

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⁽¹⁾. Para poder disfrutarla, existen una serie de derechos, reconocidos a nivel internacional^(2,3,4,5), 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)⁽⁶⁾. 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⁽⁵⁾, se acompaña de riesgos asociados con la maternidad temprana, la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) y las infecciones de transmisión sexual (ITS)^(1,2,3,4,5,6).

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*⁽⁷⁾. 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*⁽⁸⁾, publicada en 2011 por el Ministerio de Sanidad, que tuvo una aplicación casi nula, sobre todo en la parte referida a la salud sexual^(9,10). Así mismo, desde que en 2009 se realizó la *Encuesta Nacional de Salud Sexual*⁽¹¹⁾, 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^(9,10).

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⁽¹²⁾, y las mujeres de 20 a 24 años fueron las que más abortaron⁽¹³⁾. 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⁽¹⁴⁾.

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^(4,15,16,17,18). 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^(8,9,10,19,20,21). Así mismo, no se cuenta con información sobre la implementación y el alcance de estas iniciativas^(8,9,10,19), 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⁽²²⁾. 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)⁽²²⁾.

En el ámbito sanitario, a nivel estatal, las actividades desde Atención Primaria son escasas^(8,9,10), 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^(8,9,10).

Como resultado, en el *Barómetro sobre anticoncepción* realizado en 16 países europeos en 2015⁽²³⁾, 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^(10,22). 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⁽²⁴⁾. 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⁽¹³⁾.

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)^(12,25), 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)⁽²⁶⁾. 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⁽²⁷⁾. 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⁽²⁷⁾.

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		
Relaciones sexuales coitales	Total	39,1% (35,3; 42,9)	42,6% (38,5; 46,7)	3,5% (-2,1; 9,1)	33,6% (32,7; 34,6)	35,6% (34,7; 36,5)	2,0% (0,7; 3,2)	1,5% (-4,2; 7,3)	0,6044
	Chicas	37,9% (32,7; 43,2)	38,3% (32,4; 44,2)	0,4% (-7,5; 8,3)	32,4% (31,2; 33,6)	34,3% (33,1; 35,5)	1,9% (0,2; 3,6)	-1,5% (-9,6; 6,6)	0,7144
	Chicos	40,4% (34,8; 46,0)	46,3% (40,6; 52,0)	5,9% (-2,0; 13,9)	35,1% (33,7; 36,5)	36,9% (35,7; 38,1)	1,8% (-0,1; 3,6)	4,1% (-4,0; 12,3)	0,3228
	15-16 años	34,4% (28,6; 40,1)	25,5% (20,4; 30,7)	-8,8% (-16,5; -1,1)	26,3% (25,1; 27,5)	21,6% (20,5; 22,6)	-4,7% (-6,3; -3,1)	-4,1% (-12,0; 3,8)	0,3088
	17-18 años	42,5% (37,4; 47,6)	58,6% (52,9; 64,3)	16,1% (8,4; 23,7)	42,5% (41,1; 43,9)	47,9% (46,6; 49,2)	5,4% (3,5; 7,3)	10,7% (2,8; 18,6)	0,0081
Uso de preservativo en la última relación sexual coital	Total	90,3% (86,4; 94,1)	85,5% (80,8; 90,2)	-4,8% (-10,8; 1,3)	89,3% (88,2; 90,4)	79,6% (78,3; 80,8)	-9,7% (-11,4; -8,0)	5,0% (-1,4; 11,3)	0,1240
	Chicas	88,0% (82,3; 93,7)	77,7% (69,6; 85,7)	-10,3% (-20,2; -0,5)	87,1% (85,5; 88,7)	77,6% (75,8; 79,5)	-9,5% (-11,9; -7,0)	-0,8% (-11,0; 9,3)	0,8702
	Chicos	93,1% (88,1; 98,0)	90,9% (85,5; 96,3)	-2,2% (-9,5; 5,1)	91,7% (90,3; 93,2)	81,5% (79,8; 83,3)	-10,2% (-12,5; -8,0)	8,1% (0,4; 15,7)	0,0391
	15-16 años	93,8% (88,4; 99,1)	88,9% (82,7; 95,1)	-4,9% (-13,0; 3,3)	89,5% (88,1; 91,0)	82,5% (80,8; 84,2)	-7,0% (-9,3; -4,8)	2,2% (-6,3; 10,6)	0,6129
	17-18 años	88,4% (83,2; 93,6)	84,1% (77,3; 90,8)	-4,3% (-12,8; 4,2)	89,0% (87,4; 90,7)	78,4% (76,6; 80,3)	-10,6% (-13,1; -8,1)	6,3% (-2,6; 15,2)	0,1628
Uso de la píldora en la última relación sexual coital	Total	9,7% (5,9; 13,6)	21,5% (16,0; 27,0)	11,8% (5,0; 18,5)	8,2% (7,3; 9,2)	15,4% (14,3; 16,6)	7,2% (5,7; 8,7)	4,6% (-2,3; 11,5)	0,1914
	Chicas	13,6% (7,6; 19,6)	27,0% (18,3; 35,7)	13,4% (2,8; 24,0)	9,5% (8,1; 10,9)	17,1% (15,5; 18,8)	7,6% (5,4; 9,8)	5,8% (-5,0; 16,6)	0,2943
	Chicos	5,0% (0,7; 9,2)	17,6% (10,4; 24,8)	12,6% (4,3; 21,0)	6,7% (5,4; 8,0)	13,7% (12,1; 15,2)	7,0% (5,0; 9,0)	5,6% (-2,9; 14,2)	0,1972
	15-16 años	6,2% (0,9; 11,6)	18,2% (10,6; 25,8)	11,9% (2,7; 21,2)	7,6% (6,3; 8,9)	13,4% (11,9; 14,9)	5,8% (3,8; 7,8)	6,1% (-3,4; 15,6)	0,2052
	17-18 años	11,6% (6,4; 16,8)	23,0% (15,2; 30,8)	11,4% (2,0; 20,7)	8,7% (7,2; 10,2)	16,2% (14,6; 17,8)	7,5% (5,3; 9,7)	3,8% (-5,8; 13,4)	0,4343
No uso de ningún método en la última relación sexual coital	Total	13,4% (9,1; 17,7)	6,8% (3,5; 10,1)	-6,6% (-12,0; -1,1)	14,2% (13,0; 15,5)	14,5% (13,4; 15,6)	0,3% (-1,4; 1,9)	-6,8% (-12,5; -1,1)	0,0186
	Chicas	14,6% (8,5; 20,7)	14,9% (7,7; 22,1)	0,3% (-9,1; 9,7)	15,1% (13,4; 16,8)	14,9% (13,3; 16,5)	-0,1% (-2,5; 2,2)	0,4% (-9,3; 10,1)	0,9324
	Chicos	12,0% (5,9; 18,2)	0,9% (-0,8; 2,6)	-11,1% (-17,5; -4,8)	13,2% (11,4; 15,0)	14,1% (12,5; 15,6)	0,9% (-1,5; 3,2)	-12,0% (-18,8; -5,2)	0,0005
	15-16 años	16,3% (8,5; 24,1)	5,0% (0,7; 9,3)	-11,3% (-20,2; -2,4)	15,6% (13,8; 17,3)	14,1% (12,5; 15,6)	-1,5% (-3,8; 0,9)	-9,8% (-19,0; -0,6)	0,0366
	17-18 años	11,8% (6,7; 17,0)	7,5% (2,8; 12,2)	-4,3% (-11,3; 2,6)	13,3% (11,5; 15,1)	14,7% (13,2; 16,3)	1,5% (-0,9; 3,9)	-5,8% (-13,2; 1,6)	0,1223
Edad media de primera relación sexual coital	Total	15,2 (15,0; 15,4)	14,9 (14,7; 15,1)	-0,4 (-0,6; -0,1)	14,5 (14,5; 14,5)	14,2 (14,2; 14,2)	-0,3 (-0,4; -0,3)	-0,1 (-0,3; 0,1)	0,5477
	Chicas	15,4 (15,2; 15,6)	15,0 (14,8; 15,2)	-0,5 (-0,9; -0,2)	14,7 (14,7; 14,7)	14,4 (14,4; 14,4)	-0,3 (-0,4; -0,3)	-0,2 (-0,5; 0,1)	0,1213
	Chicos	15,1 (14,8; 15,4)	14,9 (14,7; 15,1)	-0,1 (-0,5; 0,2)	14,3 (14,2; 14,4)	14,1 (14,0; 14,2)	-0,2 (-0,3; -0,1)	0,1 (-0,2; 0,4)	0,5600
	15-16 años	14,4 (14,1; 14,7)	14,5 (14,2; 14,8)	-0,0 (-0,4; 0,3)	14,7 (14,6; 14,8)	No disponible	No disponible	No disponible	No disponible
	17-18 años	15,7 (15,5; 15,9)	15,1 (14,9; 15,3)	-0,3 (-0,6; -0,0)	15,6 (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 (2,0; 2,4)	2,5 (2,3; 2,7)	0,2 (-0,1; 0,5)	2,0 (1,9; 2,0)	2,3 (2,2; 2,3)	0,3 (0,3; 0,4)	-0,1 (-0,4; 0,2)	0,4491
	Chicas	1,9 (1,7; 2,1)	2,3 (2,0; 2,6)	0,6 (0,2; 0,9)	1,7 (1,6; 1,8)	2,0 (1,9; 2,1)	0,3 (0,2; 0,4)	0,2 (-0,2; 0,6)	0,2441
	Chicos	2,5 (2,2; 2,8)	2,6 (2,3; 2,9)	-0,0 (-0,5; 0,4)	2,3 (2,2; 2,4)	2,6 (2,5; 2,6)	0,2 (0,1; 0,3)	-0,2 (-0,7; 0,2)	0,3364
	15-16 años	2,5 (2,1; 2,9)	2,2 (1,8; 2,6)	-0,3 (-0,8; 0,2)	2,1 (2,0; 2,2)	2,2 (2,1; 2,3)	0,3 (0,2; 0,4)	-0,6 (-1,1; -0,1)	0,0279
	17-18 años	2,0 (1,8; 2,2)	2,6 (2,3; 2,9)	0,4 (0,1; 0,8)	1,9 (1,8; 2,0)	2,3 (2,2; 2,4)	0,4 (0,3; 0,5)	0,0 (-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
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*^(28,29). 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⁽³⁰⁾. 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^(9,10,19,20,21), los estereotipos de género tan marcados que existen entre la juventud^(31,32,33) o el acceso a Internet, las redes sociales y la pornografía como fuentes de información sexual^(32,34,35). 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^(32,35,36,37,38).

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 inadmisibles 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⁽²²⁾, 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⁽²²⁾.

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^(5,16,17,39). 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^(5,6,39,40,41,42,43,44,45). A nivel práctico, urge la incorporación de la educación sexual como materia oficial o como parte significativa de una asignatura en la escuela^(2,40,41,42,43,44) (tal y como se realiza en algunos países, alcanzando resultados positivos^(41,44,45)), vinculada además a políticas preventivas de cualquier forma de violencia machista y homófoba^(5,42,43,45,46,47). 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^(5,16,17,42,47). En esta línea, el acceso a servicios de salud amigables para jóvenes⁽⁴⁸⁾ y la distribución de preservativos (con nuevos materiales y diseños atractivos que aumenten su aceptación) son algunas de las acciones recomendadas⁽⁴³⁾. 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.
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.
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.
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.
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.
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.
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.
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.
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.
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.
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.
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.
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.
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.
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/.
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.