



<Artículo>

Necesidades educativas para promover la salud afectiva y sexual en jóvenes en riesgo social

Ainoa Mateos, Àngels Balsells, M. Cruz Molina, Núria Fuentes-Peláez, Crescencia Pastor y Pere Amorós

Fecha de presentación: 19/03/2014

Fecha de aceptación: 02/06/2014

Fecha de publicación: 08/07/2014

//Resumen

La educación afectiva y sexual de los y las jóvenes en situación de riesgo social es un elemento esencial para su salud. La educación en esta área requiere unos planteamientos rigurosos que se basen en las necesidades educativas y diferenciales de este colectivo en relación a la salud afectiva y sexual. El presente artículo presenta los resultados de una investigación que analiza estas necesidades. Para ello, se diseñó una investigación acción participativa de carácter cualitativa, en la cual participaron 48 profesionales y 72 jóvenes. La recogida de información se realizó mediante grupos de discusión. Los resultados constatan que el factor cultural y la historia personal y familiar son variables que tienen un carácter concluyente en los comportamientos sexuales de este colectivo. Estas variables deben considerarse, tanto en la educación formal como en la no formal, con tal de promover la salud afectiva sexual, haciendo especial hincapié en los aspectos emocionales, afectivos y sociales.

//Palabras clave

Salud afectiva y sexual, afectividad, jóvenes en situación de vulnerabilidad, amor romántico.

// Referencia recomendada

Mateos, A., Balsells, M.A., Molina, M.C., Fuentes-Peláez, N., Pastor, C. y Amorós, P. (2014). Necesidades educativas para promover la salud afectiva y sexual en jóvenes en riesgo social. [En línea] *REIRE, Revista d'Innovació i Recerca en Educació*, 7 (2), 14-27. Accesible en: <http://www.ub.edu/ice/reire.htm>

// Datos de los autores

Ainoa Mateos-Inchaurredo. Universidad de Barcelona. Facultad de Pedagogía. Departamento de Métodos de Investigación y Diagnóstico en Educación (MIDE). Grupo de investigación en Intervenciones Socioeducativas en la Infancia y la Juventud (GRISIJ). www.ub.edu/grisij/ amateos@ub.edu

Àngels Balsells-Bailón. Universidad de Lleida. Facultad de Ciencias de la Educación. Departamento de Pedagogía y Psicología. Grupo de investigación GRISIJ. balsells@pip.udl.cat

M. Cruz Molina-Garuz. Universidad de Barcelona. Facultad de Pedagogía. Departamento MIDE. Grupo de investigación GRISIJ. cmolina@ub.edu

Núria Fuentes-Peláez. Universidad de Barcelona. Facultad de Pedagogía. Departamento MIDE. Grupo de investigación GRISIJ. nuriafuentes@ub.edu

Crescencia Pastor- Vicente. Universidad de Barcelona. Facultad de Pedagogía. Departamento MIDE. Grupo de investigación GRISIJ. cpastor@ub.edu

Pere Amorós-Martí. Universidad de Barcelona. Facultad de Pedagogía. Departamento MIDE. Grupo de investigación GRISIJ. pamoros@ub.edu

1. Introducción

En los últimos años, la Salud Afectiva y Sexual en los jóvenes (SAS) ha sido una preocupación tanto social como científica (Molina *et al.*, 2013), especialmente en colectivos en situación de riesgo de exclusión social.

Un hecho que preocupa a la comunidad científica internacional es el incremento de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y de embarazos adolescentes en jóvenes menores de 25 años, especialmente en población inmigrante. En la Unión Europea y en los países occidentales se presta especial atención a los casos de ITS desde su aumento en 1996, en particular, entre las poblaciones de jóvenes vulnerables, en los hombres extranjeros recién llegados que mantienen relaciones sexuales no seguras con otros hombres, en las personas con VIH positivas y en las mujeres en edad reproductiva (Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les Infeccions de Transmissió Sexual i Sida de Catalunya (CEEISCAT), 2008).

En Cataluña-España la tasa de embarazos adolescentes ha crecido considerablemente, especialmente entre la población inmigrante. En 2009, el 52,4 % de los nacimientos en jóvenes de entre 14 y 17 años corresponde a adolescentes de nacionalidad extranjera (Jané, Vidal, Tomás, y Cabezas, 2009), siendo menor el número de interrupciones voluntarias del embarazo (IVE) en población inmigrante. Estas tasas crecientes de embarazos adolescentes se dan también en el estado español, aunque en 2010 se produjo un ligero descenso (IDESCAT, 2012). En relación con las ITS, de acuerdo con el sistema de vigilancia epidemiológica de Catalunya (2008), en 2006 se declararon en Cataluña 57 casos de personas infectadas por VIH/Sida en edades entre 15 y 24 años, lo que conlleva una tasa de 8,25 por 100.000 habitantes de esta franja de edad y un 8,80 por 100.000 como tasa global.

El número de embarazos en jóvenes, la incidencia de IVE así como de ITS señalan la necesidad de desarrollar acciones efectivas que incidan en los factores de riesgo y de protección, haciendo especial énfasis en los colectivos vulnerables.

Desde una perspectiva ecológica (Bronfenbrenner, 1979; Vargas y Barrera, 2002), la SAS se articula en torno a diferentes dimensiones que intervienen en el desarrollo humano: emocional, afectiva y social. Estas dimensiones tienen especial significación en la adolescencia ya que en esta etapa el proceso de construcción de la identidad sexual y de género adquiere especial relevancia, por los cambios corporales y emocionales y por las primeras experiencias sexuales. La sexualidad adquiere una dimensión nueva, se despierta la atracción sexual, el amor y la pasión, se polarizan los roles de género, se configura la identidad de género (asociándola a modelos de masculinidad y feminidad) y se dan los modelos de amor, mitos y creencias románticas (Cipriani-Crauste y Fize, 2007; Ferraz, 2008; Mateos, 2013; Mateos, Amorós, Pastor y Cojocarú, 2013).

Concretamente, creencias, valores y actitudes estereotipadas en torno a la sexualidad y al amor generan modelos basados en mitos y creencias erróneas (González y Santana, 2001a; González y Santana, 2001b; Mateos, 2011; Mateos, 2012).



El amor es una construcción cultural y cada periodo histórico ha desarrollado una definición del mismo en función del momento y del contexto cultural y social (Barrón, Martínez-Iñigo, de Paul, y Yela, 1999; Sangrador, 1993). Las diferentes formas de construir el "ideal de amor" aparecen cuando las expectativas hacia los componentes del mismo no coinciden con el de otras personas (Serrano y Carreño, 1993; Yela, 1997). Estos ideales de amor generan mitos románticos (Yela, 2003) que pueden incidir en actitudes y conductas de riesgo para la SAS generando modelos sesgados que limitan la sexualidad y la afectividad a creencias y mitos. El concepto de amor romántico está asociado al sacrificio, la entrega, el altruismo y a la sumisión a la pareja. Esta forma de amar se da en más de un 80 % de hombres y mujeres de diferentes edades (Ferrer, Bosch, Navarro, Ramis, y García, 2008). Este modelo de afectividad contribuye a aumentar el riesgo de sufrir violencia en la pareja y a conductas sexuales de riesgo (Mateos, 2011; Mateos *et al.*, 2013). Vivir este tipo de amor es uno de los factores de riesgo más señalados en violencia de género en parejas jóvenes como la coacción sexual, la presión para iniciar las relaciones de pareja, la sumisión al deseo y el control de la pareja (Bosch, 2007; Cavanagh, 2007; González y Santana, 2001a; Shulman y Kipnis, 2001).

Las creencias, las actitudes y los valores en torno al amor y a la sexualidad de los y las jóvenes en situación de vulnerabilidad, como lo son los de algunos grupos de inmigrantes o menores maltratados/das, se ven marcados por la influencia cultural y la historia personal. Feixa (2008) destaca la influencia cultural del país de origen en las actitudes afectivas y sexuales de los y las adolescentes, señalando que quienes inmigran durante la adolescencia (generación 1.5) tienen más probabilidades de reproducir esquemas que los que inmigran durante la primera infancia (generación 1.75) o los hijos e hijas de inmigrantes nacidos en el país de origen (generación 2). Estos últimos y los de la generación 1.75 tienen más probabilidades de cuestionar la cultura afectiva y sexual de su familia.

La SAS dependerá de un conjunto de determinantes de tipo personal, social y cultural: el sexo, los roles de género, la orientación sexual, así como de los modelos familiares, sociales y culturales de afectividad y sexualidad.

Para finalizar, señalar que la promoción de la SAS en la adolescencia requiere tener presente diferentes determinantes psicosociales que afectan a la vida afectiva y sexual de estos/as jóvenes. Algunos factores, como los de tipo social y familiar, tienen un peso muy importante en la educación afectiva y sexual. En aquellos colectivos de jóvenes en los que, por su situación personal, familiar o cultural se encuentran en desventaja social, la presencia de factores de riesgo como déficit de supervisión parental, inestabilidad familiar, violencia familiar, etc. pueden determinar su salud de forma negativa llevándoles a reproducir esquemas familiares y patrones culturales (Allen *et al.*, 2007; Bearinger *et al.*, 2007; Kirby *et al.*, 2006; Marston y King, 2006; Miller, 1998; Swan *et al.*, 2003). Es necesario facilitar a los/las jóvenes herramientas que les permitan afrontar las relaciones afectivas y sexuales libres de mitos y creencias distorsionadas en torno a la salud afectiva y sexual, desde el conocimiento y respeto a las diferencias culturales y promocionando los factores protectores que les ayuden a vivir la sexualidad de una forma positiva y libre de riesgos para su salud.

El estudio que se presenta tiene como objetivo analizar las percepciones de los y las jóvenes en situación de vulnerabilidad o riesgo social, respecto a las dimensiones: 1) amor romántico; 2) identidad y género; y 3) creencias y actitudes ante el embarazo y la sexualidad. Este estudio forma parte de una investigación más amplia que tiene como finalidad el diseño de un plan de acción.

2. Método

Para alcanzar el objetivo señalado, se diseñó una investigación acción participativa, de carácter cualitativo, en su modalidad cooperativa. Los/las agentes sociales participantes (jóvenes en situación de vulnerabilidad y profesionales del ámbito sanitario, educativo y social) han tenido el rol de informantes. Los y las profesionales de los diferentes ámbitos se han implicado en el proceso de investigación participando en el consenso de necesidades, en la priorización de las mismas y en la transformación de éstas en líneas de actuación. La perspectiva de los/las jóvenes se ha recogido de primera mano, pues son de un gran valor para comprender en profundidad sus necesidades y así ajustar las respuestas educativas (Fuentes-Peláez, Amorós, Molina, Jané, y Martínez, 2013).

Participantes

Para acceder a los y las profesionales participantes se contó con la colaboración de la Dirección general de atención a la infancia y la adolescencia, el programa "Salut als barris" y el Plan director de inmigración de la Generalitat de Cataluña. La participación de las personas jóvenes fue facilitada por los y las profesionales de cada uno de los ámbitos.

En la investigación participaron 48 profesionales del campo sanitario, educativo y social y 72 jóvenes en situación de vulnerabilidad de tres ámbitos (bajo tutela, inmigrantes y barrios desfavorecidos). El 75 % de profesionales fueron mujeres y el 25 % hombres (45 % del ámbito sanitario, 33,3 % del educativo y un 20,9 % del social). El origen era mayoritariamente autóctono.

De los y las 72 jóvenes participantes, el 62,5 % fueron chicas y el 37,5 % chicos; un 18,1 % tenía de 12 a 14 años, un 40,3 % de 15 a 17 años y un 41,7 % de 18 a 20 años. La muestra presentó 15 orígenes diferentes, predominando el origen marroquí en un 34,7 %, seguido del español en un 20 % y del ecuatoriano en un 12,5 %. El grupo de jóvenes reúne características comunes, ya que muchos de los y las jóvenes de barrios desfavorecidos son de origen inmigrante. El desequilibrio en el género se atribuye a que la participación de jóvenes resultó dificultosa en algunos casos y contextos.



Instrumentos

La información se recogió a través de grupos de discusión, para la dinamización de los cuales se elaboraron las guías de preguntas siguientes:

- 1) Para los grupos de discusión de profesionales y agentes sociales y comunitarios.
- 2) Diferenciales para los y las jóvenes participantes según grupo de edad: 12 a 14 años; 15 a 17 años; 18 a 20 años.
- 3) Ficha de identificación del perfil básico de los y las participantes.
- 4) Ficha resumen de las principales aportaciones del grupo, el proceso de dinamización y el clima generado.

Las guías de preguntas de los grupos de discusión, dirigidas tanto a profesionales como a jóvenes, analizaban las dimensiones relacionadas con: 1) amor romántico; 2) identidad y género; y, 3) creencias y actitudes ante el embarazo y la sexualidad. El planteamiento de la cuestión variaba según la edad de los y las participantes.

Procedimiento

Una vez realizados los contactos institucionales, se procedió a la realización de los grupos de discusión.

Se realizaron 6 grupos de discusión con profesionales de los diferentes ámbitos (2 inmigrantes, 2 de barrios desfavorecidos y 2 de jóvenes bajo tutela) y 10 grupos de discusión con jóvenes (5 del ámbito de inmigrantes, 3 de barrios desfavorecidos y 2 de jóvenes bajo tutela).

Los criterios de selección de los y las profesionales fueron: diversidad de perfiles profesionales (salud, educación formal y no formal, representantes de asociaciones en contacto con el colectivo de inmigrantes, barrios desfavorecidos y jóvenes bajo el sistema de protección a la infancia).

Con los y las jóvenes se realizaron diferentes grupos de edad (12 a 14; 15 a 17; 18 a 20 años) de los tres colectivos en situación de vulnerabilidad: inmigrantes, barrios desfavorecidos y jóvenes bajo tutela.

Los grupos de discusión fueron dinamizados por dos personas del equipo de investigación según el guión de preguntas elaborado. Cada grupo era registrado con la conformidad de los y las participantes y bajo compromiso de confidencialidad.



Análisis de datos

La información grabada se transcribió literalmente. El procedimiento utilizado para analizarla fue el análisis de contenido. Para elaborar los códigos de análisis, se realizó un proceso "bottom-up"; dichos códigos fueron evaluados posteriormente por diferentes jueces para garantizar su validez.

El análisis de contenido de los grupos de discusión se realizó mediante el software informático Atlas ti 5.0.

3. Resultados

Se presentan los resultados correspondientes a las dimensiones: a) amor romántico; b) identidad y género; c) creencias y actitudes ante el embarazo y la sexualidad.

a. Amor romántico

Los y las profesionales señalan la necesidad de incidir en el mito del amor romántico, especialmente con los colectivos de jóvenes en situación de vulnerabilidad, dado que consideran que esta concepción romántica puede favorecer las relaciones de pareja basadas en la desigualdad de género. Esta necesidad es especialmente significativa en los colectivos vulnerables ya que se encuentra más acentuada a causa del factor cultural y de la propia historia personal.

Las creencias culturales de estos/as jóvenes, sesgadas por mitos y creencias románticas, implican modelos de amor y de pareja basados en la desigualdad, sumisión y violencia. En el caso de las adolescentes que han sufrido una situación de maltrato infantil, las carencias afectivas de algunas de éstas, fruto de su propia historia familiar, puede llevarlas a una búsqueda constante de relaciones amorosas que suplan las mismas y a la repetición de patrones familiares (promiscuidad, embarazos a edades tempranas).

"Creo que se tiene que trabajar el amor romántico, que es una construcción que la educación afectiva y sexual tiene que trabajar, ya que según esta construcción puedes llegar a tolerar abusos", profesionales del ámbito de inmigrantes.

Los y las adolescentes señalan el tema del amor romántico de forma transversal en su discurso. No lo etiquetan como una necesidad; sin embargo, queda latente que algunos de los mitos que tienen en torno al amor romántico y al amor para toda la vida les hace obviar algunos de los riesgos de tener relaciones sexuales sin protección.

"En otros países no hay riesgo, no pasa, porque te casas con una chica, no hay ese problema", chicos de 18 a 20 años, colectivo de inmigrantes.



“Porque cogen confianza y todo eso”, chicos de 18 a 20 años, colectivo de inmigrantes.

b. Identidad y género

En los grupos de discusión con profesionales se destaca que entre la población joven en situación de vulnerabilidad las desigualdades de género son más latentes que entre la población en general. En estos colectivos, la presencia cultural interfiere en la construcción del modelo de masculinidad y feminidad. Estas actitudes sesgadas por el factor cultural generan actitudes discriminatorias que colocan a las mujeres en sumisión a los valores tradicionales masculinos. Estas desigualdades de género en la SAS o en las relaciones de pareja, a menudo, generan violencia.

“Las relaciones anales (en las chicas) son más comunes por el tema de la virginidad”, profesionales del ámbito de inmigrantes.

Los profesionales señalan la importancia de conocer bien la cultura de los y las jóvenes con el fin de respetar sus costumbres y no imponer un modelo único de SAS.

“Ellos (chicos marroquí) con perdón... dicen que son ‘las putas con pañuelo’ (chicas marroquíes que tienen relaciones sexuales) las que vienen aquí porque si estuvieran en Marruecos no lo harían”, ámbito de profesionales de CRAE.

La intensidad del choque cultural que viven los y las jóvenes depende de si el proceso de socialización se ha dado o no en España. Si se ha producido aquí, las pautas de la cultura de origen son más difíciles de afrontar. Los/las profesionales señalan que es importante no sólo el tiempo de permanencia en España sino también el contexto en que viven.

“No todos los inmigrantes son iguales. No necesita lo mismo una chica latinoamericana que una chica marroquí que ha crecido aquí pero tiene unos referentes (padres) que quieren que se comporte como en Marruecos”, profesionales del ámbito de inmigrantes.

Los y las profesionales señalan la necesidad de trabajar desde la masculinidad y feminidad, ya que muchas conductas de riesgo de estos colectivos tienen relación con la construcción de la identidad de género, la construcción del “ser mujer”, la cual influye en los modelos de amor y la construcción de la pareja.

“Se tiene que trabajar según si el chico o la chica construye una identidad y desarrolla relaciones diferenciales”, profesionales del ámbito de inmigrantes.



c. Creencias y actitudes ante la sexualidad y el embarazo

Los y las profesionales destacan que las relaciones sexuales entre la población inmigrada se inician un año y medio antes que entre la población autóctona.

“La población inmigrante comienza las relaciones un año y medio antes que la nativa, claro todo esto se tendría que adecuar en cuanto al inicio de la educación sexual en las escuelas”, profesionales ámbito de CRAE.

Los y las profesionales señalan que los y las jóvenes en situación de vulnerabilidad que han sufrido negligencia o maltrato familiar tienden a una mayor promiscuidad; detectándose conductas de riesgo como la búsqueda de embarazo o sumisión a la pareja como forma de suplir las carencias afectivas. Por último, también se señalan las necesidades específicas de los/las jóvenes que han sufrido abusos sexuales, quienes necesitan una atención muy específica acompañada de un tratamiento.

“A veces te das cuenta que cuando están a punto de desinternarse, se cambian de novio... Se acogen a lo que sea porque la separación que se hará del centro, después de 5 o más años la viven así... ‘¿qué tengo que hacer? Pues cogeme a lo que tengo ahora aunque vaya a ser un objeto sexual, y así intento sentirme querida o pensar que me quieren’. Es su proyecto de futuro”, profesionales del CRAE.

Los y las adolescentes manifiestan como conductas de riesgo en la SAS propia: tener relaciones sexuales tras el consumo de alcohol, que indica una pérdida de control sobre las decisiones; no utilizar preservativos y la inducción al aborto.

“La gente dice que cuando está borracha es mejor porque se está más suelta, bueno yo creo que una persona cuando va borracha también sabe lo que hace”, chicas de 15 a 17 años, colectivo barrios desfavorecidos.

“Hay una pastilla que se vende en la calle para abortar, es ilegal”, chicas de 12 a 14 años, colectivo CRAE.

“Muchos que no usan preservativo. Muchos chicos que tienen SIDA y no lo usan, yo conozco”, chicos, de 18 a 20 años, colectivo inmigrantes.

Los y las adolescentes de 12 a 17 años, sin diferencia de género, manifiestan que conocen los riesgos asociados a las relaciones sin protección. En concreto, se refieren al riesgo de embarazo e ITS y tienen especialmente conciencia del VIH. Sin embargo, reconocen que existe una parte de jóvenes que no utilizan los métodos anticonceptivos, especialmente el preservativo, exponiendo como razones: pérdida de sensibilidad, incomodidad, déficit de previsión, dificultades económicas, confianza en la pareja, deseo de embarazo.



Ainoa Mateos, *et al.* *Necesidades educativas para promover la salud afectiva y sexual en jóvenes en riesgo social*

“Con su mujer su primera vez usa condón, la segunda o cuarta ya no usan... es más cómodo (no usar preservativo), para nosotros es normal...”, chicos de 18 a 20 años, colectivo inmigrantes.

“Es que si llevas muchos años con él, puedes confiar en él... el primer día sí, luego ya no usas”, chicas de 18 a 20 años, colectivo inmigrantes.

“No, porque por ejemplo si una persona tiene relaciones sexuales, si no tiene SIDA o ninguna enfermedad puedes hacerlo y antes que se corra el chico ya está, digo yo... Yo creo que la gente no lo hace, porque como hay el mito ese de que la primera vez no te quedas embarazada” chicas de 15 a 17 años, colectivos barrios.

Por último, señalar que el tema del aborto ha sido expresado de forma reiterada en los grupos de discusión de jóvenes. Es un tema muy arraigado a la moral, la cultura y la religión. La mayoría de las chicas de la generación 1,25 manifiestan que, en caso de quedarse embarazadas, tendrían el bebé.

“Hay mucha gente que mata al niño antes de nacer, esto a mí no me gusta porque claro es un regalo de Dios...”, chicos de 18 a 20 años, colectivo de inmigrantes.

“Sí si, tendría el bebé... la culpa no es del bebé y eso es muy bonito. Si, mi vida cambiaría mucho pero me gustaría mucho...”, chicas de 15 a 17 años, colectivo de inmigrantes.

4. Discusión y conclusiones

El factor cultural y la historia personal y familiar, entre otros factores, son variables importantes que determinan la forma de concebir el rol de la mujer y del hombre. Ciertas culturas fomentan creencias y roles tradicionales de género que promueven conductas de sumisión de la mujer hacia el hombre, lo cual afecta de forma directa en la actitud que unos y otras toman frente a la SAS. Las necesidades relacionadas con la cultura quedan confirmadas tanto por los/las profesionales como por las personas jóvenes.

Esta forma de percibir la masculinidad frente a la feminidad también influye en la construcción de parejas y en los modelos de amor.

Los mitos y las creencias erróneas frente al amor y la sexualidad, así como otros determinantes de tipo socio-familiar (desestructuración familiar, pobreza, maltrato infantil, violencia familiar, etc.) llevan a este colectivo en situación de vulnerabilidad a vivir la SAS con mayores riesgos que la población generalizada (Swan *et al.*, 2003; Unicef, 2007). Por tanto, mejorando las condiciones sociales de este colectivo, se incide en la mejora de su salud (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2007).



Desde un enfoque ecológico de la sexualidad, cabe señalar que las variables afectivas, sociales y culturales tienen un carácter condicionante de los comportamientos sexuales de la población en situación de vulnerabilidad (Molina *et al.*, 2013). Por ejemplo, la creencia romántica sobre la virginidad y la fidelidad (Yela, 2003), ligada a otros factores de tipo cultural, hace que algunos jóvenes opten por conductas de riesgo y no utilicen preservativos para prevenir embarazos e ITS, ya que no valoran la posibilidad de que chicas de su cultura o religión hayan tenido relaciones sexuales con anterioridad o de forma simultánea a la nueva relación. Estos factores culturales determinan una forma de amar y de concebir la SAS y, por tanto, es preciso conocer la cultura de referencia de las personas con las que se interviene a nivel preventivo.

Respecto al inicio de las relaciones sexuales, el colectivo de profesionales señala que los y las inmigrantes inician antes las relaciones sexuales que la población autóctona. En los casos en que, además del factor cultural, se suma el factor familiar (jóvenes víctimas de abuso o negligencia familiar) aumenta esta "prematuridad" a causa de la búsqueda de afecto, así como de oportunidad de dar aquello que no recibieron en la infancia (Bearinger *et al.*, 2007; Kirby *et al.*, 2006; Swan *et al.*, 2003; Unicef, 2007). Las perspectivas de los/las adolescentes respecto a su vida futura se muestran en este estudio, especialmente vinculadas a las relaciones de dependencia a la pareja, lo cual muestra la falta de proyecto de futuro en algunas de las personas, factor que se ha mostrado determinante en la adopción de conductas de riesgo en la SAS, especialmente en los y las jóvenes en situación de vulnerabilidad (Unicef, 2007). Se perfila la necesidad de actuar en edades más tempranas en la población caracterizada por el hecho migratorio.

Los y las adolescentes de 12 a 17 años, sin diferencia de género, manifiestan que conocen los riesgos asociados a las relaciones sin protección; sin embargo, reconocen que existe una parte de jóvenes que no utilizan los métodos anticonceptivos, especialmente el preservativo. Las justificaciones que facilitan son variadas, desde el motivo económico hasta creencias erróneas en torno al uso del preservativo. Por otro lado, entre algunas culturas, especialmente de países africanos y asiáticos, se observa cierta percepción de inmunidad ante el riesgo, cuando se trata de mantener relaciones con personas del mismo origen cultural pues se expresa la creencia de que antes del matrimonio las mujeres no tienen relaciones completas.

Por último, destacar que el factor cultural tiene un peso importante a la hora de decidir sobre el uso del preservativo, así como sobre las opciones ante la maternidad. El aborto es un tema tabú para determinadas culturas y religiones, por lo que ante un embarazo no se plantea como una opción, ya que se considera inviable realizar la interrupción voluntaria del embarazo (Jané *et al.*, 2009). A este elemento se añade una visión idílica de la maternidad, así como la reproducción de esquemas familiares, donde se concibe la maternidad adolescente como algo normalizado.

En conclusión, queremos señalar la relevancia de estos resultados en términos socioeducativos para incluir innovaciones educativas que promuevan la salud afectiva y sexual en el ámbito educativo formal y no formal, pero especialmente en el formal. Los y las profesionales participantes en el estudio señalan la importancia de las escuelas y los centros de educación



secundaria como lugar donde las personas jóvenes reciben información y formación afectiva y sexual, ya que para muchos/as adolescentes es el único ámbito formal al que tienen vinculación. Para abordar la educación afectiva y sexual en los centros educativos, los/las docentes deben conocer las características diferenciales y necesidades específicas en educación afectiva y sexual de la población en situación de vulnerabilidad, ya que este colectivo tiene mayores probabilidades que el resto de la población de adoptar conductas de riesgo. Por ello, consideramos especialmente importante la educación formal en la creación de un proyecto de futuro para reducir los riesgos de embarazos no deseados, ya que si se tiene una perspectiva de futuro es más probable que no se desee un embarazo adolescente que trunque planes de estudios o trabajo, de-construir el ideal de maternidad y paternidad adolescente (aproximándolo a la realidad), romper con los mitos en torno al uso del preservativo y potenciar un estilo de relación y comunicación interpersonal asertivo en la pareja. La potencialidad del ámbito formal es que puede llegar a un mayor número de adolescentes que otros servicios educativos o de salud que no tienen carácter obligatorio. Sin embargo, también hay que reconocer la limitación que en ocasiones la educación formal presenta en relación con los/las jóvenes en situación de riesgo, ya que no siempre este colectivo permanece vinculado a la escuela (absentismo escolar, poca continuidad educativa, etc.). De ahí la importancia, para la educación afectiva sexual, del trabajo en red y la cooperación entre los diferentes ámbitos educativos (formales y no formales), el conocimiento de las necesidades específicas de este colectivo y la implicación de las familias en la promoción de la salud afectiva y sexual.

Para concluir, se plantea una educación afectiva y sexual que incorpore contenidos relacionados con la sexualidad positiva. Es importante clarificar el propio concepto de sexualidad para que los y las jóvenes la contemplen como parte de su desarrollo como persona. Desde un enfoque centrado en la afectividad y los sentimientos, evitando una visión demasiado centrada en el riesgo. Esta perspectiva contribuirá a desmitificar ciertas creencias, que pueden ser consecuencia de ciertas experiencias vividas en contextos de desventaja social.

<Referencias bibliográficas>

Allen, E., Bonell, C., Strange, V., Copas, A., Stephenson, J., Johnson, A. M., et al. (2007). Does the UK government's teenage pregnancy strategy deal with the correct risk factors? Findings from a secondary analysis of data from a randomised trial of sex education and their implications for policy. *J Epidemiol Com Health*, 61, 20-27.

Barrón, A., Martínez-Inigo, D., de Paul, P., y Yela, C. (1999). Romantic beliefs and myths in Spain. *The Spanish Journal of Psychology*, 2(1), 64-73.

Bearinger, L. H., Sieving, R. E., Ferguson, J., y Sharma, V. (2007). Global perspectives on the sexual and reproductive health of adolescents: patterns, prevention, and potential. *Lancet*, 369, 1220-1231.

Bosch, E. (comp). (2007). *La violencia de género. Algunas cuestiones básicas*. Jaén: Formación Alcalá.

Bronfenbrenner, U. (1979). *La ecología del desarrollo humano*. Barcelona: Paidós.

Cavanagh, S. E. (2007). The social construction of romantic relationships in adolescence: Examining the role of peer networks, gender, and race. *Sociological Inquiry*, 77 (4), 572-600.

Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les Infeccions de Transmissió Sexual i Sida de Catalunya (CEEISCAT). (2008). *SIVES 2008: Sistema integrat de vigilància epidemiològica del SIDA/VIH/ITS a Catalunya. Informe biennal*. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Consultado el 15 de enero de 2014 en http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Minisite/ObservatoriSalut/osscc_Dades_estadistiques/Estad_salut_estils_vida/Temes_especifics_salut/Malalties_infeccioses/VIH/Fltxers_estatics/Informe_biennal_sives_2008.pdf

Cipriani-Crauste, M., Y Fize, M. (2007). *Le bonheur d'être adolescent. Suivi de quelques considérations su la première jeunesse et la nouvelle enfance* (Érès ed.). Ramonville Saint-Agne:

Feixa, C. (2008). Generación uno punto cinco. Juventud y diálogo entre civilizaciones. *Revista de estudio de juventud*, 80, 115-127.

Ferraz, M. (2008). *Unidad didáctica 5: Estrategias de prevención desde los contextos educativos y comunitarios. Curso avanzado en prevención de las violencias de género*. Santa Cruz de Tenerife: Asociación Contramarea.

Ferrer, V., Bosch, E., Navarro, C., Ramis, M. C., y García, E. (2008). El concepto del amor en España. *Psicothema*, 20(4), 589-595.

Fuentes-Peláez, N., Amorós, P., Molina, M.C., Jané, M., y Martínez, C. (2013). The Design of a Maternal Education Program Based on Analysis of Needs and Collaborative Work. *Revista de Cercetare si Interventie Sociala*, (42), 50-67.

- González, R., y Santana, J. D. (2001a). La violencia en parejas jóvenes. *Psicothema*, 13(1), 127-131.
- González, R., y Santana, J. D. (2001b). *Violencia en parejas jóvenes: Análisis y prevención*. Madrid: Pirámide.
- IDESCAT. (2012). *Institut d'Estadística de Catalunya. Generalitat de Catalunya*. Consultado el 15 de febrero de 2014 en <http://www.idescat.cat/es/>
- Jané, M., Vidal, M. J., Tomás, Z., y Cabezas, C. (2009). *Document executiu. Indicadors de Salut Maternoinfantil*. Programa de Salut Maternoinfantil. Subdirecció General de Promoció de la Salut. Direcció General de Salut Pública. Consultado el 14 de febrero de 2014 en http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Home%20Canal%20Salut/Professionals/Recursos/Estudis/12_salut_de_la_mare_i_de_linfant/documents/indica2009resumexe.pdf
- Kirby, D., Laris, B., y Rolley, L. (2006). *Sex and HIV education programs for youth: their impact and important characteristics*. Scotts Valley: ETR Associates.
- Marston, C., y King, E. (2006). Factors that shape young people's sexual behaviour: a systematic review. *Lancet*, 368, 1581-1586.
- Mateos, A. (2011). *Necesidades socioeducativas en la adolescencia sobre la violencia de género: propuesta educativa*. Tesis doctoral, Universidad de Barcelona, Barcelona.
- Mateos, A. (2012). Reseña de tesis doctoral: Necesidades socioeducativas en la adolescencia sobre la violencia de género: Propuesta educativa, *REIRE*, 5(1), 171-174.
- Mateos, A. (2013). *Programa GENER@T. Programa socioeducativo para la prevención del a violencia de género en parejas adolescentes*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Mateos, A., Amorós, P., Pastor, C., y Cojocarú, D. (2013). PROGRAMA GENER@T: Social educational programme for the prevention of dating violence among adolescents. *Revista De Cercetare Si Interventie Sociala*, (41), 163-175.
- Miller, B. (1998). *Families matter: a research synthesis of family influences on adolescent pregnancy*. Washington, D.C.: National Campaign to Prevent Teen Pregnancy.
- Molina, M. C., Amorós, P., Balsells, M. A., Jane, M., Vidal, M. J., y Diez, E. (2013). Sexual health promotion in high social risk adolescents: The view of "professionals". *Revista De Cercetare Si Interventie Sociala*, (41), 144-162.
- National Institute for Health and Clinical Excellence. (2007). *Behaviour change at population, community and individual levels. NICE Public Health Guidance, 6*. London: NICE.
- Sangrador, J. L. (1993). Consideraciones psicosociales sobre el amor romántico. *Psicothema*, 5(1), 181-196.
- Serrano, G., y Carreño, M. (1993). La teoría de Sternberg sobre el amor. Análisis empírico. *Psicothema*, 5, 151-167.



Shulman, S., y Kipnis, O. (2001). Adolescent romantic relationships: A look from the future. *Journal of Adolescence*, 24(3), 337-351.

Swan, C., Bowe, K., McCormick, G., y Kosmin, M. (2003). *Teenage pregnancy and parenthood: a review of reviews*. London: HAD.

UNICEF. (2007). *Un panorama del bienestar infantil en los países ricos. Un amplio análisis de la vida y el bienestar de niños, niñas y adolescentes en las naciones económicamente avanzadas*. Florencia: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Centro de Investigaciones Innocenti de UNICEF.

Vargas, E., y Barrera, F. (2002). Adolescencia, relaciones románticas y actividad sexual: una revisión. *Revista Colombiana de Psicología*, (11), 115-134.

Yela, C. (1997). Curso temporal de los componentes básicos del amor a lo largo de la relación de pareja. *Psicothema*, 9(1), 1-15.

Yela, C. (2003). La otra cara del amor: Mitos, paradojas y problemas. *Encuentros En Psicología Social*, 1(2), 263-267.

<Agradecimientos >

Queremos agradecer el apoyo prestado por los/las profesionales de los diferentes ámbitos y las personas jóvenes que, con sus conocimientos y experiencias, han facilitado los elementos para analizar la afectividad y sexualidad de la juventud en riesgo social. Agradecer también el apoyo y la financiación del Departamento de Salud (Programa materno-infantil) de la Generalitat de Catalunya y la Fundación Bosch i Gimpera de la Universidad de Barcelona.

Copyright © 2014. Esta obra está sujeta a una licencia de Creative Commons mediante la cual, cualquier explotación de ésta, deberá reconocer a sus autores, citados en la referencia recomendada que aparece al inicio de este documento.

