Violencia de género |
| <b>Concepto clave 4:</b><br><b>La violencia y la seguridad personal</b>   | <b>Concepto clave 5:</b><br><b>Habilidades para la salud y el bienestar</b>  | <b>Concepto clave 6:</b><br><b>El cuerpo humano y el desarrollo</b>   |
| Temas:<br><br><b>4.1</b> Violencia<br><b>4.2</b> Consentimiento, privacidad e integridad física<br><b>4.3</b> Uso seguro de tecnologías de información y comunicación (TIC)           | Temas:<br><br><b>5.1</b> Influencia de normas y grupos de pares en la conducta sexual<br><b>5.2</b> Toma de decisiones<br><b>5.3</b> Habilidades de comunicación, rechazo y negociación<br><b>5.4</b> Alfabetización mediática y sexualidad<br><b>5.5</b> Cómo encontrar ayuda y apoyo | Temas:<br><br><b>6.1</b> Anatomía y fisiología sexual y reproductiva<br><b>6.2</b> Reproducción<br><b>6.3</b> Pubertad<br><b>6.4</b> Imagen corporal                            |
| <b>Concepto clave 7:</b><br><b>Sexualidad y conducta sexual</b>   | <b>Concepto clave 8:</b><br><b>Salud sexual y reproductiva</b>   |   |
| Temas:<br><br><b>7.1</b> Relaciones sexuales, sexualidad y ciclo de vida sexual<br><b>7.2</b> Conducta sexual y respuesta sexual  | Temas:<br><br><b>8.1</b> Embarazo y prevención del embarazo<br><b>8.2</b> Estigma del VIH y del sida, atención médica, tratamiento y apoyo<br><b>8.3</b> Cómo entender, reconocer y reducir el riesgo de ITS, incluido el VIH  |   |

Fuente: “International technical guidance on sexuality education: an evidence-informed approach” (UNESCO, 2018)<sup>14</sup>.

**Gráfico 6.** Servicios e intervenciones necesarias para garantizar la salud sexual y reproductiva de toda la población



Fuente: “Sexual and reproductive health and rights: An essential element of universal health coverage (UNFPA, 2019)<sup>16</sup>.”

Finally, this type of intervention is also mandatory under Sustainable Development Goals (**SDGs**)<sup>26</sup>, which establishes mandatory targets for sexuality education in both education and health services. Thus, the implementation of these types of initiatives will not only contribute to the achievement of **SDGs**, but above all, it will make it possible to improve well-being, health and quality of life of the family and social environments where the maturative and sexual development of adolescents takes place.

## CONCLUSIONS BY OBJECTIVES

---

Conclusions for each of the specific objectives are described below:

**Specific Objective 1:** To study the sources of information and sexuality education of adolescent populations in Asturias.

⇒ Conclusion 1: The most frequent sources of sexuality education for Asturian adolescents were friends, Internet/television and school; and for girls, also their mothers.

**Specific Objective 2:** To analyse the evolution of sources of information and sexuality education during adolescence in Asturias.

⇒ Conclusion 2: Sources of sexuality education remain stable during adolescence, and there is an increase of Internet/television as a reference.

**Specific objective 3:** To analyse the evolution of perceived usefulness of sexuality education sources during adolescence in Asturias.

⇒ Conclusion 3: The perceived utility of sources remains stable during adolescence, with friends, and school being the most valued, although the latter falls in the mid term, and is replaced by Internet/television. Girls also highlighted their mothers' usefulness as a source of sexuality education.

**Specific Objective 4:** To measure the impact on sexuality-related knowledge of a sexuality education intervention in the Asturian adolescent population.

⇒ Conclusion 4: A sexuality education intervention has a positive impact on knowledge at the end of the intervention in students; specifically, in the mid term in girls.

**Specific Objective 5:** To measure the impact on attitudes related to sexuality of a school-based sexuality education intervention in the Asturian adolescent population.

⇒ Conclusion 5: A sexuality education intervention does not have an impact on attitudes related to sexuality.

**Specific Objective 6:** To measure the impact on skills related to sexuality of a school-based sexuality education intervention in the Asturian adolescent population

⇒ Conclusion 6: The sexuality education intervention has a positive impact on girls' skills at the end of the intervention.

**Specific Objective 7:** To measure the impact of a school-based sexuality education intervention on the use of condoms in the Asturian adolescent population.

⇒ Conclusion 7a: The sexuality education intervention has a positive impact on the use of condoms in the first sexual intercourse with penetration at the end of the intervention, both in girls and in boys.

⇒ Conclusion 7b: The sexuality education intervention has a positive impact on condom use in the last sexual intercourse for girls in the mid term.

**Specific objective 8:** To analyse the evolution of sexual health in Asturian adolescents, measured in sexual behaviour, STIs, and gender violence, in the last decade.

⇒ Conclusion 8: The sexual health of Asturian adolescents is evolving with a decrease in the use of condoms, an increase in the use of oral contraceptive pills, maintenance/decrease of STIs, and a decrease in the number of young women as victims of gender-based violence.

**Specific objective 9:** To compare the evolution of sexual health of Asturian adolescents in relation to that of Spain, measured in sexual behaviour, STIs and gender-based violence, in the last decade.

⇒ Conclusion 9a: The sexual health of Asturian adolescents shows a more positive evolution in the use of condoms, use of oral contraceptive pills, and STIs.

⇒ Conclusion 9b: The sexual health of Asturian adolescents has evolved more positively in terms of abortions, and gender-based violence.

## LIMITACIONES Y FUTURAS INVESTIGACIONES

---

Los resultados de esta investigación es necesario tomarlos con cautela y sería interesante realizar futuros estudios que confirmasen estos hallazgos, debido a las limitaciones de este trabajo, que se comentan a continuación. Dentro de estas limitaciones, algunas surgieron durante el transcurso de la investigación, pero otras sí que se tuvieron en cuenta y se trataron de controlar con estrategias concretas.

En primer lugar, una de las principales limitaciones de este estudio fue que el alumnado de 2º de Bachillerato no es representativo de la población de su edad ya que, en ese nivel, la educación no es obligatoria. Por tanto, no se pueden extrapolar los resultados a las y los adolescentes de esas edades. Esta realidad se asumió en el diseño de la investigación, ya que buscar una muestra representativa de esa edad requeriría otro tipo de muestreo y de diseño. Lo que sí fue una limitación no esperada fue que la participación en nuestro estudio de esta población de 17-18 años fue menor de la esperada, lo que influyó en el poder estadístico.

Por otro lado, el cuestionario utilizado usó preguntas validadas en investigaciones previas y no se tuvieron en cuenta los cambios producidos en los últimos años, como la popularización de Internet como fuente de información, que probablemente hubiese requerido una variable individual y más elaborada.

Otra posibles limitación que se asumió desde el inicio de la investigación fue que el diseño de la investigación no fue apareado. Se hizo así al entender que el alumnado sería el mismo durante toda la investigación, asumiendo que no habría cambios de instituto ni repetición de curso, ya que estas situaciones sí existen, pero son mínimas, tal y como se informó desde la Consejería de Educación. No obstante, estos posibles sesgos se controlaron con una pregunta filtro en el cuestionario, eliminando aquellas encuestas que no hubiesen cursado los cuatro cursos de la ESO en el centro de estudio.

Por otro lado, tampoco se controló el estatus socio-económico, cultural y religioso del alumnado, lo que sí podría influir en la educación sexual que el alumnado recibe fuera de la escuela. No obstante, la influencia de estas variables se trató de anular en la etapa de muestreo, seleccionando los centros de comparación por área geográfica, entendiendo

así que las muestras de ambos brazos del estudio serían comparables al ser de los mismos barrios o de barrios próximos.

En relación al impacto del programa **NONP**, tampoco se tuvo en cuenta la cantidad ni la calidad de la intervención recibida por el alumnado, lo que sin duda interfiere en la medida del impacto, especialmente en aquellos centros que implementaron la intervención de forma más fidedigna y rigurosa. Sin embargo, el objetivo del estudio era medir el impacto de una intervención en el medio educativo a nivel global y no en función de las condiciones de aplicación.

Por último, sobre el estado de salud sexual de la adolescencia, se usaron los indicadores disponibles, pero estos fueron escasos, difíciles de recopilar y centrados sobre todo en indicadores preventivos. Obviamente esta realidad es ajena a la presente investigación pero, como resultado, no se refleja de forma completa la salud sexual de la población adolescente, que debe incluir variables basadas en una visión positiva de la sexualidad, con indicadores de satisfacción y bienestar sexual, conductas que visibilicen la igualdad o el respeto a la diversidad, prácticas placenteras y diversas.

En esta línea, como recomendación para futuras investigaciones, sería interesante replantearse el estudio de la salud sexual y establecer indicadores más integrales y más ajustados a las vivencias (también positivas), así como a las diferentes orientaciones e identidades, y no solo las binarias (hombre/mujer). Es preciso superar las medidas centradas única y exclusivamente en los riesgos y avanzar hacia indicadores que permitan medir también el bienestar y los aspectos positivos relacionados con las sexualidades y con la salud sexual.

Asimismo, en relación al impacto de la intervención de educación sexual, sería necesario repetir la investigación recogida en este trabajo en el futuro, de cara a demostrar su validez. No obstante, hay un cuerpo de evidencia suficiente sobre este tipo de intervenciones, por lo que sin duda resultaría más interesante, una vez que la intervención cumple con los estándares establecidos para la educación sexual, determinar su efecto en la salud sexual de la población, incorporando indicadores ya establecidos pero también otros nuevos, tal y como ya se comentó. Esto permitiría

conocer qué intervenciones son más efectivas en favorecer que la adolescencia disfrute de su sexualidad y su salud sexual, más allá de aspectos cognitivos y actitudinales.

Para finalizar, el estudio de la educación y la información sexual requiere también un replanteamiento de las fuentes a las que acceden las y los jóvenes. En este sentido, es necesario incorporar a la investigación las nuevas fuentes de información que se han consolidado en la última década y además desglosando de forma adecuada dentro de categoría. Así, por ejemplo, Internet o los medios son fuentes demasiado abstractas que hay que concretar en múltiples variables: páginas web de organismos oficiales, pornografía, series de televisión, redes sociales...

Los cambios acontecidos en los últimos años obligan a replantearse no solo las intervenciones de educación sexual, para estar en los espacios y con las metodologías que nuestras chicas y chicos demandan, sino también la investigación relacionada con las sexualidades y la salud sexual.

## **CAPÍTULO 8**

---

### **INFORME DE FACTOR DE IMPACTO**

## INFORME CON EL FACTOR DE IMPACTO DE LAS PUBLICACIONES

---

Esta tesis doctoral, como ya se indicó se presenta como un compendio de publicaciones sobre una misma línea de investigación. Este compendio está formado por tres estudios que han sido aceptados para publicación o publicados por tres publicaciones científicas. A continuación, se detalla cada una de estas publicaciones y el factor de impacto de las mismas:

### ESTUDIO 1

**Referencia:** García-Vázquez J, Iráizoz E, Agulló-Tomás E. Evolución de las fuentes de información y las ideas sobre sexualidad en adolescentes. RqR Enfermería Comunitaria 2020. (Aceptado para su publicación, ver carta de aceptación en los anexos).

**Publicación:** RqR Enfermería Comunitaria

**Edita:** Sociedad de Enfermería de Atención Primaria (SEAPA).

**ISSN:** 2254-8270.

#### Bases de datos:

- Incluida en el *Emerging Sources Citation Index* de **Web of Science**.
- Indexada en **Latindex**.
- Indexada en Red Iberoamericana de Innovación y Conocimiento Científico (**REDIB**).

**Calificador global:** 3,63 (REDIB, 2018).

### ESTUDIO 2

**Referencia:** García-Vázquez J, Quintó L, Agulló-Tomás E. Impact of a sex education programme in terms of knowledge, attitudes and sexual behaviour among adolescents in Asturias (Spain). Global Health Promotion 2019. DOI: 10.1177/1757975919873621.

**Publicación:** Global Health Promotion.

**Edita:** Sage Publications INC.

**ISSN:** 1757-9759; **Online ISSN:** 1757-9767.

**Factor de impacto:**

–**Journal Citation Reports (JCR):** 1,253 (Web of Science Group, 2018). Public, Environmental & Occupational Health: 117/164 (Q3).

–**Scimago Journal & Country Rank (SJR):** 0,317 (Scopus, 2018). Public, Environmental & Occupational Health: 337/530 (Q3).

### **ESTUDIO 3**

**Referencia:** García-Vázquez J, Quintó L, Nascimento M, Agüillo-Tomás E. Evolución de la salud sexual de la población adolescente española y asturiana. Revista Española de Salud Pública 2019;93: e201909071.

**Publicación:** Revista Española de Salud Pública.

**Edita:** Ministerio de Sanidad y Consumo de España.

**ISSN:** 1135-5727; **Online ISSN:** 2173-9110.

**Factor de impacto:**

–**Journal Citation Reports (JCR):** 0,635 (Web of Science Group, 2018). Public, Environmental & Occupational Health: 155/164 (Q4).

–**Scimago Journal & Country Rank (SJR):** 0,238 (Scopus, 2018). Public, Environmental & Occupational Health: Q3.

## PRODUCTIVIDAD Y DIFUSIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

---

La presente investigación se ha realizado en el seno del Departamento de Psicología de la Universidad de Oviedo, contando también con la colaboración de profesionales de otras entidades que, de forma voluntaria, han contribuido a la realización de la presente tesis doctoral. Fruto de este trabajo, se derivan diversas publicaciones científicas, ya detalladas anteriormente.

Por otro lado, durante los estudios de doctorado, se han realizado diferentes actividades de difusión de los resultados de este proyecto que se detallan a continuación.

### **Presentación de la investigación y sus resultados en otra universidad**

Durante la estancia internacional en el Instituto Fernandes Figueira (Fundación Fiocruz) en Río de Janeiro (Brasil), se realizó una presentación al alumnado del Programa de Pos Grado en la Salud de la Niñez y la Mujer.

### **Envío de dossier informativo a organismos oficiales**

Se envió un dossier informativo con los principales resultados de investigación a la Consejería de Salud del Principado de Asturias, al Consejo de la Juventud del Principado de Asturias, a la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Sanidad y a otras comunidades autónomas con programas de educación sexual.

### **Divulgación de los resultados en webs especializadas**

–Página web de la Consejería de Salud (Astursalud):

<https://www.astursalud.es/en/noticias/-/noticias/el-programa-de-educacion-sexual-ni-gros-ni-princesas-aumenta-el-uso-del-preservativo-entre-los-adolescentes>

–**Observatorio de Salud en Asturias:** <https://obsaludasturias.com/obsa/el-programa-asturiano-de-educacion-sexual-ni-ogros-ni-princesas-aumenta-el-uso-del-condon-entre-adolescentes/>

–**SidaStudi:**

<http://salutsexual.sidastudi.org/es/registro/a53b7fb36c6b3af4016d67596ef501d6>

–**Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde:**

<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-31482866>

### **Divulgación de los resultados en prensa**

–**La voz de Asturias:** <https://www.lavozdeasturias.es/noticia/asturias/2020/01/22/exito-ogros-princesas-adolescentes-usan-condon-conocen-mejor-sexualidad/00031579712735558565864.htm>

–**La voz de Galicia:** <https://www.lavozdeg Galicia.es/noticia/ciencia/2020/01/22/exito-ogros-princesas-adolescentes-usan-condon-conocen-mejor-sexualidad/00031579712735558565864.htm>

### **Comunicaciones en Congresos**

–**Comunicación oral** "Impacto de un programa de educación sexual en conocimientos, actitudes y conducta sexual de adolescentes asturianos" en la XXXV Reunión Internacional de la Sociedad Española de Epidemiología y XII Congreso de la Associação Portuguesa de Epidemiologia, celebrado en Barcelona entre el 6 y 8 de septiembre de 2017.

–**Comunicación oral** "Evolución de las fuentes de información y las ideas sobre sexualidad en adolescentes asturianos" en el IX Congreso de la Sociedad de Enfermería de Atención

Primaria en Asturias, celebrado el día 5 de octubre de 2018 (accésit a la mejor comunicación).

–Presentación de la **ponencia** "La educación para la salud en la escuela: el caso Asturias" en el V Congreso Internacional en Contextos Psicológicos, Educativos y de la Salud, celebrado en Madrid entre los días 21 y 23 de noviembre de 2018.

## REFERENCIAS

---

1. WHO. Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health, 28-31 January 2002. Geneva: World Health Organization; 2006.
2. WHO. Developing sexual health programmes. A framework for action. Geneva: World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research; 2010.
3. UN. International conference on population and development, Cairo 5–13 September, 1994. Programme of action. New York, NY: United Nations, Department for Economic and Social Information and Policy Analysis; 1995.
4. Red de Conocimiento en Mujer y Equidad de Género. La inequidad de género en la salud: desigual, injusta, ineficaz e ineficiente. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 2007.
5. WHO. Global and regional estimates of violence against women: Prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva: World Health Organization; 2013.
6. UN. Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women General Assembly resolution 34/180 of 18 December 1979. New York, NY: United Nations; 1979.
7. Asamblea General de la Conferencia Mundial de Derechos Humanos. Declaración y Programa de Acción de Viena. Viena: Naciones Unidas; 1993.
8. ONU. Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. Beijing, 4 a 15 de septiembre de 1995. Beijing: Organización de las Naciones Unidas; 1995.
9. Gobierno de España. Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011.
10. OPS & OMS. Promoción de la salud sexual: Recomendaciones para la acción. Guatemala: Organización Panamericana de la Salud & Organización Mundial de la Salud; 2000.
11. IPPF. Derechos sexuales: una declaración de IPPF. Derechos Sexuales. Londres: Federación Internacional de Planificación de la Familia; 2010.
12. Starrs AM, Ezeh AC, Barker G, Basu A, Bertrand JT, Blum R, et al. Accelerate progress—sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher-Lancet Commission. Lancet. 2018;391:2642–2692.

13. WHO. Leading the realization of human rights to health and through health: report of the high-level working group on the health and human rights of women, children and adolescents. Geneva: World Health Organization; 2017.
14. UNESCO. International technical guidance on sexuality education: an evidence-informed approach. Paris: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization; 2018.
15. OMS. Recomendaciones de la OMS sobre salud y derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes [WHO recommendations on adolescent sexual and reproductive health and rights]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019.
16. UNFPA. Sexual and reproductive health and rights: An essential element of universal health coverage. Background document for the Nairobi summit on ICPD25 – Accelerating the promise. New York, NY: United Nations Population Fund; 2019.
17. UN. Commission on population and development resolution 2012/1 adolescents and youth, report on the forty-fifth session. New York, NY: United Nations; 2012.
18. Svanemyr J, Amin A, Robles J, Greene M. Creating an Enabling Environment for Adolescent Sexual and Reproductive Health: A Framework and Promising Approaches. *J Adolesc Health*. 2015;56(Supl 1):7–14.
19. WHO. Global Accelerated Action for the Health of Adolescents (AA-HA!): guidance to support country implementation. Geneva: World Health Organization; 2017.
20. Sawyer SM, Afifi RA, Bearinger LH, Blakemore S-J, Dick B, Ezech AC, et al. Adolescence: a foundation for future health. *Lancet*. 2012;379:1630–1640.
21. WHO. Regional Working Group on health needs of adolescents: final report. Manila: World Health Organization, Regional Office for the Western Pacific; 1980.
22. UNESCO. Puberty education & menstrual hygiene management. Paris: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization; 2014.
23. Oringanje C, Meremikwu MM, Eko H, Esu E, Meremikwu A, Ehiri JE. Interventions for preventing unintended pregnancies among adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;2. Art. Nº:CD005215.
24. WHO. Risk and protective factors affecting adolescent reproductive health in developing countries. Geneva: World Health Organization; 2004.

25. WHO. Brief sexuality-related communication: recommendations for a public health approach. Geneva: World Health Organization; 2015.
26. NU. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. Resolution adopted by the General Assembly on 25 September 2015. New York, NY: United Nations; 2015.
27. UNICEF. The State of the World's Children 2011. Adolescence – an age of opportunity. New York, NY: United Nations Children's Fund; 2011.
28. WHO. Sexually transmitted infections: issues in adolescent health and development. WHO discussion papers on adolescence. Geneva: World Health Organization; 2004.
29. UNAIDS. Global AIDS Update 2016. Geneva: UNAIDS; 2016.
30. OMS. Adolescentes: riesgos para la salud y soluciones [nota descriptiva actualizada en diciembre del 2018]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2018. Disponible en:
31. WHO. Global health estimates 2015: deaths by cause, age, and sex, by country and by region, 2000-2015. Geneva: World Health Organization; 2016.
32. OMS. Estrategia mundial del sector de la salud contra las infecciones de transmisión sexual 2016-2021: Hacia el fin de las ITS. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016.
33. García-Moreno C, Pallitto C, Devries K, Stockl H, Watts Ch, Abrahams N. Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer: prevalencia y efectos de la violencia conyugal y de la violencia sexual no conyugal en la salud. Resumen de orientación. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2013.
34. EWEC. The global strategy for women's, children's and adolescents' health (2016–2030). New York, NY: United Nations; 2015.
35. UNESCO. Estrategia de la UNESCO sobre la educación para la salud y el bienestar: contribución a los Objetivos de Desarrollo Sostenible. París: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura; 2017.
36. Haberland N, Rogow D. Sexuality Education: Emerging trends in evidence and practice. J Adolesc Health. 2015;56(Supl 1):15–21.
37. WHO Regional Office for Europe & BZgA. Standards for Sexuality Education in Europe: A Framework for Policy Makers, Educational and Health Authorities and Specialists. Cologne: Federal Centre for Health Education, BZgA; 2010.

38. Breuner CC, Mattson G, AAP COMMITTEE ON ADOLESCENCE, AAP COMMITTEE ON PSYCHOSOCIAL ASPECTS OF CHILD AND FAMILY HEALTH. Sexuality Education for Children and Adolescents. *Pediatrics*. 2016;138(2):e20161348.
39. WHO. Skills for health: Skills-based health education including life skills. Geneva: World Health Organization & United Nations International Children's Emergency Fund; 2003.
40. Gordon P. Review of sex, relationships and HIV education in schools. Paris: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization; 2008.
41. Lloyd CB. The role of schools in promoting sexual and reproductive health among adolescents in developing countries. In: Malarcher S (ed). Social determinants of sexual and reproductive health. Informing future research and programme implementation. Geneva: World Health Organization; 2010.
42. Langford R, Bonell C, Jones H, Pouliou T, Murphy S, Waters E, et al. The World Health Organization's Health Promoting Schools framework: a Cochrane systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*. 2015;15:130.
43. UNESCO. Education for all. The quality imperative. Paris: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization; 2004.
44. Alford S, Cheetham N, Hauser D. Science and success in developing countries: holistic programs that work to prevent teen pregnancy, HIV and sexually transmitted infections. Washington, DC: Advocates for Youth; 2006.
45. Suhrcke M, De Paz Nieves C. The impact of health and health behaviours on educational outcomes in high-income countries: a review of the evidence. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2011.
46. Kirby DB, Laris BA, Rolleri LA. Sex and HIV education programs: their impact on sexual behaviors of young people throughout the world. *J Adolesc Health*. 2007;40:206–217.
47. Goesling B, Colman S, Trenholm C, Terzian M, Moore K. Programs to reduce teen pregnancy, sexually transmitted infections, and associated sexual risk behaviors: A systematic review. *J Adolesc Health*. 2014;54:499–507.
48. López F. La educación sexual. Madrid: Biblioteca Nueva; 2005.

49. Fallas M, Artavia C, Gamboa A. Educación sexual: orientadores y orientadoras desde el modelo biográfico y profesional. *Revista Electrónica Educare*. 2012;165:53–71.
50. Lameiras M, Carrera MV, Rodríguez Y. Caso abierto: la educación sexual en España, una asignatura pendiente. En: Gavidia V, coord. *Los ocho ámbitos de la Educación para la Salud en la Escuela*. Valencia: Tirant Humanidades; 2016. p. 197-210.
51. Halpern CT. Reframing research on adolescent sexuality: Healthy sexual development as part of the life course. *Perspect Sex Reprod Health*. 2010;42:6–7.
52. Schalet AT. Beyond abstinence and risk: A new paradigm for adolescent sexual health. *Womens Health Issues*. 2011;21(3 Suppl):S5–7.
53. Harden KP. A sex-positive framework for research on adolescent sexuality. *Perspect Psychol Sci*. 2014;9:455–469.
54. UNFPA. *Operational guidance for comprehensive sexuality education: A focus on human rights and gender*. New York, NY: United Nations Population Fund; 2014.
55. UNESCO. *Emerging evidence, lessons and practice in comprehensive sexuality education: a global review*. Paris: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization; 2015.
56. Berglas NF, Constantine NA, Ozer EJ. A rights-based approach to sexuality education: Conceptualization, clarification and challenges. *Perspect Sex Reprod Health*. 2014;46:63–72.
57. Connell RW. *Gender and power*. Stanford, CA: Stanford University Press; 1987.
58. Tickner AJ. Patriarchy. In: Jones RJB, ed. *Routledge encyclopedia of international political economy: Entries P-Z*. Oxford, UK and New York, NY: Routledge, Taylor & Francis Group; 2001. p. 1197–1199.
59. Freire P. *Pedagogy of the oppressed*. 30th Anniversary Edition. New York, NY: Continuum Books; 2000.
60. Mason-Jones AJ, Sinclair D, Mathews C, Kagee A, Hillman A, Lombard C. School-based interventions for preventing HIV, sexually transmitted infections, and pregnancy in adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;11. Art. N°:CD006417.
61. Underhill K, Operario D, Montgomery P. Systematic review of abstinence-plus HIV prevention programs in high income countries. *PLoS Med*. 2007;4(9):e275.

62. Kirby D, Laris BA. Effective curriculum-based sex and STD/HIV education programs for adolescents. *Child Dev Perspect.* 2009;2:210–219.
63. Sheperd J, Kavanagh J, Picot J, Cooper K, Harden A, Barnett-Page E, et al. The effectiveness and cost-effectiveness of behavioural interventions for the prevention of sexually transmitted infections in young people aged 13-19: a systematic review and economic evaluation. *Health Technol Assess.* 2010;14:1–206.
64. Kirby D. The impact of sex education on the sexual behaviour of young people, Population Division Expert Paper No. 2011/12. New York, NY: United Nations Department of Economic and Social Affairs; 2011.
65. Duberstein L, Maddow-Zimet I. Consequences of sex education on teen and young adult sexual behaviors and outcomes. *J Adolesc Health.* 2012;51:332–338.
66. Johnson BT, Scott-Sheldon LA, Huedo-Medina TB, Carey MP. Interventions to reduce sexual risk for human immunodeficiency virus in adolescents: A meta-analysis of trials 1985-2008. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2011;165:77–84.
67. Mavedzenge SN, Doyle A, Ross D. HIV prevention in young people in sub-Saharan Africa: A systematic review. *J Adolesc Health.* 2011;49:568–586.
68. Chin HB, Sipe TA, Elder R, Mercer SL, Chattopadhyay SK, Jacob V, et al. The effectiveness of group-based comprehensive risk reduction and abstinence education interventions to prevent or reduce the risk of adolescent pregnancy, human immunodeficiency virus and sexually transmitted infections. Two systematic reviews for the guide to community preventive services. *Am J Prev Med.* 2012;42:272–294.
69. Fonner VA, Armstrong KS, Kennedy CE, O'Reilly KR, Sweat MD. School based sex education and HIV prevention in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One.* 2014;9(3):e89692.
70. Laud AD. The efficacy of HIV and sex education interventions among youths in developing countries: a review. *Public Health Research.* 2016;6:1–17.
71. WHO. WHO guidelines on preventing early pregnancy and poor reproductive health outcomes among adolescents in developing countries. Geneva: World Health Organization; 2011.
72. Hadley A, Chandra-Mouli V, Ingham G. Implementing the United Kingdom

Government's 10-year teenage pregnancy strategy for England (1999-2010): applicable lessons for other countries. *J Adolesc Health*. 2016;59:68–74.

73. Underhill K, Montgomery P, Operario D. Sexual abstinence only programmes to prevent HIV infection in high income countries: Systematic review. *BMJ*. 2007;335:248–252.

74. Rottach E, Schuler SR, Hardee K. Gender perspectives improve reproductive health outcomes: New evidence. Washington, DC: US Agency for International Development; 2009.

75. Haberland N. What happens when programs emphasize gender? A review of the evaluation research. Presented at UNFPA global technical consultation on comprehensive sexuality education. Bogota: United Nations Population Fund; 2010.

76. Gay J, Hardee K, Croce-Galis M, Kowalsky S, Gutari C, Wingfield C, et al. What works for women and girls: Evidence for HIV/AIDS interventions. New York, NY: Open Society Institute; 2010.

77. UNESCO. Programas escolares de educación sexual. Análisis de los costos y la relación costo-eficacia en seis países. París: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura; 2012.

78. Haberland NA. The case for addressing gender and power in sexuality and HIV education: a comprehensive review of evaluation studies. *Int Perspect Sex Reprod Health*. 2015;41(1):31–42.

79. Chandra-Mouli V, Lane C, Wong S. What does not work in adolescent sexual and reproductive health: a review of evidence on interventions commonly accepted as best practices. *Glob Health Sci Pract*. 2015;3:333–340.

80. Cronin J, Heflin C, Price A. Teaching teens about sex: A fidelity assessment model for Making Proud Choices. *Eval Program Plann*. 2014;46:94–102.

81. Buhi ER, Klinkenberger N, McFarlane M, Kachur R, Daley EM, Baldwin J, et al. Evaluating the Internet as a sexually transmitted disease risk environment for teens: findings from the communication, health, and teens study. *Sex Transm Dis*. 2013;40:528–533.

82. Horvath MAH, Alys L, Massey K, Pina A, Scally M, Adler JR. Basically, porn is

everywhere. In: A rapid evidence assessment on the effects that access and exposure to pornography has on children and young people. London: Middlesex University; 2013.

83. Unión Europea. Resolución del Parlamento Europeo sobre salud sexual y reproductiva y los derechos en esta materia (2001/2128(INI)). Ginebra: Unión Europea; 2002.

84. ONU. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Nueva York: Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas; 1966.

85. ONU. Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. Nueva York: Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas; 1966.

86. ONU. Convención sobre los Derechos del Niño. Nueva York: Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas; 1989.

87. ONU. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Nueva York: Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas; 2006.

88. OMS. Estrategia Mundial del Sector de Salud contra las Infecciones de Transmisión Sexual 2016-2021. Hacia el fin de las ITS. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016.

89. Boletín Oficial del Estado. Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. BOE, núm. 55, 4 de marzo de 2010.

90. Boletín Oficial del Estado. Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, para la mejora de la calidad educativa. BOE, núm. 295, de 10 de diciembre de 2013.

91. Boletín Oficial del Estado. Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación. BOE, núm. 106, de 4 de mayo de 2006.

92. Boletín Oficial del Principado de Asturias. Ley del Principado de Asturias 2/2011, de 11 de marzo, para la igualdad de mujeres y hombres y la erradicación de la violencia de género. BOPA, núm. 64, de 18 de marzo de 2011.

93. Boletín Oficial del Principado de Asturias. Decreto 43/2015, de 10 de junio, por el que se regula la ordenación y se establece el currículo de la Educación Secundaria Obligatoria en el Principado de Asturias. BOPA, núm. 150, de 30 de Junio de 2015.

94. IPPF. Todos tienen derecho al conocimiento: educación integral en sexualidad para toda la gente joven. Londres: Federación Internacional de Planificación de la Familia; 2016.

95. UNESCO. Comprehensive sexuality education: The challenges and opportunities of scaling up. Paris: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization; 2012.
96. UNESCO Bangkok. Sexuality education in Asia and the Pacific: review of policies and strategies to implement and scale up. Bangkok: UNESCO Bangkok, Asia and Pacific Regional Bureau for Education; 2012.
97. UNESCO. Informe de seguimiento de la educación en el mundo. París: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura; 2019.
98. Martínez JL, Carcedo RJ, Fuertes A, Vicario-Molina I, Fernández-Fuertes A, Orgaz MB. Sex education in Spain: Teacher's views obstacles. *Sex Education: Sexuality, society and learning*. 2012;12:425–436.
99. García-Cabeza B, Sánchez Bello A. Sex education representations in Spanish combined biology and geology textbooks. *International Journal of Science Education*. 2013;35:1725–1755.
100. Salvador T, dir. Diagnóstico de situación sobre avances conseguidos, necesidades y retos en promoción y educación para la salud en la escuela en España. Madrid: Ministerio de Educación y Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.
101. Venegas M. El modelo actual de educación afectivo sexual en España. El caso de Andalucía. *Revista Iberoamericana de Educación*. 2011;55:1–10.
102. Larrañaga I, Martín U, Bacigalupe A. Salud sexual y reproductiva, y crisis económica en España. *Informe SEESPAS 2014*. *Gac Sanit*. 2014;28:109–115.
103. García Y, Aguilera EM, Reyero M, Martín S, coords. Deficiencias e inequidad en los servicios de salud sexual y reproductiva en España. Madrid: Alianza por la Solidaridad y otros; 2016.
104. Moreno C, Ramos P, Rivera F, Jiménez-Iglesias A, García-Moya I, Sánchez-Queija I, et al. Estudio Health Behaviour in School-aged Children (HBSC-2014): Actividades de promoción y educación para la salud en los centros educativos españoles. Análisis de los aspectos estructurales y de recursos que las condicionan. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2016.

105. Junta de Andalucía. Proyecto Forma Joven. Sevilla: Consejería de Educación y Ciencia, Consejería de Salud, Instituto de la Juventud, Instituto de la Mujer y Consejo de la Juventud; 2000.
106. Generalitat de Catalunya. Programa Salut i Escola. Guia d'implantació. Barcelona: Departament de Salut; 2008.
107. Gómez-Zapiain J. Sexumuxu. Vitoria-Gasteiz: Servicio de Publicaciones del Gobierno Vasco; 2012.
108. Mitjans L, Zafra T, Martínez Y. Programa de Intervención en Educación Sexual. Valencia: Generalitat Valenciana; 2017.
109. Santín C, Torrico E, López MJ, Revilla C. Conductas de riesgo, consumo de sustancias y género. *Apunt Psicol.* 2004;22:75–84.
110. Sáez E, Cambil J. Impacto y evaluación de un programa de salud en adolescentes. *Actual Med.* 2012;97:37–40.
111. Puente D, Zabaleta-del-Olmo E, Pueyo MJ, Salto E, Marsal JR, Bolívar B. Prevalencia y factores asociados al consumo de tabaco en alumnos de enseñanza secundaria de Cataluña. *Aten Primaria.* 2013;45:315–323.
112. Gómez-Zapiain J. Sexualidad en la adolescencia de la Comunidad Autónoma del País Vasco. Perfiles de comportamiento sexual y estado de la educación sexual en la Educación Secundaria Obligatoria del País Vasco. Vitoria-Gasteiz: Gobierno Vasco; 2013.
113. Jiménez MI, Collado J, Aranda E, Muñoz P. Sexualidad saludable en nuestros jóvenes. Un programa de intervención escolar. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2015;17:e33-e37.
114. Ariza C, Casatmijana M, Juárez O, Serrat G, Vallverdú I. Avaluació del Programa Salut i Escola, Barcelona, curs 2016-2017. Barcelona: Consorci Sanitari de Barcelona, Agència de Salut Pública; 2018.
115. Lima-Serrano M, Lima-Rodríguez JS. Efecto de la estrategia de promoción de salud escolar Forma Joven. *Gac Sanit.* 2019;33:74–81.
116. Gómez A, Desamparados M. Eficacia del Programa de Intervención en Educación Sexual en Estudiantes de Secundaria. *Enfermería Comunitaria.* 2019;15.

117. Gobierno de Navarra. El programa SKOLAE, un itinerario para aprender a vivir en igualdad. Pamplona: Departamento de Educación; 2019.
118. Diario Oficial de Castilla La-Mancha. Resolución de 17/10/2017, de la Viceconsejería de Educación, Universidades e Investigación, por la que propone el pilotaje de un currículo, con carácter experimental, de la educación para la igualdad, la tolerancia y la diversidad en determinados centros públicos no universitarios de Castilla-La Mancha que impartan enseñanzas de Educación Primaria o de Educación Secundaria Obligatoria, para el curso 2017-2018. DOCLM, núm. 205, de 23 de octubre de 2017.
119. Gobierno de Castilla-La Mancha. Informe del desarrollo del pilotaje del nuevo currículo de igualdad, tolerancia y diversidad en centros educativos de castilla-la mancha durante el curso 2018-2019. Toledo: Consejería de Educación, Cultura y Deportes; 2019.
120. Mónica Suárez M, Belza MJ, de la Fuente L. Encuesta de Salud y hábitos sexuales 2003. Informe general. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006.
121. Ministerio de Sanidad y Consumo. La interrupción voluntaria del embarazo y los métodos anticonceptivos en jóvenes. Madrid: Centro de Publicaciones; 2007.
122. Ministerio de Sanidad y Política Social. Resumen ejecutivo de la Encuesta Nacional de Salud Sexual 2009. Madrid: Centro de Publicaciones; 2010.
123. Varela M, Paz J. Estudio sobre conocimientos y actitudes sexuales en adolescentes y jóvenes. *Rev Int Androl.* 2010;8:74–80.
124. Moreno A, Rodríguez E. Informe Juventud en España 2012. Madrid: Instituto de la Juventud; 2012.
125. Serrano I. Uso de métodos anticonceptivos y fuentes de información sobre sexualidad y anticoncepción en la juventud española: resultados de una encuesta nacional. *Rev Iberoam Fertil.* 2012;29:47–54.
126. IPPF European Network. Barómetro del acceso de las mujeres a la libre elección de anticonceptivos modernos en 16 países. Madrid: Federación de Planificación Familiar de España; 2016.
127. Durbenstein L, Maddow-Zimmet I, Boonstra H. Changes in adolescents' receipt of sex education, 2006-2013. *J Adolesc Health.* 2016;58:621–627.

128. Harimaguada, Colectivo. Carpetas didácticas de educación afectivo-sexual para la escuela. Las Palmas: Gobierno de Canarias, Dirección General de Promoción Educativa del Ministerio de Educación y Cultura; 1991.

129. Uncilla M, Alonso P, Fernández R, Jiménez J, Izquierdo P. La educación sexual en la adolescencia. Oviedo: Servicio de Publicaciones del Principado de Asturias; 1994.

130. Izquierdo P, Jiménez J, Alonso P, Fernández R, Uncilla M. La educación sexual en la adolescencia. Unidades didácticas. Oviedo: Servicio de Publicaciones del Principado de Asturias; 1994.

131. Uría M, coord. Programa de Educación Afectivo-Sexual para Asturias. Oviedo: Consejería de Salud y Servicios Sanitarios; 2001.

132. Gómez-Zapiain J, Del Campo A, Inza A, Ibaceta P. Ente moxedá. Programa de educación afectivo sexual para la Educación Secundaria Obligatoria. Oviedo: Gobierno del Principado de Asturias; 2004.

133. Gómez-Zapiain J, Ibaceta P y Pinedo JA. Programa de educación afectivo sexual Uhin Bare. Educación Secundaria Obligatoria. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco; 2000.

134. Evaluación interna

135. García-Vázquez J, Lena A, Arias-Magadán S. Educación sexual: opiniones y propuestas del alumnado y profesorado de los institutos de secundaria de Asturias, España. Glob Health Promot. 2014;21:74–82.

136. García-Vázquez J, Lena A, González C, Blanco AG. Ni Ogros ni Princesas. Programa para la Educación Afectivo-sexual en la ESO. Oviedo: Gobierno del Principado de Asturias; 2009.

137. Lena A, Blanco AG, Rubio M, García-Vázquez J, coords. Guía para la educación afectivo-sexual en la ESO “Ni ogros ni princesas”. Oviedo: Gobierno del Principado de Asturias; 2009.

138. UNFPA. La evaluación de los programas de educación integral para la sexualidad: Un enfoque en resultados de principios de género y empoderamiento. New York, NY: Fondo de Población de las Naciones Unidas; 2015.

139. García-Vázquez J, Lena A, Suárez O. Evaluación de proceso del programa de educación afectivo-sexual Ni ogros ni princesas. *Glob Health Promot.* 2012;19:78–86.
140. Gobierno del Principado de Asturias: Astursalud. Ni ogros ni princesas [Internet]. Consejería de Salud del Principado de Asturias; [consultado el 19/02/2020]. Disponible en: <https://www.astursalud.es/noticias/-/noticias/ni-ogros-ni-princesas>
141. García-Vázquez J. Sexualidades, una propuesta para la ESO. Oviedo: Consejería de Sanidad; 2019.
142. Espada JP, Orgilés M, Morales A, Ballester R, Huedo-Medina TB. Effectiveness of a school HIV/AIDS prevention program for Spanish adolescents. *AIDS Educ Prev.* 2012; 24: 500–513.
143. Espada JP, Morales A, Orgilés M, Piqueras J, Carballo JL. A review of school HIV/AIDS prevention programs in Spain. *Int J Hisp Psychol.* 2013;5:99–112
144. Morales A, Espada JP, Orgilés M. Short-term evaluation of a skill-development sexual education program for Spanish adolescents compared with a well-established program. *J Adolesc Health.* 2015;56:30–37.
145. Moreno C, Ramos P, Rivera F, Jiménez-Iglesias A, García-Moya I, Sánchez-Queija I, et al. Informe técnico de los resultados obtenidos por el Estudio Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) 2014 en España. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2016.
146. Wight D, Raab G, Henderson M, Abraham C, Buston K, Hart G, et al. Limits of teacher-delivered sex education: interim behavioural outcomes from a randomised trial. *BMJ.* 2002;324:1430–1435.
147. Elliott L, Henderson M, Nixon C, Wight D. Has untargeted sexual health promotion for young people reached its limit? A quasi-experimental study. *J Epidemiol Community Health.* 2013;67:398–404.
148. Benedicto J, dir. Informe Juventud en España 2016. Madrid: Instituto de la Juventud; 2017.
149. Ballester-Arnal R, Gil-Llario MD, Ruiz-Palomino E, Giménez-García C. Effectiveness of a brief multicomponent intervention to HIV prevention among Spanish youth. *AIDS Behav.* 2017;21:2726–2735.

150. Denno D, Hoopes A, Chandra-Mouli V. Effective Strategies to Provide Adolescent Sexual and Reproductive Health Services and to Increase Demand and Community Support. *J Adolesc Health*. 2015;56 (Supl 1):22-41.

151. WHO. Gender, equity and human rights. FAQ on Health and Sexual Diversity. An introduction to key concepts. Geneva: World Health Organization; 2016.



## **ANEXOS**

---

## ANEXO 1: CUESTIONARIO DE LA INVESTIGACIÓN

Hola. Este cuestionario sirve para recoger tus conocimientos y opiniones sobre temas relacionados con la salud y la sexualidad. Esta información es muy importante, por lo que te pedimos que respondas con sinceridad. No es un examen, así que si no conoces la respuesta, no contestes o marca “no sé”. El cuestionario es anónimo y en ningún momento se va a saber quién respondió. Si consideras que alguna pregunta es muy personal, tienes la opción de no contestar y pasar a la siguiente. **¡Muchas gracias por tu colaboración!**

Indica tu sexo:  Chica     Chico

Edad: \_\_\_\_\_ años

País donde has nacido: \_\_\_\_\_

1. Nombra tres ideas que se te ocurran cuando escuchas la palabra SEXUALIDAD:

.....

.....

.....

2. Señala la respuesta que consideres correcta, **colocando una X** en el cuadro correspondiente.

|   | Verdadero                | Falso                    | No sé                    |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| La autoestima se puede definir como la percepción que tenemos de nosotros/as mismos/as                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| El feminismo busca la igualdad de oportunidades y derechos de mujeres y hombres                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Los caracteres sexuales secundarios están presentes ya en el momento del nacimiento                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Una chica puede quedarse embarazada la primera vez que tiene relaciones sexuales con penetración        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| La orientación sexual se refiere a la atracción, deseo y enamoramiento que se siente por otras personas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Una persona trans es aquella que se identifica con el sexo/género asignado al nacer                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| La sexualidad empieza en la pubertad, cuando nuestro cuerpo cambia a nivel físico                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| La homosexualidad es una enfermedad   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hay que inflar con aire el preservativo antes de usarlo   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| El VIH es un virus que se transmite por la saliva   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

3. La información sobre sexualidad las has obtenido de: (puedes señalar más de una opción)

- Madre                       Padre                       Hermanas/os                       Centro educativo  
 Amistades                       Revistas, libros                       Internet, televisión                       Pareja  
 Profesionales sanitarios/as                       Otros (especificar): .....

4. De las fuentes de información que has señalado, ¿cuál piensas que ha sido la más útil para ti?

.....

**Continúa en la otra cara**

5. Valora tu grado de ACUERDO con las siguientes afirmaciones:

|   | Nada de acuerdo          | Poco de acuerdo          | Bastante de acuerdo      | Totalmente de acuerdo    |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Me parece importante cuidar a las personas                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| El físico es lo más importante para gustar a las demás personas                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| En nuestro cuerpo hay muchas zonas que pueden dar placer, no solo los genitales | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Me molestaría que un/a amigo/a fuera homosexual                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Es más apropiado que la madre cambie los pañales del bebé                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Caricias y besos pueden dar tanto placer como la penetración                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| La responsabilidad del hombre es llevar dinero a casa                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| El tamaño del pene es importante para el placer sexual                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Una pareja homosexual puede formar una familia                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| La masturbación puede ser una práctica satisfactoria                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

6. A continuación, indica la **frecuencia** con la que has realizado las siguientes conductas **en el último año**, eligiendo la opción que más se ajusta a tu realidad:

|  | Nunca                    | Pocas veces              | Bastantes veces          | Muy frecuente            |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Expreso mis sentimientos/emociones (lo que siento)       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Valoro la opinión de los demás aunque no esté de acuerdo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Digo NO cuando alguien me pide algo que no quiero hacer  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Utilizo insultos para referirme a personas homosexuales  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Colaboro de forma diaria en las tareas de casa*          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

\*Ejemplo de tareas de casa: fregar platos, ayudar a cocinar o cocinar, poner la mesa, bajar la basura, limpiar, planchar, hacer la cama, ir a la compra, sacar el perro...

7. Las personas que a ti te atraen (que te gustan) son...

los chicos       las chicas       los chicos y las chicas       No lo tengo claro

8. ¿Has mantenido en alguna ocasión relaciones sexuales con penetración?

Sí... Pasa a la pregunta siguiente.       NO... Pasa a la pregunta 10.

9. Si has mantenido relaciones con penetración, indica:

¿Tú o tu pareja usasteis preservativo la primera vez?:  SI       NO       No sé  
 ¿Tú o tu pareja usasteis preservativo en la última relación?:  SI       NO       No sé

10. Para terminar, ¿has estudiado los cuatro cursos de la ESO en este instituto?

Sí       NO

**¡Muchas gracias por tu colaboración!**



## **ANEXO 2: ACEPTACIÓN DE RQR ENFERMERÍA COMUNITARIA**

---

Estimado/a autor/a:

Nos es grato comunicarle que su artículo “***Evolución de las fuentes de información e ideas sobre sexualidad en adolescentes***”, cuya autoría corresponde a **José García-Vázquez, Eva Iráizoz y Estéban Agulló-Tomás**, ha sido aceptado por el Equipo Editorial y el Comité Científico de nuestra revista, y en principio entrará a formar parte del sumario de la próxima edición que se publique.

Le queremos agradecer la confianza puesta en **RqR Enfermería Comunitaria** y le animamos a que siga contribuyendo a la actualización y desarrollo de la profesión enfermera.

De nuevo le agradecemos su interés por nuestra revista y esperamos poder contar con sus colaboraciones en el futuro.

Reciba un cordial saludo,



28 de mayo de 2020

Carmen Santano  
Directora de la revista  
**RqR Enfermería Comunitaria**

**ANEXO 3. ARTÍCULO PUBLICADO EN GLOBAL HEALTH PROMOTION**

---

# Impact of a sex education programme in terms of knowledge, attitudes and sexual behaviour among adolescents in Asturias (Spain)

Jose García-Vázquez<sup>1</sup> , Llorenç Quintó<sup>2</sup> and Esteban Agulló-Tomás<sup>3</sup>

**Abstract:** Sex education in schools is an adolescents' right, and can have health benefits, such as improved knowledge or increased condom use. In Asturias, a secondary school programme called Neither Ogres Nor Princesses educates pupils for four years with trained teaching staff and external workshops. This study examined whether this programme (a) improved adolescents' sexuality knowledge, attitudes and skills, and (b) increased condoms use. A quasi-experimental survey was conducted, with comparison arm, with a pre-test in the first year of secondary school (12- to 13-year-olds), and two post-tests: after the intervention (15- to 16-year-olds) and two years later (17- to 18-year-olds). A questionnaire with socio-demographic, knowledge, attitude, skill and sexual behaviour variables was used. The impact was evaluated with 'difference-indifferences' analyses. There was a greater increase of knowledge in the intervention arm in both post-tests, and an increase in skills in the first post-test. Girls in the intervention arm reported less practices with penetration and greater condom use the first time, this also among boys. However, the impact was limited in time. Interventions that aim to increase sex education in curricula with quality and fidelity are a priority to guarantee children's rights and their health.

**Keywords:** sexuality, adolescents, evaluation, behaviour change

---

## Introduction

Sexual health, as defined by the World Health Organisation (WHO), is 'a state of physical, mental and social well-being in relation to sexuality', with 'a positive and respectful approach, as well as the possibility of having pleasurable and safe sexual experiences' (1). Additionally, sexual health among adolescents is crucial for their wellbeing and for global health. Globally, young people are at elevated risk of sexually transmitted infections (STIs) and unintended pregnancy through unprotected sexual intercourse (1); for example, worldwide, young people aged 15–24 represent nearly 20% of new HIV

infections (2). In Spain, the highest incidence rates of HIV cases are found in 25- to 29-year-olds (3) and abortion occurs more commonly in women around 20–24 years of age (4). In light of this situation, there are effective interventions to reduce these risks (5, 6), such as sex education (7), which is a sexual right, recognized by international organisations (7, 8).

There is strong evidence to support that school sex education programmes can delay first intercourse and/or increase the use of condoms and other contraceptive methods, which as a result reduces STIs and unintended pregnancies (5–7, 9–11).

1. Health Promotion Area, Ministry of Health of Asturias, Oviedo, Spain.
2. Barcelona Institute for Global Health (ISGlobal), Hospital Clinic-Universitat de Barcelona. Barcelona. Spain.
3. Social Psychology Area, School of Psychology, University of Oviedo, Asturias, Spain.

Correspondence to: Jose García-Vázquez, Health Promotion Area, Ministry of Health of Asturias, C/Ciriaco Miguel Vigil 9, Oviedo, 33006, Spain. Email: josevazquez@yahoo.es

*(This manuscript was submitted on 17 January 2019. Following blind peer review, it was accepted for publication on 12 August 2019)*

*Global Health Promotion* 1757-9759; Vol 0(0): 1–9; 873621 Copyright © The Author(s) 2019, Reprints and permissions: <http://www.sagepub.co.uk/journalsPermissions.nav> DOI: 10.1177/1757975919873621 [journals.sagepub.com/home/ghp](http://journals.sagepub.com/home/ghp)

Sex education with a ‘rights and gender’ approach, which presents sexuality as a positive human value and source of pleasure, and with a gender and empowering perspective (7,12–14), is internationally recognized as being effective (7, 12–15).

At the same time, the United Nations Sustainable Development Goals (SDGs) prioritise sex education as a strategy to promote gender equity and sexual and reproductive health (16). The SDGs, signed by 193 countries in 2015, set 169 goals for 2030, some related to sex education, and which all the signatory countries, including Spain, should fulfil. There is, therefore, a commitment to the implementation, evaluation and extension of sex education programmes, adapted to each context, contributing to the fulfilment of the SDGs.

In Spain, this commitment has a legal framework (17), which establishes sex education in schools. However, several studies show that this is not effectively or universally incorporated (18–20). Proposals for its implementation are based on voluntary and external work (no mandatory job), and most of them eventually disappear (19). As an example, in our country, only 14% of schools have given their teachers training in sex education during the last 3 years (21).

In Asturias, since 2008, the Regional Ministry of Health promotes a sex education programme called *Neither Ogres Nor Princesses (NONP)* (22). Based on a rights and gender approach (13), this intervention seeks to generate conditions for people to make autonomous responsible decisions, and promotes that they can exercise their rights, fulfill their responsibilities and respect the rights of others. The program addresses knowledge, attitudes of respect and training of social and specific skills in relation to sexuality, in order to promote healthy and respectful behaviors. This programme was designed based on other effective programmes (7, 14) and targets pupils aged 12 through 16 who receive sessions taught by their teachers during compulsory secondary education (from 1st year to 4th year). Teachers receive 12h of training beforehand and have the support of a didactical guide, with participative and active sessions to work in classroom (debates, role-playing, training techniques, etc.). The contents are organized into five thematic blocks: social skills (communication, emotion management, decision making, etc.), affectivity (self-esteem, friendship, family, love, etc.), anatomy and physiology (changes in puberty, menstruation, reproduction, etc.), pleasure and health (sexual practices, consent, prevention, etc.)

and identities (gender, feminism, sexual diversity, etc.). The participating teachers assumed the commitment to teach at least 5h in the classroom for each school year on these contents. Teaching is complemented with 2h of external workshops per year, except in 4th year, where two students per classroom, previously trained, taught a 3-h workshop to their classmates (‘peers methodology’).

After 1 year of implementation, a process evaluation was conducted pointing out that it was a novel intervention, with a high level of execution, as well as a high level of participation, satisfaction and usefulness perceived both by pupils and teachers (23).

*NONP* is intended to improve the health and well-being of adolescents, increase self-esteem and personal autonomy, promote freedom of choice through knowledge, and ensure equality between women and men and respect for sexual diversity. Key objectives related to sexuality include increasing facilitators’ knowledge as well as developing positive attitudes and social skills. This aims at the acquisition of pleasurable, healthy, safe and responsible sexual behaviour adopted by young people, which will contribute to reducing STIs and unintended pregnancies.

### *Research questions*

Does *NONP* (a) improve adolescents’ sexuality knowledge, attitudes and skills; and (b) increase condom use at first and last intercourse?

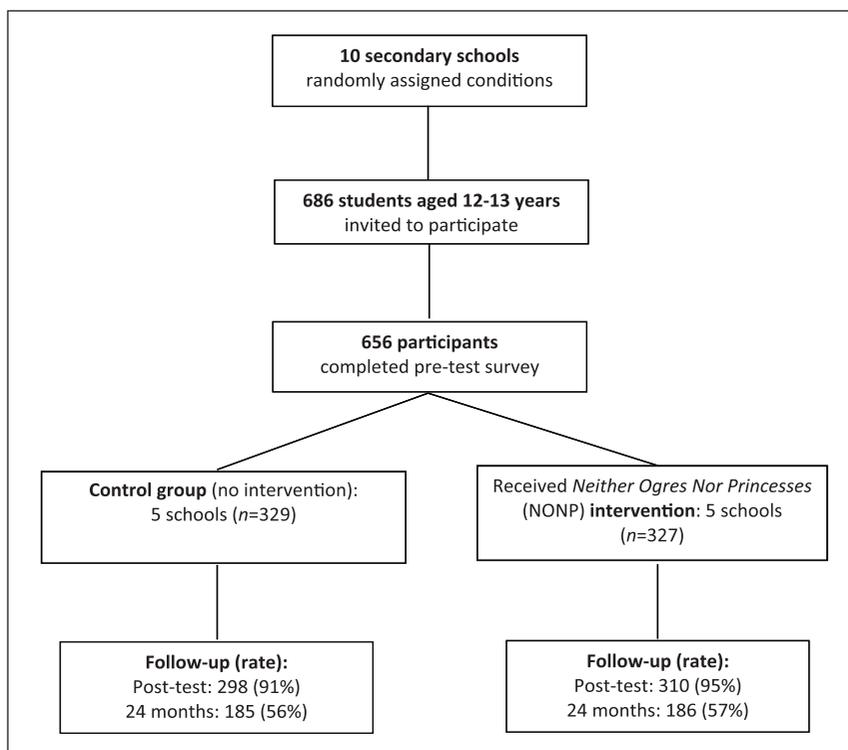
## **Methods**

### *Study design*

A quasi-experimental study was conducted with pupils who participated in the *NONP* programme and a comparison arm, using a pre-test, a post-test at the end of the intervention and a post-test in the medium term (2 years later) design.

Sample size was determined for 80% statistical power and bilateral significance of 5%, assuming a 50% prevalence of condom use in the comparison arm in the post-test and minimum significant differences of 10% in the intervention group.

Sampling was by cluster, and intervention schools were selected randomly until the established sample size was reached. In total, there were five secondary schools (out of 21 total with the programme), for which all their 1st year pupils participated. In order



**Figure 1.** Flowchart for group-randomised, controlled design.

to choose controls, comparability was sought in the same context: for each intervention school, another school in the same geographical area that did not participate in NONP or any other sex education programme was randomly selected.

### Data collection

Before the intervention (pre-test), the 1st year pupils (12- and 13-year-olds) completed an auto-administered and anonymous survey, previously piloted in four classrooms. Two post-intervention surveys were undertaken by an external team: at the end of the intervention, when the pupils were in 4th year (15- and 16-year-olds); and again in May 2016, 24 months after the intervention, when they were in 2nd baccalaureate year (17- and 18-year-olds). This study was not paired, for reasons of participation, organization and anonymity, and we assumed that the pupils would be the same, with minimal changes. For this reason, in post-tests, pupils who had not

previously completed the four grades of secondary school in the same centre were excluded.

### Ethical considerations

Ethical approval was granted by the Ministries of Education and Health, and with the consent of the centres' management teams. Families and pupils were informed of the study and both gave their consent to participate.

### Participants

The pre-test included 656 pupils (327 in the intervention and 329 in the control group). For the first post-test, the number of participants was 608 (310 intervention and 298 control) and 371 for the second post-test (186 intervention and 185 control). Response rates for pre-test and post-tests were 96%, 92% and 81%, respectively, with no differences by arm (Figure 1). Non-responses were due mainly to

absences. Surveys poorly answered (no response or inconsistencies), which were less than 1% in each arm and at each time, were excluded.

### *The interventions*

Teachers in the NONP programme taught 20.7h of sex education to their pupils during the 4years of intervention. In those schools, workshops made up another 7.5h. In total, pupils received an average of 28.1h (range: 24–34) of intervention. In control schools, activities during those 4years accounted for 4.2h on average, all external (range: 2–8). The information was gathered annually with the collaboration of each school. Sex education included in the curricular contents was not taken into account; it was also assumed that there were no differences by arm.

### *Outcome measures*

The variables were classified in five categories: socio-demographic, knowledge, attitudes, skills (ability to do), and sexual behaviour.

The socio-demographic consisted of gender, age and birth country. The average age of the participants at each intervention phase was 12, 16 and 17.5 years, respectively, with no differences by arm. There were no differences between the intervention and the control arm in relation to the participants' sex and country of birth.

For the rest of the categories, questions that appeared in other studies were used (24, 25), with 15 items for knowledge (with a choice of a true/false), for attitudes (using a Likert-type scale) and for skills (using frequency scale or 'yes/no').

Following the pattern of other studies (26, 27), a total score (out of 10) for knowledge, attitudes and skills was obtained, with the sum of correct/desired responses regarding the following topics: sexuality, equity, sexual diversity, pregnancies and STIs.

Lastly, sexual behaviour variables were: sexual intercourse with penetration (penis in vagina/anus), condom use at first intercourse and condom use at last intercourse (responses 'yes/no'). These aspects were not investigated in the pre-test, assuming that sexual activity is unusual at that age (24). On sexual behaviour, a declaration of sexual orientation ('heterosexual', 'bisexual', 'homosexual', 'I don't know') was also included.

### *Analysis*

A descriptive analysis was used, with the average and standard deviation for the quantitative variables and the distribution of absolute and relative frequencies for the qualitative variables.

Difference-in-differences (dif-in-difs) analyses were conducted to evaluate the impact of the intervention. Using a dif-in-difs analysis allowed us to simultaneously compare the difference between pre-test and post-tests in the intervention group versus the control group. The differences between the pre- and the post-tests in each group were expressed in terms of odds ratio (OR) and their confidence intervals at 95% (95% CI) obtained in the previous models. The modification of the difference between pre- and post-tests due to the intervention (interaction) was assessed using the difference in coefficients of the time between the groups, and was reported in terms of ratio of OR (ROR) at 95% CI.

In the same way, the global extent of the effect on each category using linear regression models was analysed, using the total score for each category as the dependent variable and the intervention group and time (pre-test or post-tests) in the control group and the intervention group as independent variables. Beta coefficients and their 95% CI were reported as a measure of the differences in the mean for each group, and the differences of these coefficients as a modification of the difference due to the intervention.

Values of  $p < 0.05$  were considered to be statistically significant in all comparisons. The analysis was performed with the statistical software Stata version 14.

## **Results**

### *Knowledge*

There was an increase in knowledge: from 4.8 to 7.0 and 7.8 in the control group, and from 4.1 to 6.8 and 7.7 in the intervention group (Table 1). This increase was greater in the intervention group, with a difference between the groups at the limit of significance in the first post-test ( $p = 0.053$ ) and significant in the second post-test ( $p = 0.022$ ).

In the analysis by sex, girls in the intervention group started from the lowest average score in the

Table 1. Knowledge, attitudes and skills.

|                               | Control Group   |                                 | Intervention Group |                                 | Dif-in-difs        |       | p |
|-------------------------------|-----------------|---------------------------------|--------------------|---------------------------------|--------------------|-------|---|
|                               | Mean score (SD) | Difference vs. pre-test (IC95%) | Mean score (SD)    | Difference vs. pre-test (IC95%) |                    | p     |   |
| <i>Knowledge</i>              |                 |                                 |                    |                                 |                    |       |   |
| Pretest                       | 4.8 (0.12)      | -                               | 4.1 (0.12)         | -                               | -                  | -     |   |
| -Girls                        | 4.8 (0.18)      |                                 | 3.9 (0.18)         |                                 |                    |       |   |
| -Boys                         | 4.7 (0.18)      |                                 | 4.1 (0.17)         |                                 |                    |       |   |
| Post-test 1                   | 7.0 (0.13)      | 2.25 (1.89, 2.60)               | 6.8 (0.12)         | 2.74 (2.39, 3.09)               | 0.49 (-0.01, 0.99) | 0.053 |   |
| -Girls                        | 7.4 (0.16)      | 2.65 (2.18, 3.11)               | 7.0 (0.15)         | 3.12 (2.64, 3.59)               | 0.47 (-0.19, 1.14) | 0.166 |   |
| -Boys                         | 6.6 (0.21)      | 1.85 (1.32, 2.38)               | 6.5 (0.19)         | 2.38 (1.87, 2.88)               | 0.53 (-0.20, 1.26) | 0.157 |   |
| Post-test 2 (24 months later) | 7.8 (0.14)      | 1.54 (1.34, 1.73)               | 7.7 (0.14)         | 1.86 (1.67, 2.06)               | 0.32 (0.04, 0.60)  | <0.05 |   |
| -Girls                        | 7.9 (0.19)      | 1.56 (1.28, 1.83)               | 8.1 (0.18)         | 2.09 (1.82, 2.37)               | 0.54 (0.15, 0.93)  | <0.01 |   |
| -Boys                         | 7.8 (0.20)      | 1.53 (1.25, 1.80)               | 7.4 (0.22)         | 1.61 (1.33, 1.88)               | 0.08 (-0.32, 0.47) | 0.698 |   |
| <i>Attitudes</i>              |                 |                                 |                    |                                 |                    |       |   |
| Pretest                       | 6.2 (0.13)      | -                               | 5.9 (0.13)         | -                               | -                  | -     |   |
| -Girls                        | 6.4 (0.17)      |                                 | 6.1 (0.18)         |                                 |                    |       |   |
| -Boys                         | 6.1 (0.19)      |                                 | 5.7 (0.18)         |                                 |                    |       |   |
| Post-test 1                   | 8.0 (0.12)      | 1.77 (1.41, 2.13)               | 7.8 (0.14)         | 1.93 (1.58, 2.29)               | 0.16 (-0.33, 0.67) | 0.520 |   |
| -Girls                        | 8.8 (0.13)      | 2.42 (1.98, 2.85)               | 8.7 (0.14)         | 2.57 (2.12, 3.01)               | 0.15 (-0.47, 0.77) | 0.629 |   |
| -Boys                         | 7.2 (0.19)      | 1.14 (0.60, 1.68)               | 7.0 (0.21)         | 1.31 (0.79, 1.83)               | 0.17 (-0.58, 0.92) | 0.662 |   |
| Post-test 2 (24 months later) | 8.5 (0.14)      | 1.14 (0.94, 1.33)               | 8.3 (0.15)         | 1.23 (1.03, 1.42)               | 0.09 (-0.18, 0.37) | 0.509 |   |
| -Girls                        | 9.1 (0.15)      | 1.36 (1.10, 1.60)               | 9.1 (0.13)         | 1.48 (1.23, 1.73)               | 0.12 (-0.23, 0.47) | 0.473 |   |
| -Boys                         | 7.9 (0.22)      | 0.94 (0.65, 1.23)               | 7.5 (0.26)         | 1.48 (0.61, 1.21)               | 0.03 (-0.33, 0.39) | 0.877 |   |
| <i>Skills</i>                 |                 |                                 |                    |                                 |                    |       |   |
| Pretest                       | 6.1 (0.13)      | -                               | 5.8 (0.12)         | -                               | -                  | -     |   |
| -Girls                        | 6.3 (0.16)      |                                 | 6.1 (0.17)         |                                 |                    |       |   |
| -Boys                         | 5.9 (0.20)      |                                 | 5.4 (0.16)         |                                 |                    |       |   |
| Post-test 1                   | 6.5 (0.13)      | 0.42 (0.08, 0.77)               | 6.7 (0.13)         | 0.96 (0.62, 1.31)               | 0.54 (0.04, 1.03)  | 0.031 |   |
| -Girls                        | 6.9 (0.16)      | 0.66 (0.22, 1.11)               | 7.5 (0.15)         | 1.32 (0.87, 1.77)               | 0.66 (0.21, 1.29)  | 0.043 |   |
| -Boys                         | 6.1 (0.19)      | 0.21 (-0.31, 0.73)              | 6.0 (0.18)         | 0.59 (0.09, 1.09)               | 0.38 (-0.33, 1.09) | 0.294 |   |
| Post-test 2 (24 months later) | 7.1 (0.15)      | 0.51 (0.31, 0.71)               | 7.1 (0.16)         | 0.65 (0.45, 0.85)               | 0.13 (-0.14, 0.41) | 0.349 |   |
| -Girls                        | 7.5 (0.19)      | 0.64 (0.37, 0.90)               | 7.6 (0.19)         | 0.69 (0.43, 0.95)               | 0.05 (-0.32, 0.42) | 0.772 |   |
| -Boys                         | 6.7 (0.23)      | 0.42 (0.13, 0.71)               | 6.5 (0.25)         | 0.55 (0.25, 0.84)               | 0.13 (-0.28, 0.55) | 0.538 |   |

Table 2. Sexual behaviour.

|                           | <i>Pre-test</i><br>(12- to 13-year-olds) |          |                     |          | <i>Post-test 1</i><br>(15- to 16-year-olds) |          |                     |          | <i>Post-test 2</i><br>(17- to 18-year-olds) |          |                     |          |
|---------------------------|--|----------|---------------------|----------|---|----------|---------------------|----------|---|----------|---------------------|----------|
|                           | <i>Control</i>                           |          | <i>Intervention</i> |          | <i>Control</i>                              |          | <i>Intervention</i> |          | <i>Control</i>                              |          | <i>Intervention</i> |          |
|                           | %  | <i>n</i> | %                   | <i>n</i> | %   | <i>n</i> | %                   | <i>n</i> | %   | <i>n</i> | %                   | <i>n</i> |
| Homosexual                | 0.6                                      | 2        | 0.9                 | 3        | 0.7   | 2        | 1.6                 | 5        | 1.6   | 3        | 1.6                 | 3        |
| Heterosexual              | 97.0                                     | 319      | 96.0                | 314      | 97.0  | 289      | 93.9                | 291      | 95.2  | 176      | 94.6                | 176      |
| Bisexual                  | 0.9                                      | 3        | 0                   | 0        | 1.0   | 3        | 2.9                 | 9        | 1.1   | 2        | 2.7                 | 5        |
| I don't know              | 1.5                                      | 5        | 2.5                 | 8        | 1.0   | 3        | 1.6                 | 5        | 21.6  | 3        | 1.1                 | 2        |
| No answer                 | 0.0                                      | 0        | 0.6                 | 2        | 0.3   | 1        | 0.0                 | 0        | 0.5   | 1        | 0.0                 | 0        |
| <i>Sexual intercourse</i> |  |          |                     |          |   |          |                     |          |   |          |                     |          |
| Total                     | –  | –        | –                   | –        | 40.6  | 121      | 34.8                | 108      | 63.8  | 118      | 55.9                | 104      |
| ▪ Girls                   | –  | –        | –                   | –        | 50.3*                                       | 75       | 34.9*               | 53       | 70.0*                                       | 63       | 56.0*               | 56       |
| ▪ Boys                    | –  | –        | –                   | –        | 30.9  | 46       | 34.8                | 55       | 57.9  | 55       | 55.8                | 48       |
| <i>Condom use</i>         |  |          |                     |          |   |          |                     |          |   |          |                     |          |
| First time                | –  | –        | –                   | –        | 77.7*                                       | 94       | 92.6*               | 100      | 87.3  | 103      | 91.4                | 95       |
| ▪ Girls                   | –  | –        | –                   | –        | 78.7*                                       | 59       | 94.3*               | 50       | 84.1  | 53       | 89.3                | 50       |
| ▪ Boys                    | –  | –        | –                   | –        | 76.1*                                       | 35       | 90.9*               | 50       | 90.9  | 50       | 93.8                | 45       |
| Last time                 | –  | –        | –                   | –        | 72.7  | 88       | 80.6                | 87       | 77.1  | 91       | 82.7                | 86       |
| ▪ Girls                   | –  | –        | –                   | –        | 72.0  | 54       | 83.0                | 44       | 69.8*                                       | 44       | 85.7*               | 48       |
| ▪ Boys                    | –  | –        | –                   | –        | 73.9  | 34       | 78.2                | 43       | 85.5  | 47       | 79.2                | 38       |

\* $p < 0.05$ .

pre-test (3.9) and obtained the highest in the second post-test (8.1), while boys from the same group started from a similar situation (4.1) but reached a lower final score (7.4). In the control group, there were no differences between boys and girls.

### Attitudes

There were significant increases in the total score: 6.2 to 8 and 8.5 in the control group; 5.9 to 7.8 and 8.3 in the intervention group (Table 1). This evolution was similar in both groups, without significant differences.

The starting situation was similar in boys and girls, but girls evolved better in both groups, with an average of 9.1 in the second post-test vs. 7.9 for boys in the control group and 7.5 for boys in the intervention group.

### Skills

The total score increased in both arms: 6.1 to 6.5 and 7.1 in the control group and 5.8 to 6.7 and 7.1 in the intervention group (Table 1). This increase

was greater in the intervention group in the first post-test ( $p = 0.031$ ).

Boys in the intervention group started with the lowest average (5.4 vs. close to 6.2 for the girls in both groups and 5.9 for boys in the control group) and also obtained the lowest final score: 6.5 in the second post-test vs. 7.6 of the girls in their group (6.7 and 7.5 in the control group, respectively).

### Sexual behaviour

Declared sexual orientation was similar in both intervention and control groups at the different times of the study: around 95% of the pupils declared themselves to be heterosexual (Table 2).

Sexual intercourse was more frequent in the control group (41 vs. 35% in the intervention group in the first post-test) and also in the second post-test (64 vs. 56%), but without statistical significance. In the analysis by sex, there were significant differences among girls, with lower rates in the intervention group.

Among those, condom use at first intercourse was significantly higher in the intervention group, among

both girls and boys, at more than 90% compared with 78% in the control group. These differences disappeared in the second post-test where condom use increased in the control group up to 89%, while remaining at 91% in the intervention group.

Condom use at last intercourse was greater in the intervention group: 81 vs. 73% in the first post-test, and 83 vs. 77% in the second post-test, but without statistical significance. There were significant differences among girls in the analysis by sex: 70% in the control group vs. 86% in the intervention group in the second post-test.

## Discussion

Boys and girls, in both arms, improved in sexuality knowledge, attitudes and skills. However, the intervention group experienced a significantly greater increase in knowledge and in skills (in the first post-test). There was also an impact on sexual behaviour: reduced sexual intercourse with penetration, with statistical significance in girls, and greater condom use at first intercourse in both sexes after the intervention. In the medium term, girls also declared greater condom use in their most recent sexual intercourse.

At the same time, the intervention had no impact on attitudes: variables evolved positively but without differences between the groups. These findings were similar to the results obtained by other sex education programmes (7, 26–28). This fact may have several explanations; for instance, the limited influence of schools (29, 30) in a context in which pupils are influenced on a massive scale, primarily through the media, which presents a model of sexuality based on gender stereotypes (29). This reality makes it extremely difficult for these interventions to achieve health outcomes and highlights the urgent need for action from different fields beyond school (6, 30).

These results are consistent with those found in other Spanish studies, which reported improvements in knowledge and skills, and sometimes in sexual behaviour (19, 25, 28). However, they should be interpreted wisely, taking into account the limitations of this investigation. On the one hand, the hours of intervention were within the recommendations (7, 14), it was superior even to other rigorously designed and evaluated programmes (25–28, 31), and the teachers fulfilled their commitment. But, on the other hand, the quality of the intervention relies on

teachers and their experience, training and fidelity with the scheduled sessions, which are key aspects in these kinds of interventions (7, 32), yet were not controlled. Another possible bias could be the pupils' socioeconomic, cultural and religious status, a non-collected variable, which could influence extracurricular sexual education, but which was sought to be controlled in the way in which similar centres in the same geographical area were selected. Finally, the sample size in the second post-test was smaller than expected, because absences were higher than initially expected, which decreased its statistical power.

Regarding sexual behaviour, note that data from this study is consistent with others recently conducted in Asturian young people. Specifically, the HBSC-2014 study (33) found that 59% of Asturian adolescents aged 17–18 had sexual intercourse with penetration (vs. 60% in the average of both groups of our study), 84% of whom used a condom at last intercourse (vs. 80% of our study). Compared with other regions (33), Asturias was one of the communities with safer practices at last intercourse (with 10 percentage points above the national average for condom use). Condom use at last intercourse declined by 4% in adolescent Asturians aged 17–18 in relation to HBSC-2006 study data (24), although there was a fall of 12% in the national average. According to the data obtained, we could say that the intervention, with 50% coverage from the 2012–2013 academic year, has perhaps helped to maintain the Asturian figures of condom use.

The findings of this study are also comparable to others recently conducted in Spain within young people (29, 34, 35), in which girls declared more practices with penetration and reduced condom use, which also occurred in the control group. This ties in with the fact that the impact of the intervention on sexual behaviour occurred mostly among girls: penetration was less frequent thanks to them, and girls also used more condoms. These differences seem to indicate that girls are more receptive to these kinds of interventions (9, 25, 28).

Therefore, it can be concluded that the NONP programme had a positive impact. In relation to the research questions, it increased condom use and improved knowledge and skills, although in a limited way, and more notably among girls. These findings are important because, despite the noted

effects of sex education (5–7), not all studies have been able to find an impact on sexual behaviour (7, 19, 26–28, 32), which may have to do with the duration and quantity of this intervention (four school years, with almost 30h). It would obviously be necessary to repeat this investigation in the future to demonstrate its validity.

Meanwhile, this intervention may be a good starting point to making sex education universal through compulsory education, as is internationally recommended and as is done in other countries (7, 10, 12, 14). In extending sex education, there are two key aspects to strengthen: teacher training (7–14), which would have an impact on commitment and quality of the intervention (7, 32); and the setting of a minimum curricular content, fully integrated into the school curriculum (7, 12). For example, in Estonia, with a sex education programme in curricula throughout 3 years, the improvement in youth sexual indicators since 2000 has been impressive. Such improvements include an unprecedented reduction in STIs and HIV infections rates and also sizeable downward trends in abortion and teenage birth rates due to a sharp increase in condom and contraceptive use among young people (10).

To improve the impact on sexual health goals, complementary interventions, involving families, media, and health services, are also essential, while taking into account social inequities as well as the huge influence of the internet's social networks and pornography (5, 6, 10, 36–38). Thus, sex education is recommended from health services (in revisions programmed in childhood and adolescence), recreational actions at the community level (cinema, etc.) and free distribution of quality condoms (5, 6, 12, 39–40).

These are key aspects to fully achieve the rights of adolescents, the United Nations SDGs and, above all, improve the welfare, health and education of adolescents.

#### *Acknowledgements*

We would like to acknowledge the support of Eva Iraizoz, Mark Prunella-Miller, Mario Salas and Esther Arbesú, who provided advice, the pupils of this study (and their teachers) and of the NONP programme, the authentic protagonists of this paper and sex education.

#### *Declaration of Conflicting Interest*

The authors declare that there is no conflict of interest.

#### *Funding*

The author(s) disclosed receipt of the following financial support for the research, authorship, and/or publication of this article: This research is part of the work in sexual education of the Regional Ministry of Health of Asturias.

#### *ORCID iD*

Jose García-Vázquez  <https://orcid.org/0000-0002-2770-8194>

#### *References*

1. World Health Organization. Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health. Geneva: WHO; 2006.
2. UNAIDS. Global AIDS update 2016. Geneva: UNAIDS; 2016.
3. Área de Vigilancia de VIH y Comportamientos de Riesgo. Vigilancia Epidemiológica del VIH y sida en España 2017: Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH y Registro Nacional de Casos de Sida. Madrid: Plan Nacional sobre el Sida, Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III; 2018.
4. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Interrupción Voluntaria del Embarazo. Datos definitivos correspondientes al 2017. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social; 2018.
5. Goesling B, Colman S, Trenholm C, Terzian M, Moore K. Programs to reduce teen pregnancy, sexually transmitted infections, and associated sexual risk behaviors: a systematic review. *J Adolesc Health* 2014; 54: 499–507.
6. Oringanje C, Meremikwu MM, Eko H, Esu E, Meremikwu A, Ehiri JE. Interventions for preventing unintended pregnancies among adolescents. *Cochrane Database Syst Rev* 2016; 2: CD005215.
7. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, UNAIDS Secretariat, The United Nations Population Fund, The United Nations Children's Fund, UN Women and The World Health Organization. International technical guidance on sexuality education: an evidence-informed approach. Paris: UNESCO; 2018.
8. Starrs AM, Ezech AC, Barker G, Basu A, Bertrand JT, Blum R, et al. Accelerate progress—sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher-Lancet Commission. *Lancet* 2018; 391: 2642–2692.
9. Duberstein L, Maddow-Zimet I. Consequences of sex education on teen and young adult sexual behaviors and outcomes. *J Adolesc Health* 2011; 51: 332–338.
10. UNESCO. Cost and cost-effectiveness analysis of school-based sexuality education programmes in six countries. Paris: UNESCO; 2011.
11. Mason-Jones AJ, Sinclair D, Mathews C, Kagee A, Hillman A, Lombard C. School-based interventions for preventing HIV, sexually transmitted infections,

- and pregnancy in adolescents. *Cochrane Database Syst Rev* 2016; 11: CD006417.
12. Haberland N, Rogow D. Sexuality Education: emerging trends in evidence and practice. *J Adolesc Health* 2015; 56: 515–521.
  13. Berglas NF, Constantine NA, Ozer EJ. A rights-based approach to sexuality education: conceptualization, clarification and challenges. *Perspect Sex Reprod Health* 2014; 46: 63–72.
  14. WHO Regional Office for Europe & BZgA. Standards for Sexuality Education in Europe. Cologne: Federal Centre for Health Education, BZgA; 2010.
  15. UNFPA. Operational guidance for comprehensive sexuality education: a focus on human rights and gender. New York, NY: United Nations Population Fund; 2014.
  16. United Nations. Transforming Our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development. Resolution Adopted by the General Assembly on 25 September 2015. New York, NY: UN; 2015.
  17. Boletín Oficial del Estado. Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. BOE, núm. 55, 4 de marzo de 2010.
  18. García-Cabeza B, Sánchez Bello A. Sex education representations in Spanish combined biology and geology textbooks. *Int J Sci Educ* 2013; 35: 1725–1755.
  19. Espada JP, Morales A, Orgilés M, Piqueras J, Carballo JL. A review of school HIV/AIDS prevention programs in Spain. *Int J Hisp Psychol* 2013; 5: 99–112.
  20. Larrañaga I, Martín U, Bacigalupe A. Salud sexual y reproductiva, y crisis económica en España. Informe SESPAS 2014. *Gac Sanit* 2014; 28: 109–115.
  21. Moreno C, Ramos P, Rivera F, Jiménez-Iglesias A, García-Moya I, Sánchez-Queija I, et al. Estudio Health Behaviour in School-aged Children HBSC-2014): Actividades de promoción y educación para la salud en los centros educativos españoles. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2016.
  22. García-Vázquez J, Lena A, González C, Blanco Orviz AG. Ni ogros ni princesas. Programa para la educación afectivo-sexual en la ESO. Asturias: Gobierno del Principado de Asturias; 2009.
  23. García-Vázquez J, Lena A, Suárez O. Evaluación de proceso del programa de educación afectivo-sexual Ni ogros ni princesas. *Global Health Promot* 2012; 19: 78–86.
  24. Moreno C, Muñoz-Tinoco V, Pérez P, Sánchez Queija I, Granado Alcó M del C, Ramos Valverde P, et al. Desarrollo adolescente y salud. Resultados del estudio HBSC-2006 con chicos y chicas españoles de 11 a 17 años. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2008.
  25. Espada JP, Orgilés M, Morales A, Ballester R, Huedo-Medina TB. Effectiveness of a school HIV/AIDS prevention program for Spanish adolescents. *AIDS Educ Prev* 2012; 24: 500–513.
  26. Wight D, Raab G, Henderson M, Abraham C, Buston K, Hart G, et al. Limits of teacher-delivered sex education: interim behavioural outcomes from a randomised trial. *BMJ* 2002; 324: 1430–1435.
  27. Elliott L, Henderson M, Nixon C, Wight D. Has untargeted sexual health promotion for young people reached its limit? A quasi-experimental study. *J Epidemiol Community Health* 2013; 67: 398–404.
  28. Morales A, Espada JP, Orgilés M. Short-term evaluation of a skill-development sexual education program for Spanish adolescents compared with a well-established program. *J Adolesc Health* 2015; 56: 30–37.
  29. Benedicto J (director). Informe Juventud en España 2016. Madrid: Instituto de la Juventud; 2017.
  30. Svanemyr J, Amin A, Robles J, Greene ME. Creating an enabling environment for adolescent sexual and reproductive health: a framework and promising approaches. *J Adolesc Health* 2015; 56: 7–14.
  31. Constantine N, Jerman P, Berglas N, Angulo-Olaiz F, Chou CP, Rohrbach LA. Short-term effects of a rights-based sexuality education curriculum for high-school students: a cluster-randomized trial. *BMC Public Health* 2015; 15: 293.
  32. Cronin J, Heflin C, Price A. Teaching teens about sex: a fidelity assessment model for Making Proud Choices. *Eval Program Plann* 2014; 46: 94–102.
  33. Moreno C, Ramos P, Rivera F, Jiménez-Iglesias A, García-Moya I, Sánchez-Queija I, et al. Informe técnico de los resultados obtenidos por el Estudio Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) 2014 en España. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2016.
  34. Rodríguez J, Traverso CI. Conductas sexuales en adolescentes de 12 a 17 años de Andalucía. *Gac Sanit* 2016; 26: 519–524.
  35. Folch C, Álvarez JL, Casabona J, Brotons M, Castellsagué X and the Grupo Jóvenes e Internet. Determinantes de las conductas sexuales de riesgo en jóvenes de Cataluña. *Rev Esp Salud Pública* 2015; 89: 471–485.
  36. Bui ER, Klinkenberger N, McFarlane M, Kachur R, Daley EM, Baldwin J, et al. Evaluating the Internet as a sexually transmitted disease risk environment for teens: findings from the communication, health, and teens study. *Sex Transm Dis* 2013; 40: 528–533.
  37. Horvath MAH, Alys L, Massey K, Pina A, Scally M, Adler J. Basically, porn is everywhere: a rapid evidence assessment on the effects that access and exposure to pornography has on children and young people. London: Middlesex University, 2013.
  38. Ballester-Arnal R, Gil-Llario MD, Ruiz-Palomino E, Giménez-García C. Effectiveness of a brief multi-component intervention to HIV prevention among Spanish youth. *AIDS Behav* 2017; 21(9): 2726–2735.
  39. Breuner CC, Mattson G. AAP COMMITTEE ON ADOLESCENCE, AAP COMMITTEE ON PSYCHOSOCIAL ASPECTS OF CHILD AND FAMILY HEALTH. et al. Sexuality education for children and adolescents. *Pediatrics* 2016; 138: e20161348.
  40. Denno D, Hoopes A, Chandra-Mouli V. Effective strategies to provide adolescent sexual and reproductive health services and to increase demand and community support. *J Adolesc Health* 2015; 56(Suppl 1): 22–41.

**ANEXO 4. ARTÍCULO PUBLICADO EN  
REVISTA ESPAÑOLA DE SALUD PÚBLICA**

---

## EVOLUCIÓN DE LA SALUD SEXUAL DE LA POBLACIÓN ADOLESCENTE ESPAÑOLA Y ASTURIANA

José García-Vázquez (1), Llorenç Quintó Domech (2), Marcos Nascimento (3) y Esteban Agulló-Tomás (4)

(1) Servicio de Promoción de la Salud. Consejería de Sanidad del Principado de Asturias. Oviedo. España.

(2) Instituto de Salud Global de Barcelona (ISGlobal). Hospital Clinic - Universitat de Barcelona. Barcelona. España.

(3) Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Fiocruz. Rio de Janeiro. Brasil.

(4) Universidad de Oviedo. Oviedo. España.

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de interés.

### RESUMEN

**Fundamentos:** La salud sexual en la adolescencia es clave para la salud global, tal y como recogen los *Objetivos de Desarrollo Sostenible* de la Organización de las Naciones Unidas. El objetivo de este estudio fue conocer el estado de la salud sexual de la población adolescente asturiana y española, así como su evolución temporal.

**Sujeto y métodos:** Se recogieron datos secundarios sobre conducta sexual, interrupción voluntaria del embarazo (IVE), infecciones de transmisión sexual (ITS) y violencia de género desde 2011 hasta 2016. Se usaron porcentajes y medias para la conducta sexual y tasas para el resto. Se calculó la diferencia en la evolución mediante el método diferencias-en-diferencias y mediante el incremento o descenso porcentual para las tasas.

**Resultados:** En el periodo estudiado, hubo un aumento de las relaciones sexuales coitales en la adolescencia (del 4% en Asturias y del 2% en España), un descenso del uso del preservativo (-5% en Asturias y -10% en España) y un aumento del uso de la píldora anticonceptiva (+12 puntos porcentuales en Asturias y +7 en España). En Asturias, las tasas de infección por el VIH, gonorrea y sífilis descendieron desde 2014 (-4%, -18% y -33%, respectivamente), mientras que en España la gonorrea aumentó (+74%). Las tasas de aborto (-25% en Asturias y -34% en España) y de mujeres víctimas de violencia de género (-9% en Asturias y -14% en España) descendieron en ambos territorios.

**Conclusiones:** El aumento de prácticas sexuales con penetración y el descenso del uso del preservativo coloca a los adolescentes en una situación de gran vulnerabilidad frente a las infecciones de transmisión sexual. Es urgente garantizar los derechos sexuales, con intervenciones integrales, efectivas y universales, tales como la educación sexual obligatoria en las escuelas y la atención sanitaria de la salud sexual.

**Palabras clave:** Conducta sexual, IVE, ITS, Violencia de género, Salud sexual, Adolescentes.

### ABSTRACT

#### Evolution of sexual health in spanish and asturian adolescents

**Background:** Sexual health among adolescents is crucial for their wellbeing and for global health, as reflected in the United Nations *Sustainable Development Goals*. The aim of this study is learn more about the state of sexual health of adolescents in Spain and Asturias, and how it has evolved over time.

**Methods:** Secondary data on sexual behavior, voluntary interruption of pregnancy, sexually transmitted infections and gender violence from 2011 to 2016 were collected and analyzed. Percentages and averages were used for sexual behavior and rates for the rest of the variables. The difference in the evolution was calculated using the differences-in-differences method and with the percentage increase or decrease for the rates.

**Results:** In the period studied there was an increase in penetrative sex among adolescents (4% in Asturias and 2% in Spain), a decrease in condom use (-5% in Asturias and -10% in Spain) and an increase in the use of the contraceptive pill (12 percentage points in Asturias and 7 in Spain). In relation to the rates, sexually transmitted infections decreased in Asturias (-4%, -18% y -33%, respectively) and gonorrhoea increased in Spain (+74%). Rates of abortion (-25% in Asturias, -34% in Spain) and female victims of gender violence (-9% in Asturias, -14% in Spain) decreased in both territories.

**Conclusions:** Rates of sexually transmitted infections and abortion show great vulnerability in adolescence. It is urgent that we defend sexual rights with comprehensive, effective and universal interventions, such as compulsory sex education in schools and health care for sexual health.

**Key words:** Sexual behavior, IVE, STIs, Gender violence, Sexual health, Adolescents.

## INTRODUCCIÓN

La salud sexual se define como el estado de bienestar físico, emocional, mental y social en relación a la sexualidad<sup>(1)</sup>. Para poder disfrutarla, existen una serie de derechos, reconocidos a nivel internacional<sup>(2,3,4,5)</sup>, entre los que se encuentran el derecho al placer sexual, a la educación sexual integral o a la atención sanitaria.

Paralelamente, la adolescencia constituye un periodo clave de la vida para garantizar el bienestar futuro, especialmente en relación a la sexualidad. Así lo reconoce la Organización de las Naciones Unidas (ONU) en sus *Objetivos de Desarrollo Sostenible* (ODS)<sup>(6)</sup>. Tres de estos 17 objetivos apuntan a la salud sexual y reproductiva en la adolescencia. Esta etapa, definida entre los 10 y los 19 años por la ONU<sup>(5)</sup>, se acompaña de riesgos asociados con la maternidad temprana, la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) y las infecciones de transmisión sexual (ITS)<sup>(1,2,3,4,5,6)</sup>.

La importancia de la atención de la salud sexual es reconocida en España a nivel normativo. Para cumplir con las recomendaciones internacionales, se aprobó en 2010 la *Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo*<sup>(7)</sup>. Esta norma regula el aborto y establece actuaciones de promoción y atención de la salud sexual, de formación y de investigación. Se desarrolló mediante la *Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva*<sup>(8)</sup>, publicada en 2011 por el Ministerio de Sanidad, que tuvo una aplicación casi nula, sobre todo en la parte referida a la salud sexual<sup>(9,10)</sup>. Así mismo, desde que en 2009 se realizó la *Encuesta Nacional de Salud Sexual*<sup>(11)</sup>, previa a la aprobación de la Ley 2/2010, no se han publicado nuevos estudios integrales sobre sexualidad y salud sexual en la población general. Se desconoce, por tanto, la situación de la población más allá de los indicadores dispersos de distintas fuentes de información<sup>(9,10)</sup>.

Algunos de estos indicadores señalan que la población joven está en situación de gran vulnerabilidad: en 2017, la tasa más alta de nuevas infecciones por el VIH se producía en jóvenes de entre 25 y 29 años<sup>(12)</sup>, y las mujeres de 20 a 24 años fueron las que más abortaron<sup>(13)</sup>. Igualmente, la violencia de género es frecuente entre la juventud. De las más de 28.000 mujeres víctimas que contaban con medidas cautelares u órdenes de protección en 2016, el 59% tenía entre 20 y 39 años<sup>(14)</sup>.

A pesar de esta situación, no se están desarrollando intervenciones efectivas, como la educación sexual en escuelas o desde Atención Primaria, que tendrían un impacto positivo en cuanto a conocimientos y conductas<sup>(4,15,16,17,18)</sup>. En el ámbito escolar, hay programas voluntarios de educación sexual en la mayoría de las comunidades autónomas, pero a la voluntariedad se añaden otras dificultades, como son la falta de apoyo institucional, la escasa cobertura, el protagonismo de talleres externos y/o la falta de apoyo de los libros de texto<sup>(8,9,10,19,20,21)</sup>. Así mismo, no se cuenta con información sobre la implementación y el alcance de estas iniciativas<sup>(8,9,10,19)</sup>, salvo en el caso de Asturias, donde existe un programa autonómico llamado *Ni Ogros Ni Princesas* que cuenta con informes anuales de seguimiento y varias evaluaciones de proceso e impacto<sup>(22)</sup>. Este programa, reconocido como *Buena Práctica del Sistema Nacional de Salud* por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, comenzó en 2008 con 2.700 estudiantes de entre 12 y 16 años (cobertura del 9%). Llegó a 11.500 alumnos en 2016 (un 38% del total y un 55% del alumnado de la red pública)<sup>(22)</sup>.

En el ámbito sanitario, a nivel estatal, las actividades desde Atención Primaria son escasas<sup>(8,9,10)</sup>, aunque algunas comunidades cuentan con centros de salud sexual y reproductiva (como Asturias o Cataluña) o consulta joven (Baleares). Son intervenciones

que no están extendidas a toda la geografía española y, a veces, se basan en el compromiso de determinados profesionales<sup>(8,9,10)</sup>.

Como resultado, en el *Barómetro sobre anticoncepción* realizado en 16 países europeos en 2015<sup>(23)</sup>, España alcanza puntuaciones medias inferiores a las de otros países. Algunos de estos indicadores fueron: sensibilización de la población (25 puntos sobre 100), educación sexual (26 puntos), empoderamiento de las mujeres (42 puntos) y prevención de la discriminación (45 puntos).

Partiendo de esta realidad, resulta urgente conocer qué está ocurriendo con la salud sexual de los adolescentes. Este estudio recopiló datos disponibles, y su evolución en los últimos años, sobre población adolescente española y asturiana, seleccionada la de esta última comunidad autónoma por disponer de un programa de educación sexual que cuenta con informes de cobertura y evaluación<sup>(10,22)</sup>. Sin pretender establecer causalidad, se presentó e interpretó un conjunto de datos que habitualmente se encuentran dispersos e inconexos, con el objetivo de detectar áreas particularmente vulnerables de la salud sexual y para así poder señalar las intervenciones más urgentes y necesarias.

## MATERIAL Y MÉTODOS

**Tipo de estudio.** Se recogieron datos secundarios para conocer la evolución de la salud sexual de los adolescentes asturianos y españoles. Se identificaron las fuentes existentes, se seleccionaron las más adecuadas para el objetivo de este estudio y se recopilaron los indicadores correspondientes.

**Indicadores, fuentes de información y población de estudio.** Los indicadores se clasificaron en 4 categorías: conducta sexual, IVE, ITS y violencia de género. La población de estudio fueron adolescentes de Asturias y España, y su

edad vino marcada por las fuentes utilizadas, que se detallan a continuación junto con las variables de cada categoría:

i) Para la conducta sexual, se utilizó la encuesta europea *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC) de 2006 y 2014, que disponía de resultados conductuales auto-informados en una muestra de jóvenes de 15 a 18 años<sup>(24)</sup>. Se utilizaron las siguientes variables: haber mantenido relaciones sexuales coitales, uso de preservativo en la última relación sexual coital, uso de la píldora en la última relación sexual coital, el no uso de métodos anticonceptivos en la última relación sexual coital (incluyendo “marcha atrás”), edad de la primera relación sexual coital y número de personas con quienes se habían mantenido relaciones sexuales coitales. Este estudio europeo, realizado cada cuatro años, también se llevó a cabo en 2010, pero con un tamaño muestral menor y sin representatividad autonómica, por lo que no se usaron los datos correspondientes a ese año.

ii) En relación a la IVE, se recogió el número en mujeres de entre 15 y 19 años, con datos del Registro de Interrupciones Legales del Embarazo del Ministerio de Sanidad<sup>(13)</sup>.

iii) En el caso de las ITS, las fuentes de información fueron la Consejería de Sanidad de Asturias y la Unidad de Vigilancia de VIH y comportamientos de riesgo del Centro Nacional de Epidemiología (Instituto de Salud Carlos III)<sup>(12,25)</sup>, que aportaron cifras de VIH, sífilis y gonorrea en población de 15 a 19 años. Los datos nacionales provenían de 15 comunidades autónomas, Ceuta y Melilla para VIH y gonorrea, y de 10 comunidades para sífilis, al estar la información disponible mediante declaración obligatoria individualizada.

iv) Por último, en cuanto a violencia de género, se recogió el número de mujeres víctimas de violencia de género (con orden de protección o medidas cautelares) menores de

25 años, publicado por el Instituto Nacional de Estadística (INE)<sup>(26)</sup>. No fue posible utilizar datos de jóvenes entre 15 y 19 años, ya que no existía el desglose para este grupo de edad.

**Periodo de estudio.** Los años de estudio fueron 2006 y 2014 para la conducta sexual (marcado así por la encuesta de referencia). Para el resto, se analizó desde 2011 hasta 2016, al ser este el último año con todos los indicadores disponibles y/o sin retraso en la notificación. Se seleccionó 2011 como punto de partida al ser el primer año completo de entrada en vigor de la Ley 2/2010 (que supuso un cambio relevante en cuanto al acceso al aborto y a la metodología de registro del mismo). En el caso de la sífilis y la gonorrea a nivel nacional, el año de partida fue 2014, al no estar recogida la información de forma individualizada previamente. Así mismo, el año 2016 puede tener todavía cierto retraso en la notificación.

**Análisis.** Para la conducta sexual se usaron porcentajes proporcionados por el estudio HBSC y las medias para la edad de la primera relación y el número de parejas sexuales. Se calculó la diferencia entre Asturias y España en la evolución de cada indicador mediante el método de diferencia-en-diferencias. El inicio y el final del periodo observado para cada indicador determinaron los momentos relevantes en el cálculo de las diferencias. El análisis inferencial de los indicadores continuos y proporciones se realizó usando valores individuales para cada indicador, que fueron simulados aleatoriamente según los parámetros de distribución, obtenidos en las fuentes originales (media y desviación estándar para las variables continuas o numerador y denominador para las proporciones). Una vez generados los datos, se estimaron Intervalos de Confianza al 95%, se calcularon las diferencias entre el inicio y el final del periodo en Asturias y España y se compararon estas diferencias mediante un test de hipótesis bilateral, basado en regresión logística para las

proporciones, y en regresión lineal para las medias. Dichos modelos de regresión fueron estimados con un término de interacción (año x lugar) y se estimó la diferencia-en-diferencias mediante el contraste del efecto marginal del año en cada lugar (Asturias y España).

Para el resto de variables (IVE, ITS y violencia de género), se calcularon las tasas usando como denominador la población correspondiente actualizada a 1 de julio del año correspondiente, publicada por el INE<sup>(27)</sup>. En el caso de la IVE, estas tasas se desglosaron por nacionalidad (española y extranjera). Para las ITS, se calcularon también por sexo. En el caso de la violencia de género, al disponer solo de datos referidos a menores de 25 años (por no estar desglosados para el grupo de entre 15 y 19 años), se usó como denominador para calcular la tasa el número total de mujeres jóvenes menores de 25 años, para cada año, actualizado a 1 de julio de cada año correspondiente<sup>(27)</sup>.

Con las tasas disponibles, se comparó la evolución con el cálculo de la diferencia porcentual de incremento o descenso de esa tasa entre el primer y último año de estudio, asumiendo la misma estructura de edad y sexo en Asturias y España.

## RESULTADOS

Los indicadores de la conducta sexual en la población adolescente asturiana y española están recogidos en la **tabla 1**.

**Relaciones sexuales coitales.** Hubo un aumento del porcentaje de población adolescente que declaró haber mantenido relaciones sexuales coitales entre 2006 y 2014 (del 39% al 43% en Asturias y del 34% al 36% en España), sin diferencias significativas en la evolución de los dos grupos ( $p=0,60$ ).

Por sexo, se produjo un aumento de las relaciones sexuales coitales declaradas por chicas y

**Tabla 1**  
**Indicadores de conducta sexual en población adolescente asturiana y española.**

| Variables   |            | Asturias              |                       |                         | España                |                       |                         | Diferencias-en-diferencias | P             |
|---|------------|-----------------------|-----------------------|-------------------------|-----------------------|-----------------------|-------------------------|----------------------------|---------------|
|   |            | 2006                  | 2014                  | Diferencia              | 2006                  | 2014                  | Diferencia              |                            |               |
| <b>Relaciones sexuales coitales</b>   | Total      | 39,1%<br>(35,3; 42,9) | 42,6%<br>(38,5; 46,7) | 3,5%<br>(-2,1; 9,1)     | 33,6%<br>(32,7; 34,6) | 35,6%<br>(34,7; 36,5) | 2,0%<br>(0,7; 3,2)      | 1,5%<br>(-4,2; 7,3)        | 0,6044        |
|   | Chicas     | 37,9%<br>(32,7; 43,2) | 38,3%<br>(32,4; 44,2) | 0,4%<br>(-7,5; 8,3)     | 32,4%<br>(31,2; 33,6) | 34,3%<br>(33,1; 35,5) | 1,9%<br>(0,2; 3,6)      | -1,5%<br>(-9,6; 6,6)       | 0,7144        |
|   | Chicos     | 40,4%<br>(34,8; 46,0) | 46,3%<br>(40,6; 52,0) | 5,9%<br>(-2,0; 13,9)    | 35,1%<br>(33,7; 36,5) | 36,9%<br>(35,7; 38,1) | 1,8%<br>(-0,1; 3,6)     | 4,1%<br>(-4,0; 12,3)       | 0,3228        |
|   | 15-16 años | 34,4%<br>(28,6; 40,1) | 25,5%<br>(20,4; 30,7) | -8,8%<br>(-16,5; -1,1)  | 26,3%<br>(25,1; 27,5) | 21,6%<br>(20,5; 22,6) | -4,7%<br>(-6,3; -3,1)   | -4,1%<br>(-12,0; 3,8)      | 0,3088        |
|   | 17-18 años | 42,5%<br>(37,4; 47,6) | 58,6%<br>(52,9; 64,3) | 16,1%<br>(8,4; 23,7)    | 42,5%<br>(41,1; 43,9) | 47,9%<br>(46,6; 49,2) | 5,4%<br>(3,5; 7,3)      | 10,7%<br>(2,8; 18,6)       | 0,0081        |
| <b>Uso de preservativo en la última relación sexual coital</b>                      | Total      | 90,3%<br>(86,4; 94,1) | 85,5%<br>(80,8; 90,2) | -4,8%<br>(-10,8; 1,3)   | 89,3%<br>(88,2; 90,4) | 79,6%<br>(78,3; 80,8) | -9,7%<br>(-11,4; -8,0)  | 5,0%<br>(-1,4; 11,3)       | 0,1240        |
|   | Chicas     | 88,0%<br>(82,3; 93,7) | 77,7%<br>(69,6; 85,7) | -10,3%<br>(-20,2; -0,5) | 87,1%<br>(85,5; 88,7) | 77,6%<br>(75,8; 79,5) | -9,5%<br>(-11,9; -7,0)  | -0,8%<br>(-11,0; 9,3)      | 0,8702        |
|   | Chicos     | 93,1%<br>(88,1; 98,0) | 90,9%<br>(85,5; 96,3) | -2,2%<br>(-9,5; 5,1)    | 91,7%<br>(90,3; 93,2) | 81,5%<br>(79,8; 83,3) | -10,2%<br>(-12,5; -8,0) | 8,1%<br>(0,4; 15,7)        | 0,0391        |
|   | 15-16 años | 93,8%<br>(88,4; 99,1) | 88,9%<br>(82,7; 95,1) | -4,9%<br>(-13,0; 3,3)   | 89,5%<br>(88,1; 91,0) | 82,5%<br>(80,8; 84,2) | -7,0%<br>(-9,3; -4,8)   | 2,2%<br>(-6,3; 10,6)       | 0,6129        |
|   | 17-18 años | 88,4%<br>(83,2; 93,6) | 84,1%<br>(77,3; 90,8) | -4,3%<br>(-12,8; 4,2)   | 89,0%<br>(87,4; 90,7) | 78,4%<br>(76,6; 80,3) | -10,6%<br>(-13,1; -8,1) | 6,3%<br>(-2,6; 15,2)       | 0,1628        |
| <b>Uso de la píldora en la última relación sexual coital</b>                        | Total      | 9,7%<br>(5,9; 13,6)   | 21,5%<br>(16,0; 27,0) | 11,8%<br>(5,0; 18,5)    | 8,2%<br>(7,3; 9,2)    | 15,4%<br>(14,3; 16,6) | 7,2%<br>(5,7; 8,7)      | 4,6%<br>(-2,3; 11,5)       | 0,1914        |
|   | Chicas     | 13,6%<br>(7,6; 19,6)  | 27,0%<br>(18,3; 35,7) | 13,4%<br>(2,8; 24,0)    | 9,5%<br>(8,1; 10,9)   | 17,1%<br>(15,5; 18,8) | 7,6%<br>(5,4; 9,8)      | 5,8%<br>(-5,0; 16,6)       | 0,2943        |
|   | Chicos     | 5,0%<br>(0,7; 9,2)    | 17,6%<br>(10,4; 24,8) | 12,6%<br>(4,3; 21,0)    | 6,7%<br>(5,4; 8,0)    | 13,7%<br>(12,1; 15,2) | 7,0%<br>(5,0; 9,0)      | 5,6%<br>(-2,9; 14,2)       | 0,1972        |
|   | 15-16 años | 6,2%<br>(0,9; 11,6)   | 18,2%<br>(10,6; 25,8) | 11,9%<br>(2,7; 21,2)    | 7,6%<br>(6,3; 8,9)    | 13,4%<br>(11,9; 14,9) | 5,8%<br>(3,8; 7,8)      | 6,1%<br>(-3,4; 15,6)       | 0,2052        |
|   | 17-18 años | 11,6%<br>(6,4; 16,8)  | 23,0%<br>(15,2; 30,8) | 11,4%<br>(2,0; 20,7)    | 8,7%<br>(7,2; 10,2)   | 16,2%<br>(14,6; 17,8) | 7,5%<br>(5,3; 9,7)      | 3,8%<br>(-5,8; 13,4)       | 0,4343        |
| <b>No uso de ningún método en la última relación sexual coital</b>                  | Total      | 13,4%<br>(9,1; 17,7)  | 6,8%<br>(3,5; 10,1)   | -6,6%<br>(-12,0; -1,1)  | 14,2%<br>(13,0; 15,5) | 14,5%<br>(13,4; 15,6) | 0,3%<br>(-1,4; 1,9)     | -6,8%<br>(-12,5; -1,1)     | 0,0186        |
|   | Chicas     | 14,6%<br>(8,5; 20,7)  | 14,9%<br>(7,7; 22,1)  | 0,3%<br>(-9,1; 9,7)     | 15,1%<br>(13,4; 16,8) | 14,9%<br>(13,3; 16,5) | -0,1%<br>(-2,5; 2,2)    | 0,4%<br>(-9,3; 10,1)       | 0,9324        |
|   | Chicos     | 12,0%<br>(5,9; 18,2)  | 0,9%<br>(-0,8; 2,6)   | -11,1%<br>(-17,5; -4,8) | 13,2%<br>(11,4; 15,0) | 14,1%<br>(12,5; 15,6) | 0,9%<br>(-1,5; 3,2)     | -12,0%<br>(-18,8; -5,2)    | 0,0005        |
|   | 15-16 años | 16,3%<br>(8,5; 24,1)  | 5,0%<br>(0,7; 9,3)    | -11,3%<br>(-20,2; -2,4) | 15,6%<br>(13,8; 17,3) | 14,1%<br>(12,5; 15,6) | -1,5%<br>(-3,8; 0,9)    | -9,8%<br>(-19,0; -0,6)     | 0,0366        |
|   | 17-18 años | 11,8%<br>(6,7; 17,0)  | 7,5%<br>(2,8; 12,2)   | -4,3%<br>(-11,3; 2,6)   | 13,3%<br>(11,5; 15,1) | 14,7%<br>(13,2; 16,3) | 1,5%<br>(-0,9; 3,9)     | -5,8%<br>(-13,2; 1,6)      | 0,1223        |
| <b>Edad media de primera relación sexual coital</b>                                 | Total      | 15,2<br>(15,0; 15,4)  | 14,9<br>(14,7; 15,1)  | -0,4<br>(-0,6; -0,1)    | 14,5<br>(14,5; 14,5)  | 14,2<br>(14,2; 14,2)  | -0,3<br>(-0,4; -0,3)    | -0,1<br>(-0,3; 0,1)        | 0,5477        |
|   | Chicas     | 15,4<br>(15,2; 15,6)  | 15,0<br>(14,8; 15,2)  | -0,5<br>(-0,9; -0,2)    | 14,7<br>(14,7; 14,7)  | 14,4<br>(14,4; 14,4)  | -0,3<br>(-0,4; -0,3)    | -0,2<br>(-0,5; 0,1)        | 0,1213        |
|   | Chicos     | 15,1<br>(14,8; 15,4)  | 14,9<br>(14,7; 15,1)  | -0,1<br>(-0,5; 0,2)     | 14,3<br>(14,2; 14,4)  | 14,1<br>(14,0; 14,2)  | -0,2<br>(-0,3; -0,1)    | 0,1<br>(-0,2; 0,4)         | 0,5600        |
|   | 15-16 años | 14,4<br>(14,1; 14,7)  | 14,5<br>(14,2; 14,8)  | -0,0<br>(-0,4; 0,3)     | 14,7<br>(14,6; 14,8)  | No disponible         | No disponible           | No disponible              | No disponible |
|   | 17-18 años | 15,7<br>(15,5; 15,9)  | 15,1<br>(14,9; 15,3)  | -0,3<br>(-0,6; -0,0)    | 15,6<br>(15,5; 15,7)  | No disponible         | No disponible           | No disponible              | No disponible |
| <b>Número de personas con quienes se han mantenido relaciones sexuales coitales</b> | Total      | 2,2<br>(2,0; 2,4)     | 2,5<br>(2,3; 2,7)     | 0,2<br>(-0,1; 0,5)      | 2,0<br>(1,9; 2,0)     | 2,3<br>(2,2; 2,3)     | 0,3<br>(0,3; 0,4)       | -0,1<br>(-0,4; 0,2)        | 0,4491        |
|   | Chicas     | 1,9<br>(1,7; 2,1)     | 2,3<br>(2,0; 2,6)     | 0,6<br>(0,2; 0,9)       | 1,7<br>(1,6; 1,8)     | 2,0<br>(1,9; 2,1)     | 0,3<br>(0,2; 0,4)       | 0,2<br>(-0,2; 0,6)         | 0,2441        |
|   | Chicos     | 2,5<br>(2,2; 2,8)     | 2,6<br>(2,3; 2,9)     | -0,0<br>(-0,5; 0,4)     | 2,3<br>(2,2; 2,4)     | 2,6<br>(2,5; 2,6)     | 0,2<br>(0,1; 0,3)       | -0,2<br>(-0,7; 0,2)        | 0,3364        |
|   | 15-16 años | 2,5<br>(2,1; 2,9)     | 2,2<br>(1,8; 2,6)     | -0,3<br>(-0,8; 0,2)     | 2,1<br>(2,0; 2,2)     | 2,2<br>(2,1; 2,3)     | 0,3<br>(0,2; 0,4)       | -0,6<br>(-1,1; -0,1)       | 0,0279        |
|   | 17-18 años | 2,0<br>(1,8; 2,2)     | 2,6<br>(2,3; 2,9)     | 0,4<br>(0,1; 0,8)       | 1,9<br>(1,8; 2,0)     | 2,3<br>(2,2; 2,4)     | 0,4<br>(0,3; 0,5)       | 0,0<br>(-0,4; 0,4)         | 0,8735        |

chicos, que fue similar en España y mayor para los chicos en el caso de Asturias (5,9% en ellos frente a 0,4% en ellas). Por edades, tanto a nivel autonómico como nacional, se produjo un descenso de estas prácticas en entre los 15 y los 16 años y un aumento entre los 17 y los 18 años.

En el análisis comparativo, el aumento de las relaciones coitales fue significativamente mayor en la población asturiana entre los 17 y los 18 años (16% frente al 5% en España,  $p < 0,01$ ).

**Uso del preservativo en la última relación sexual coital.** En 2014, el 85% de los adolescentes asturianos afirmó usar preservativo (descenso no significativo del 5% respecto a 2006) y lo usó el 80% de la española (caída significativa del 10%). En el caso de Asturias, el descenso en el uso del preservativo fue significativo en las chicas, mientras que en España fue en ambos sexos.

Al analizarlo comparativamente, el uso del preservativo tuvo un descenso significativamente menor en los chicos asturianos frente a los españoles (descenso del 10% frente al 2% en Asturias,  $p = 0,04$ ).

**Uso de la píldora en la última relación sexual coital.** El uso de la píldora aumentó tanto en Asturias como en España. A nivel autonómico, subió 12 puntos porcentuales, para situar el consumo en el 22% en 2014. A nivel nacional, ese ascenso fue del 7%, para un consumo final del 15%.

Esta evolución se produjo de forma similar en ambos sexos y en todas las edades, y fue ligeramente superior en la población asturiana que en la española, aunque sin significación estadística.

**Sin uso de métodos anticonceptivos en la última relación sexual coital.** El porcentaje de población asturiana que declaró no usar ningún método en 2014 fue del 7% (se redujo significativamente a

la mitad desde 2006), y en España fue del 15%, sin variación significativa respecto a 2006.

En el análisis por sexo, los chicos asturianos declararon un descenso del 11% en este indicador, mientras que el resto presentó datos similares entre los años de estudio.

En el análisis comparativo, la población asturiana evolucionó con diferencias significativas respecto a la española en el total (reducción del 6% frente a un aumento del 0,3% en España,  $p = 0,02$ ), en los chicos (reducción del 11% frente a un aumento del 0,9%,  $p < 0,01$ ) y entre los 15 y los 16 años (reducción de un 11% frente a una reducción de un 2%,  $p = 0,04$ ).

**Edad media de la primera relación sexual coital.** Hubo un leve descenso, pasando de los 15,2 a los 14,9 años en Asturias y de los 14,5 a los 14,2 años en España. La evolución fue similar tanto a nivel autonómico como nacional, sin diferencias significativas. El descenso fue mayor en las chicas, tanto asturianas como españolas, pero las edades declaradas fueron menores en los chicos.

**Número de personas con quienes se han mantenido relaciones sexuales coitales.** El número de parejas declarado en Asturias pasó de 2,2 en 2006 a 2,5 en 2014, sin significación estadística en el conjunto de la adolescencia. Este incremento sí fue significativo en las chicas y en la población de entre los 17 y los 18 años.

En España hubo un ligero aumento, estadísticamente significativo, en todas las edades, tanto en chicos como en chicas, pasando de 2 personas en 2006 a 2,3 en 2014.

En el análisis comparativo, hubo significación estadística en la evolución de los más jóvenes: entre los 15 y los 16 años, en los adolescentes asturianos no varió el número de personas mientras que en los españoles aumentó en 0,2 ( $p = 0,03$ ).

**Interrupción Voluntaria del Embarazo (tabla 2).**

La tasa de IVE en mujeres de entre 15 y 19 años experimentó un descenso en el periodo estudiado: en Asturias, este descenso fue de 25 puntos porcentuales (pasó de 14,4 puntos por cada 1.000 mujeres en 2011 a 10,8 puntos por cada 1.000 mujeres en 2016) y en España de 34 puntos (de 12,8 puntos a 8,5 puntos).

En el análisis por nacionalidad, hubo el mismo descenso en las mujeres españolas en Asturias y

España (34%), con tasas de IVE también similares en 2016 (7,5 en Asturias y 7,0 en España). En las mujeres de nacionalidad extranjera, la tasa de IVE aumentó un 16% en Asturias mientras que en España se redujo un 20%.

**Infecciones de Transmisión Sexual (tabla 3).**

En Asturias, las tasas de VIH, gonorrea y sífilis descendieron, en el periodo 2014-2016, un 4%, un 18% y un 33%, respectivamente. En España, bajó la tasa de VIH (-11%) y la de sífilis (-2%),

**Tabla 2**  
**Tasa de IVE en mujeres de 15 a 19 años en Asturias y España (x 1.000 mujeres).**

| Año          | Asturias  |             |       | España    |             |       |
|--------------|-----------|-------------|-------|-----------|-------------|-------|
|              | Españolas | Extranjeras | Total | Españolas | Extranjeras | Total |
| 2011         | 11,4      | 57,1        | 14,4  | 10,5      | 30,4        | 12,8  |
| 2012         | 11,7      | 56,2        | 14,8  | 9,9       | 29,6        | 12,2  |
| 2013         | 10,0      | 49,0        | 12,7  | 9,1       | 30,1        | 11,4  |
| 2014         | 9,0       | 60,4        | 12,2  | 7,4       | 25,9        | 9,3   |
| 2015         | 9,8       | 76,0        | 13,6  | 7,1       | 26,1        | 8,9   |
| 2016         | 7,5       | 66,3        | 10,8  | 7,0       | 24,4        | 8,5   |
| Diferencia % | -34,2     | 16,1        | -24,9 | -33,6     | -19,7       | -33,5 |

**Tabla 3**  
**Tasa de VIH, gonorrea y sífilis en jóvenes de 15 a 19 años en Asturias y en España (x 100.000).**

| Año                   | Asturias |          |         | España |          |         |
|-----------------------|----------|----------|---------|--------|----------|---------|
|                       | VIH      | Gonorrea | Sífilis | VIH    | Gonorrea | Sífilis |
| 2011                  | 2,6      | 2,6      | 5,2     | 3,7    | ND       | ND      |
| 2012                  | 2,6      | 5,3      | 7,9     | 3,4    | ND       | ND      |
| 2013                  | 2,7      | 18,9     | 0       | 4,4    | ND       | ND      |
| 2014                  | 2,7      | 16,3     | 8,1     | 3,8    | 11,7     | 4,2     |
| 2015                  | 0        | 10,8     | 0       | 4,0    | 16,4     | 3,7     |
| 2016                  | 2,6      | 13,4     | 5,4     | 3,4(*) | 20,3(*)  | 4,1(*)  |
| Diferencia % con 2011 | 0,0      | 415,4    | 3,8     | -8,1   | ND       | ND      |
| Diferencia % con 2014 | -3,7     | -17,8    | -33,3   | -10,5  | 73,5     | -2,4    |

ND: No disponible; (\*) No corregido por retraso en la notificación.

mientras que la de gonorrea aumentó (+74%). Si se toma el 2011 como año inicial para la comparación, las tasas se mantuvieron o aumentaron en Asturias (más de un 400% la de gonorrea) mientras que en España, la tasa de VIH (única disponible para la comparación) descendió un 8% (pendiente de retraso en la notificación).

**Violencia de género (tabla 4).** La tasa de mujeres menores de 25 años en situación de violencia de género (con orden de protección o medidas cautelares) descendió en Asturias, de 0,93 por cada 1.000 mujeres en 2011 a 0,85 en 2016 (descenso del 9%), y también en España, de 1,00 por cada 1.000 mujeres a 0,86 (descenso del 14%).

**Tabla 4**  
**Número de mujeres menores de 25 años víctimas de violencia de género con orden de protección o medidas cautelares y tasa por 1.000.**

| Año                 | Asturias |      | España |       |
|---------------------|----------|------|--------|-------|
|                     | n        | Tasa | n      | Tasa  |
| <b>2011</b>         | 92       | 0,93 | 5741   | 1,00  |
| <b>2012</b>         | 59       | 0,61 | 5019   | 0,88  |
| <b>2013</b>         | 56       | 0,58 | 4541   | 0,80  |
| <b>2014</b>         | 56       | 0,59 | 4512   | 0,80  |
| <b>2015</b>         | 61       | 0,65 | 4639   | 0,83  |
| <b>2016</b>         | 79       | 0,85 | 4803   | 0,86  |
| <b>Diferencia %</b> | -        | -9,1 | -      | -13,9 |

## DISCUSIÓN

Los datos muestran, en términos generales, que entre 2006 y 2014 hay un aumento de las prácticas sexuales con penetración en la adolescencia, acompañado de un descenso del uso del preservativo y un aumento del uso de la píldora anticonceptiva. Como resultado, las tasas de las ITS analizadas se mantienen o aumentan en Asturias desde 2011 y en España desde 2014, con un repunte importante de la gonorrea y un moderado descenso del VIH. Esto probablemente no será así cuando se corrija debido al retraso en la notificación. Paralelamente, la tasa de IVE descende tanto en Asturias como en España. Por último, la tasa de jóvenes víctimas de violencia de género descende en Asturias y en España.

En relación a la conducta sexual, los datos parecen consistentes al compararlos con otro

estudio de referencia, el *Informe Juventud*<sup>(28,29)</sup>. Este estudio, realizado periódicamente, detectó también, entre 2008 y 2016, un aumento de las prácticas sexuales con penetración, un descenso del uso del preservativo en la última relación, un aumento del uso de la píldora anticonceptiva y un descenso en la edad de la primera relación sexual con penetración.

Asimismo, las conductas estudiadas son coherentes con los otros resultados recogidos: descenso de la tasa de IVE (quizá vinculado al mayor consumo de la píldora anticonceptiva) y aumento de las ITS (que podría ser debido al menor uso del preservativo).

En relación a la IVE, las tasas de 2016 son de 10,8 en Asturias y de 8,5 en España, cifras inferiores a las de otros países como Dinamarca, Finlandia, Francia, Noruega o

Suecia<sup>(30)</sup>. No parecen alarmantes, por tanto, al compararlas con el entorno, pero sí lo son en términos de salud pública.

A pesar del descenso de la tasa de IVE en mujeres de nacionalidad española (con una caída tanto en Asturias como en España superior al 30%), la evolución en la población inmigrante es diferente, con un descenso más moderado en España y un aumento en Asturias. En ambos casos, y sobre todo en Asturias, las tasas de aborto en estas mujeres son muy altas y exigen una profunda reflexión (acompañada de medidas urgentes) sobre la vulnerabilidad de las mujeres en general, y de las inmigrantes en particular. Hay que tener en cuenta que estos abortos se producen también en menores y, por lo tanto, habría que garantizar los derechos de estas chicas (menores y adultas) para que no se produzcan casos de abuso ni de trata.

Sobre las ITS, el aumento de las tasas en la adolescencia es muy preocupante y evidencian una inadecuada protección frente a las mismas, lo que debería provocar también una alerta en salud pública. Cabe reflexionar sobre qué está pasando para que la juventud se exponga más al riesgo y, como consecuencia, padezca más enfermedades. Alguno de los factores que pueden contribuir a esta situación son la ausencia de educación sexual universal y de calidad en las escuelas<sup>(9,10,19,20,21)</sup>, los estereotipos de género tan marcados que existen entre la juventud<sup>(31,32,33)</sup> o el acceso a Internet, las redes sociales y la pornografía como fuentes de información sexual<sup>(32,34,35)</sup>. Hay que tener en cuenta que el sexting (intercambio de textos y/o imágenes de contenido sexual), el uso de páginas de contactos o los contenidos pornográficos, los cuales transmiten una idea machista, heteronormativa y coitocentrista de la sexualidad, están relacionados con un aumento de las prácticas sin protección<sup>(32,35,36,37,38)</sup>.

Junto con esta realidad tan preocupante, la violencia de género sigue presente en la

adolescencia y, a pesar del descenso de la tasa de mujeres víctimas, es inadmisibile que se sigan produciendo estas situaciones y no se adopten medidas concretas, integrales, efectivas y universales.

En el análisis comparativo, la juventud de Asturias declara conductas más seguras en el uso del preservativo, lo que debería traducirse en menos ITS, hecho confirmado con los datos recogidos en el periodo comparado (2014-16) frente a un aumento en España (que probablemente sea aún mayor cuando se corrija el retraso en la notificación). No obstante, estos datos requieren de una mayor consistencia temporal, dado los pocos años objeto de comparación.

En relación a la violencia de género, la tasa de mujeres víctimas de violencia es similar en ambos territorios en 2016, con un descenso ligeramente superior en España.

Como conclusión, se puede considerar que la población adolescente asturiana, que cuenta con una intervención de amplia cobertura, evoluciona de forma más positiva en los años analizados en la mayoría de indicadores. Esta interpretación hay que tomarla con prudencia, dada la variabilidad de los datos año a año, y no puede asociarse a la existencia de un programa de educación sexual. Si bien es cierto que este programa cuenta con una cobertura considerable<sup>(22)</sup>, no parece poder explicar por sí solo estas diferencias, aunque sí puede contribuir a esas conductas más seguras detectadas en los adolescentes asturianos (como un mayor uso del preservativo, de la píldora anticonceptiva y a menos prácticas sin métodos anticonceptivos). Se refuerza, además, con el hecho de que los adolescentes asturianos más jóvenes (entre 15 y 16 años) evolucionan de forma más positiva que los españoles en todos los indicadores de conducta sexual (con diferencias significativas en alguno de ellos). Esta población está más expuesta al programa *Ni Ogros Ni Princesas*, debido al aumento anual de su cobertura<sup>(22)</sup>.

Sin embargo, pretender establecer asociaciones no es el objetivo de este estudio, que además cuenta con varias limitaciones. En primer lugar, los indicadores utilizados son escasos y no reflejan de forma completa la salud sexual. En este sentido, caben dos reflexiones. Por un lado, la dificultad para recopilar datos, que no se publican o se hace de forma parcial (con retrasos, sin desglosar por edades, sexo, etc.). Por ejemplo, los delitos de odio por orientación sexual podrían haber sido indicadores de este estudio, pero no se encontraron datos desglosados por tramos de edad ni por sexo. Por otro lado, está la ausencia de indicadores de salud sexual basados en una visión positiva de la sexualidad, estudiándose sobre todo cuestiones relacionadas con riesgos (desde el aspecto biológico) y con delitos (desde el aspecto ilegal). Se olvidan así aspectos que tienen que ver con la satisfacción de la vida sexual, con las conductas que visibilicen la igualdad o el respeto a la diversidad sexual, o con las prácticas placenteras y diversas. Sería interesante, en esta línea, repensar cómo estudiar la salud sexual y establecer acuerdos interdisciplinarios para lograr unos indicadores más integrales y ajustados a las vivencias (también a las positivas) y a las diferentes orientaciones e identidades, no solo a las binarias (hombre/mujer).

La información recogida, como ya se planteó, muestra una situación de alerta en relación a la salud sexual de los adolescentes, tanto asturianos como españoles. Las autoridades competentes deben plantearse qué educación sexual se está impartiendo y cómo es el acceso a los métodos anticonceptivos, ya que estas dos intervenciones combinadas son prioritarias (y urgentes) para prevenir, de forma efectiva, los embarazos no deseados y las ITS<sup>(5,16,17,39)</sup>. En este sentido, una educación sexual universal, con perspectiva de derechos humanos y de género, así como el acceso universal a los servicios sanitarios integrales de atención sexual, son las principales recomendaciones para

avanzar hacia una sociedad con bienestar y equidad, así como hacia la consecución de los ODS<sup>(5,6,39,40,41,42,43,44,45)</sup>. A nivel práctico, urge la incorporación de la educación sexual como materia oficial o como parte significativa de una asignatura en la escuela<sup>(2,40,41,42,43,44)</sup> (tal y como se realiza en algunos países, alcanzando resultados positivos<sup>(41,44,45)</sup>), vinculada además a políticas preventivas de cualquier forma de violencia machista y homófoba<sup>(5,42,43,45,46,47)</sup>. En el ámbito sanitario, se debe garantizar el acceso universal a la planificación familiar, a los métodos anticonceptivos y a la educación sexual, mediante su incorporación en las consultas de medicina y enfermería, así como la implantación de protocolos para la prevención y actuación frente a cualquier tipo de violencia<sup>(5,16,17,42,47)</sup>. En esta línea, el acceso a servicios de salud amigables para jóvenes<sup>(48)</sup> y la distribución de preservativos (con nuevos materiales y diseños atractivos que aumenten su aceptación) son algunas de las acciones recomendadas<sup>(43)</sup>. Por último, como también se apuntó anteriormente, los abortos en menores, sobre todo si son de repetición, exigen la puesta en marcha de protocolos coordinados con los servicios sociales para detectar posibles casos de abuso y de trata.

Solo a través de estas medidas se podrá garantizar que la adolescencia pueda ejercer sus derechos sexuales y, por tanto, disfrutar de una vida sexual placentera y saludable, libre de desigualdades, coerciones y violencias.

## AGRADECIMIENTOS

A Marian Uría y Ramón Quirós, por su inestimable ayuda para el cálculo de las tasas de IVE y por su compromiso por mejorar la salud de la población. A Asunción Díaz Franco, por su buen hacer y su aportación a este trabajo con las tasas nacionales de ITS. A Eleanor Heneghan, por su revisión. A todas las personas que trabajan impartiendo educación sexual, por colaborar en mejorar la salud sexual de la

población y por su activismo en defensa de los derechos sexuales.

## BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health. Geneva: WHO; 2006. Disponible en [consultado el 19/07/2019]: [https://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual\\_health/defining\\_sexual\\_health.pdf](https://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf).
2. Organización Panamericana de la Salud & Organización Mundial de la Salud. Promoción de la salud sexual: Recomendaciones para la acción. Guatemala: OPS; 2000. Disponible en [consultado el 19/07/2019]: [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=397:2008-promotion-sexual-health-recommendations-action&Itemid=1574&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=397:2008-promotion-sexual-health-recommendations-action&Itemid=1574&lang=es).
3. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. International technical guidance on sexuality education, Volumes 1 and 2. Paris: UNESCO; 2009. Disponible en [consultado el 19/07/2019]: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000183281>.
4. Starrs AM, Ezeh AC, Barker G et al. Accelerate progress—sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher-Lancet Commission. *Lancet*. 2018;391:2642-92. Disponible en [consultado el 19/07/2019]: <http://www.thelancet.com/commissions/sexual-and-reproductive-health-and-rights>.
5. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, Secretaría de ONUSIDA, Fondo de Población de las Naciones Unidas, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, ONU Mujeres y Organización Mundial de la Salud. Orientaciones técnicas internacionales sobre educación en sexualidad: un enfoque basado en la evidencia. París: UNESCO; 2018. Disponible en [consultado el 19/07/2019]: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000265335>.
6. United Nations. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. Resolution adopted by the General Assembly on 25 September 2015. New York, NY: NU; 2015. Disponible en [consultado el 19/07/2019]: <https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld>.
7. Boletín Oficial del Estado. Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. BOE, núm. 55, 4 de marzo de 2010. Disponible en [consultado el 19/07/2019]: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2010-3514>.
8. Gobierno de España. Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011. Disponible en [consultado el 19/07/2019]: <https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ENSSR.pdf>.
9. Larrañaga I, Martín U, Bacigalupe A. Salud sexual y reproductiva, y crisis económica en España. Informe SESPAS 2014. *Gac Sanit*. 2014;28:109-15. Disponible en [consultado el 19/07/2019]: <http://gacetasanitaria.org/es-pdf-S0213911114000880>.
10. García Y, Aguilera EM, Reyero M et al, coordinadores. Deficiencias e inequidad en los servicios de salud sexual y reproductiva en España. Madrid: Alianza por la Solidaridad y otros; 2016. 76 p. Disponible en [consultado el 19/07/2019]: <http://www.felgtb.org/rs/7262/84bd1f8d-134d-42a0-a8ee-cd688d29aaa2/e1e/filename/informesa-lud-sexual-y-reproductiva.pdf>.
11. Centro de Publicaciones. Resumen ejecutivo de la Encuesta Nacional de Salud Sexual 2009. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010. Disponible en [consultado el 19/07/2019]: [https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/EncuestaNacionalSaludSexual2009/resumenEjecutivoEncuestaSaludSexual\\_2009.pdf](https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/EncuestaNacionalSaludSexual2009/resumenEjecutivoEncuestaSaludSexual_2009.pdf).
12. Área de Vigilancia de VIH y Comportamientos de Riesgo. Vigilancia Epidemiológica del VIH y sida en España 2017: Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH y Registro Nacional de Casos de Sida. Madrid: Plan Nacional sobre el Sida - D.G. de Salud Pública, Calidad e Innovación / Centro Nacional de Epidemiología - ISCIII; 2018. Disponible en [consultado el

- 19/07/2019]: [https://www.mschs.gob.es/ciudadanos/enfLecciones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/doc/InformeVIH\\_SIDA\\_2018\\_21112018.pdf](https://www.mschs.gob.es/ciudadanos/enfLecciones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/doc/InformeVIH_SIDA_2018_21112018.pdf).
13. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social@: Interrupciones Voluntarias del Embarazo [Internet]. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social; [consultado el 19/07/2019]. Disponible en: <https://www.mschs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/>.
14. Ministerio de la Presidencia, Relaciones con las Cortes e Igualdad: X Informe Anual del Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer [Internet]. Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer; [consultado el 19/07/2019]. Disponible en: [http://www.violenciagenero.igualdad.mpr.gob.es/violenciaEnCifras/observatorio/informesAnuales/informes/X\\_Informe2016\\_Capitulos.htm](http://www.violenciagenero.igualdad.mpr.gob.es/violenciaEnCifras/observatorio/informesAnuales/informes/X_Informe2016_Capitulos.htm).
15. Kirby D. The impact of sex education on the sexual behaviour of young people. Population Division Expert Paper No. 2011/12. New York, NY: United Nations Department of Economic and Social Affairs; 2011. Disponible en [consultado el 19/07/2019]: [https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/expert/2011-12\\_Kirby\\_Expert-Paper.pdf](https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/expert/2011-12_Kirby_Expert-Paper.pdf).
16. Goesling B, Colman S, Trenholm C et al. Programs to reduce teen pregnancy, sexually transmitted infections, and associated sexual risk behaviors: a systematic review. *J Adolesc Health*. 2014;54:499-507.
17. Oringanje C, Meremikwu MM, Eko H et al. Interventions for preventing unintended pregnancies among adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;2. Art. N°:CD005215. Disponible en [consultado el 19/07/2019]: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD005215.pub3/epdf/full>.
18. Breuner CC, Mattson G, AAP COMMITTEE ON ADOLESCENCE et al. Sexuality Education for Children and Adolescents. *Pediatrics*. 2016;138(2):e20161348. Disponible en [consultado el 19/07/2019]: <https://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/138/2/e20161348.full.pdf>.
19. Lameiras M, Carrera MV, Rodríguez Y. Caso abierto: la educación sexual en España, una asignatura pendiente. En: Gavidia V, coordinador. Los ocho ámbitos de la Educación para la Salud en la Escuela. Valencia: Tirant Humanidades; 2016. p. 197-210. Disponible en [consultado el 19/07/2019]: [https://www.uv.es/comsal/pdf/librocomsal.pdf?\\_sm\\_au\\_=iVVvjJmZ0J76TNJD](https://www.uv.es/comsal/pdf/librocomsal.pdf?_sm_au_=iVVvjJmZ0J76TNJD).
20. Martínez JL, Carcedo RJ, Fuertes A et al. Sex education in Spain: Teacher's views obstacles. *Sex Education: Sexuality, Society and Learning*. 2012;12:425-36.
21. García-Cabeza B, Sánchez Bello A. Sex education representations in Spanish combined biology and geology textbooks. *Int J Science Education*. 2013;35:1725-55.
22. Gobierno del Principado de Asturias: Astursalud. Ni ogros ni princesas [Internet]. Consejería de Sanidad del Principado de Asturias; [consultado el 19/07/2019]. Disponible en: <https://www.astursalud.es/noticias/-/noticias/ni-ogros-ni-princesas>.
23. IPPF European Network. Barómetro del acceso de las mujeres a la libre elección de anticonceptivos modernos en 16 países. Madrid: Federación de Planificación Familiar de España; 2016. Disponible en [consultado el 19/07/2019]: [http://www.fpfe.org/wp-content/uploads/2015/09/Baro\\_leaflet\\_ES\\_web\\_v3.pdf](http://www.fpfe.org/wp-content/uploads/2015/09/Baro_leaflet_ES_web_v3.pdf).
24. HBSC, Universidad de Sevilla, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad: HBSC España [Internet]; [consultado el 19/07/2019]. Disponible en: <https://www.hbsc.es/informes>.
25. Instituto de Salud Carlos III: Enfermedades de Declaración Obligatoria. Informes Anuales [Internet]. Gobierno de España: Ministerio de Economía, Industria y Competitividad; [consultado el 19/07/2019]. Disponible en: <http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-enfermedades/enfermedades-declaracion-obligatoria-informes-anuales.shtml>.
26. INE: INEbase. Sociedad. Seguridad y justicia. Estadística de violencia doméstica y violencia de género [Internet]. Instituto Nacional de Estadística; [consultado el 19/07/2019]. Disponible en: <http://www.ine.es/dyngs/>

- INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica\_C&cid=1254736176866&menu=resultados&idp=1254735573206.
27. INE: INEbase. Demografía y población. Fenómenos demográficos [Internet]. Instituto Nacional de Estadística; [consultado el 19/07/2019]. Disponible en: [http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/categoria.htm?c=Estadistica\\_P&cid=1254735573002](http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/categoria.htm?c=Estadistica_P&cid=1254735573002).
28. Moreno A, Rodríguez E. Informe Juventud en España 2012. Madrid: Instituto de la Juventud; 2013. Disponible en [consultado el 19/07/2019]: [http://www.injuve.es/sites/default/files/IJE2012\\_0.pdf](http://www.injuve.es/sites/default/files/IJE2012_0.pdf).
29. Dorado J, director. Informe Juventud 2016. Madrid: Instituto de la Juventud; 2017. Disponible en [consultado el 19/07/2019]: <http://www.injuve.es/sites/default/files/2017/24/publicaciones/informe-juventud-2016.pdf>.
30. Sedgh G, Finer LB, Bankole A et al. Adolescent pregnancy, birth, and abortion rates across countries: levels and recent trends. *J Adolesc Health*. 2015;56:223-30.
31. Megías I, Rodríguez E, Méndez S et al. Jóvenes y sexo: el estereotipo que obliga y el rito que identifica. Madrid: Instituto de la Juventud; 2005. 208 p. Disponible en [consultado el 19/07/2019]: [http://www.injuve.es/sites/default/files/jovenes\\_y\\_sexo.pdf](http://www.injuve.es/sites/default/files/jovenes_y_sexo.pdf).
32. Folch C, Álvarez JL, Casabona J et al. Determinantes de las conductas sexuales de riesgo en jóvenes de Cataluña. *Rev Esp Salud Pública*. 2015;89:471-85. Disponible en [consultado el 19/07/2019]: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1135-57272015000500005](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1135-57272015000500005).
33. Brown CS, Stone EA. Gender stereotypes and discrimination: how sexism impacts development. *Adv Child Dev Behav*. 2016;50:105-33.
34. Strasburger VC. Adolescents, sex, and the media. *Adolesc Med State Art Rev*. 2012; 23:15-33.
35. Vandebosch L, van Oosten JMF. Explaining the relationship between sexually explicit internet material and casual sex: a two-step mediation model. *Arch Sex Behav*. 2018;47:1465-80.
36. Buhi ER, Klinkenberger N, McFarlane Met al. Evaluating the Internet as a sexually transmitted disease risk environment for teens: findings from the communication, health, and teens study. *Sex Transm Dis*. 2013;40:528-33. Disponible en [consultado el 19/07/2019]: [https://journals.lww.com/stdjournal/fulltext/2013/07000/Evaluating\\_the\\_Internet\\_as\\_a\\_Sexually\\_Transmitted.3.aspx#pdf-link](https://journals.lww.com/stdjournal/fulltext/2013/07000/Evaluating_the_Internet_as_a_Sexually_Transmitted.3.aspx#pdf-link).
37. Horvath MAH, Alys L, Massey K et al. Basically... porn is everywhere: a rapid evidence assessment on the effects that access and exposure to pornography has on children and young people. London: Middlesex University, Office of the Children's Commissioner for England; 2013. Disponible en [consultado el 19/07/2019]: <https://eprints.mdx.ac.uk/10692/>.
38. Klettke B, Hallford D, Mellor D. Sexting prevalence and correlates: A systematic literature review. *Clin Psychol Rev*. 2015;34:44-53.
39. Mason-Jones AJ, Sinclair D, Mathews Cet al. School-based interventions for preventing HIV, sexually transmitted infections, and pregnancy in adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;11. Art. N°:CD006417. Disponible en [consultado el 19/07/2019]: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006417.pub3/epdf/full>.
40. WHO Regional Office for Europe & BZgA. Standards for Sexuality Education in Europe: A Framework for Policy Makers, Educational and Health Authorities and Specialists. Cologne: Federal Centre for Health Education, BZgA; 2010. Disponible en [consultado el 19/07/2019]: [https://www.bzga-whocc.de/fileadmin/user\\_upload/WHO\\_BZgA\\_Standards\\_English.pdf](https://www.bzga-whocc.de/fileadmin/user_upload/WHO_BZgA_Standards_English.pdf).
41. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. UNESCO's Strategy On Education For Health And Well-Being – Contributing To The Sustainable Development Goals. Paris: UNESCO; 2015. Disponible en [consultado el 19/07/2019]: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000246453>.

42. Todas las mujeres, todos los niños. La Estrategia Mundial para la salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030). Objetivos de Desarrollo Sostenible; 2015. Disponible en [consultado el 19/07/2019]: [https://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/women-deliver-global-strategy/es/](https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/women-deliver-global-strategy/es/).
43. World Health Organization. Estrategia Mundial del Sector de la Salud contra las Infecciones de Transmisión Sexual 2016-2021. Hacia el fin de las ITS. Geneva: WHO; 2016. Disponible en [consultado el 19/07/2019]: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/ghss-stis/es/>.
44. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. Effectiveness Analysis of School-Based Sexuality Education Programmes in Six Countries. Paris: UNESCO; 2011. Disponible en [consultado el 19/07/2019]: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000211604>.
45. Haberland N, Rogow D. Sexuality Education: Emerging trends in evidence and practice. *J Adolesc Health*. 2015;56 (Supl 1):15-21.
46. Lundgren R, Amin A. Addressing intimate partner violence and sexual violence among adolescents: Emerging evidence of effectiveness. *J Adolesc Health*. 2015;56 (Supl 1):42-50.
47. Miller E. Reclaiming gender and power in sexual violence prevention in adolescence. *Violence Against Women*. 2018;24:1785-93.
48. Denno D, Hoopes A, Chandra-Mouli V. Effective Strategies to Provide Adolescent Sexual and Reproductive Health Services and to Increase Demand and Community Support. *J Adolesc Health*. 2015;56 (Supl 1):22-41.