

TRABAJO FIN DE GRADO

EL PAPEL DE LA ENFERMERA EN LA EDUCACIÓN AFECTIVO-SEXUAL DE LOS ADOLESCENTES

Clara Bustos Benayas

Tutora: Belén Cabello Tarrés
Universidad Autónoma de Madrid
Facultad de Medicina
Grado en Enfermería
Curso 2016-2017



ÍNDICE

ÍNDICE.....	2
RESUMEN	3
1. INTRODUCCIÓN	5
2. METODOLOGÍA	23
3. RESULTADOS	27
4. CONCLUSIONES	38
5. AGRADECIMIENTOS	47
6. BIBLIOGRAFÍA.....	48
7. ANEXO.....	53

RESUMEN

Objetivo: realizar una revisión narrativa para estudiar el rol o papel que la enfermera puede jugar en la educación afectivo-sexual de los adolescentes.

Material y métodos: se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Cinhal, Cuiden, Pubmed y PsycINFO, en el repositorio Dialnet y en el de la revista Metas de Enfermería. Las búsquedas se realizaron mediante los descriptores DecS y el tesoro MeSH y con las palabras clave de cada base de datos. También se realizaron búsquedas en lenguaje libre, además de por autor. Los términos de búsqueda se combinaron mediante los operadores booleanos AND y OR. Se limitó a los artículos publicados en los últimos diez años, en idioma inglés y español y sin hacer distinción entre estudios cualitativos y cuantitativos.

Resultados: se revisaron un total de 20 artículos mediante un análisis temático del contenido y se establecieron tres unidades de análisis: el profesional de enfermería en la educación afectivo-sexual, dificultades para impartir educación afectivo-sexual y capacitación de las enfermeras para impartir educación afectivo-sexual.

Conclusiones: aunque la bibliografía es escasa, se ha comprobado que la educación afectivo-sexual sigue siendo hoy en día un tema polémico, por lo que para su enseñanza, los educadores tienen que sortear múltiples barreras. El papel de las enfermeras en dichas enseñanzas depende de cada país. En algunos lugares es la enfermera escolar quien se suele encargar de ello, pero en nuestro país esta figura no está totalmente implantada, aparte de que no hay una legislación firme que regule estas enseñanzas ni organismos que la garanticen, por lo que el rol de las enfermeras no está totalmente perfilado, siendo posible que estos profesionales no tengan los conocimientos necesarios para ello.

Palabras clave: educación afectivo-sexual, enfermería, rol, adolescencia.

ABSTRACT

Objective: *to analyze the scientific literature for the nurse's role or function in sex and affective education for adolescents.*

Method: *a narrative review was conducted with a bibliography search in Cinhal, Cuiden, Pubmed, PsycINFO data bases and Dialnet and Metas de Enfermería archive. Searches were made with and without any key words from DecS and MeSH and with specific words of each data base. Some others were made searching by author. Terms were combined with AND and OR boolean operators. The search was limited to articles published during the past ten years and to articles written in English or Spanish, making no differences between qualitative and quantitative methodology.*

Results: *twenty (20) articles were scrutinized through a thematic content analysis, and classified within three analysis categories: nursing professional involved in adolescents' affective-sexual education, obstacles encountered to provide sex and affective education and nurses' sex and affective education training.*

Conclusions: *although the lack of bibliography in this field, it has been found that sex education is still a controversial issue. Thus, educators have to avoid multiple barriers to teach it. The role of nurses in providing this type of education depends on each country. In some places scholar nurses use to be responsible of teaching sex education. In Spain there are not many nurses working at schools, nor specific laws or institutions which regulate sex education. Because of this, nurses' role is uncertain. In addition, these professionals do not have enough training to provide sex and affective education.*

Key words: *sex education, affective, nursing role/nurses' role, adolescence.*

1. INTRODUCCIÓN

En primer lugar, para entender el acercamiento a la educación afectivo sexual que se llevará a cabo en este estudio, se considera primordial hacer referencia a las definiciones de los conceptos que se desarrollarán a lo largo del trabajo.

La Organización Mundial de la Salud definió en 2006 el concepto **Sexualidad** como *“un aspecto central del ser humano durante toda su vida y comprende sexo, género, identidades y roles, orientación sexual, erotismo, placer, intimidad y reproducción. La sexualidad se experimenta y expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, comportamientos, prácticas, roles y relaciones. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no todas se expresan o experimentan. La sexualidad está influenciada por la interacción de los factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, étnicos, legales, históricos, religiosos y espirituales”*.

Dicho organismo internacional también define el concepto de **Salud Sexual** como *“estado de bienestar físico, emocional, mental y social con relación a la sexualidad; no es la mera ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad. La salud sexual necesita un acercamiento positivo y respetuoso a la sexualidad y a las relaciones sexuales, así como, la posibilidad de obtener experiencias placenteras y seguras, libres de coacción, discriminación y violencia. La salud sexual debe defender, proteger, mantener y respetar los derechos sexuales de todas las personas”* (1).

Según estas definiciones, parece claro que la sexualidad es inherente al ser humano y está presente en todas las etapas de la vida, no estando restringida solo a un grupo etario; por tanto, dada la variabilidad de sus componentes y dimensiones, no solo debe enfocarse desde el punto de vista biológico, referido al coito y a los órganos sexuales. En cuanto a la salud sexual, destaca un aspecto muy importante que se tratará a lo largo del trabajo: la necesidad de dar un enfoque positivo a la sexualidad.

Cabe mencionar que la sexualidad, como ya se ha señalado, está influenciada por diversos factores, entre ellos los referidos a la situación histórica de cada momento, el contexto político y social; es por ello que no siempre ha tenido la misma consideración como aspecto central del ser humano.

Uno de los acontecimientos históricos a destacar en relación a la sexualidad, fue la llamada Revolución Sexual, movimiento que surgió en la década de los 70 del pasado siglo, y que marcó un antes y un después en lo referente al entendimiento y vivencia de la sexualidad, ya que por vez primera se empezó a entender la sexualidad como un concepto separado de la reproducción. A su vez, la Revolución Sexual se considera fruto de los cambios sociales que trajo consigo el Mayo del 68, el cual consistió en un gran movimiento de protesta estudiantil y obrera ocurrido en Francia durante los meses de mayo y junio de 1968 (2,3).

No se puede hablar de la Revolución Sexual sin hacer referencia a los movimientos sociales feministas por la reivindicación de la implantación de la *planificación familiar*, centrada en la salud e independencia de las mujeres; se originaron en Estados Unidos y Gran Bretaña, después de la primera guerra mundial en los años 20, de la mano de mujeres que en su mayoría no tenían formación sanitaria.

En España, dada la delicada situación política y social que acontecía, la influencia de estos movimientos llegó con retraso, concretamente en los últimos años de dictadura franquista, y se desarrolló formalmente en los comienzos de la Transición a la democracia; es por ello que las primeras personas que se involucraron e interesaron en nuestro país por la *planificación familiar*, buscaron el apoyo en grupos y asociaciones extranjeras de Gran Bretaña y Francia. Entre las actividades que llevaron a cabo destacan la divulgación de información sobre sexualidad y anticoncepción, así como la puesta en marcha de centros y redes que facilitarían el acceso a las mujeres a dichos métodos anticonceptivos, educación sexual y abortos seguros (2).

La diferenciación de la sexualidad y la reproducción trajo consigo el desarrollo y aumento de disponibilidad de métodos anticonceptivos modernos y eficaces, y la despenalización del aborto en la mayoría de países europeos durante las décadas de los 70-80. En España, la legalización de los métodos anticonceptivos tuvo lugar en 1980 (la mayor parte fueron legalizados en 1978, a excepción del DIU en 1980), y la despenalización del aborto se consiguió en 1985, mediante una ley de supuestos. Sin embargo, estos avances legislativos y sociales no garantizaban la existencia de un elemento fundamental a la hora de hablar de sexualidad: la educación sexual de la población (1,2).

La educación sexual según autores como Villadangos (4) tiene el objetivo de “*educar en libertad y en la responsabilidad. Es educar para la vida*”. Pilar Cuellar por su parte

tiene un concepto de educación sexual muy encaminado a la idea del autor anterior, reconoce que *“es una manera de educar en igualdad, tolerancia, en salud y en la responsabilidad...y no sólo consiste en la transmisión de conocimientos en el ámbito biológico”* (4). Este tipo de educación se considera esencial para que las personas puedan tomar decisiones plenamente conscientes sobre su sexualidad, y puedan llevar a cabo conductas saludables (5).

La educación sexual fue introducida de manera formal en Europa a finales del siglo XX, como respuesta a la necesidad de formación e información que manifestó la sociedad en relación a las novedades en cuanto a la sexualidad.

La implantación de la educación sexual como parte de la materia impartida en las escuelas europeas tiene menos de medio siglo de historia. Oficialmente fue iniciada de manera obligatoria en las escuelas suecas en 1955. Pero se necesitaron muchos más años para ponerlo en práctica, ya que la redacción de directrices, manuales y materiales requirió varios años. Más tarde se introdujo en Alemania en 1968, y en 1970 en Austria, Países Bajos y Suiza. En los años 90 y primera década del siglo XXI se introdujo en Francia, Reino Unido y de forma más gradual en Portugal y España. El retraso en el desarrollo de políticas de educación sexual en muchos países de Europa, se ha debido a fundamentalismos, ya sean políticos, culturales o religiosos, que afectaban a las diferentes esferas de la sociedad (1, 2).

En 2008 la Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud y la organización alemana BZgA (Centro Federal de Educación para la Salud), impulsaron la iniciativa de redactar unas directrices básicas para impartir educación afectivo-sexual en Europa de forma unificada, ya que la formación difiere mucho de un país a otro, en lo que se refiere a los contenidos y a la edad de inicio de la enseñanza. Por ejemplo en Portugal comienza a los cinco años de edad, mientras que en España a los 14, en la Educación Secundaria Obligatoria. Esto es consecuencia directa de lo que se entienda como educación sexual, es decir, si solo se comprende por educación sexual el coito y las relaciones sexuales o por el contrario, si se aplica la definición de la OMS, que es más amplia y abarca también aspectos afectivos y de comprensión y comportamientos con nosotros mismos y con los demás; es por ello que algunos países prefieren llamar a este tipo de enseñanzas “educación afectivo-sexual” (1).

Respecto a la historia de la educación afectivo-sexual de nuestro país, el primer acercamiento que se hizo en España a la implantación de estas enseñanzas en las

escuelas, según el *Análisis de las Leyes Educativas en el periodo 1990-2016* de M^a Teresa Berejano Franco y Beatriz García Fernández (6), corresponde con la entrada en vigor en **1990** de la **LOGSE** (Ley Orgánica de Ordenación General del Sistema Educativo) promulgada por gobierno del Partido Socialista Obrero Español (PSOE). Dicha ley incorporó al currículum educativo los llamados *temas transversales*, para dar nuevos enfoques a las asignaturas, presentándolas desde un modelo centrado en valores y contextualizado en problemas actuales.

Ya en el preámbulo hace referencia a la importancia del tratamiento de contenidos relacionados con la educación para la igualdad, que era uno de los temas transversales. Otro de los temas considerados transversales era la Educación para la Salud, donde se enmarcaría la educación sexual.

La ley consideraba la educación como elemento esencial para dar a niños y niñas la formación necesaria para conformar su propia y esencial identidad, así como para construir una concepción de la realidad que integrase el conocimiento y la valoración ética y moral de la misma. Tal formación había de ir dirigida al desarrollo de su capacidad plena para ejercer de manera crítica y en una sociedad plural, la libertad, tolerancia y solidaridad. También hace referencia a la educación como *“motor fundamental para avanzar en la lucha de discriminación y desigualdad, por cualquier razón; y como elemento decisivo para la superación de estereotipos sociales asimilados a la diferenciación por sexos, empezando por la construcción y uso del lenguaje”* (6).

Se cree pertinente mencionar que la enseñanza de la educación para la salud desde la transversalidad no tuvo una buena acogida entre los profesores, ya que los currículos eran muy amplios y el tiempo para impartirlo escaso, por lo que los profesores no podían dedicar parte de ese tiempo a temas relativos a la salud. Además, como bien apuntan Fernández, Rebolledo y Velandia, *“los profesores se encontraban desprotegidos en cuanto a conocimientos sobre temas de salud y creían que no era función suya; además, no tenían obligación de impartir Educación para la Salud, por tanto, este tema quedaba al amparo de la motivación e interés del docente”* (7).

Cabe destacar la importancia que tuvo en materia de enseñanzas afectivo-sexuales el colectivo de profesionales canarios *Harimaguada*, los cuales en la década de los 90, desarrollaron un programa de educación afectivo-sexual que denominaron *Carpetas Didácticas*, siguiendo los pasos de organismos internacionales como la ONU, la OMS y la Organización Mundial de Sexología, en lo que se refiere a salud sexual. Este

colectivo fue pionero en llevar a cabo un programa que tuviese en cuenta la sexualidad relacionada con las actitudes y el afecto (8)

Doce años más tarde de que se aprobase la LOGSE, se instauró en España la **LOCE** (Ley Orgánica de Calidad de la Educación) por el Partido Popular. M^a Teresa Berejano Franco y Beatriz García Fernández (6) afirman que la ley en su preámbulo plasmaba la necesidad de cambios en la legislación educativa para que esta se adaptase a las necesidades de una sociedad cambiante. No hacía mención directa a temas relacionados con el sexo, género y afectividad, ni tampoco se recogían aspectos relacionados con el lenguaje inclusivo, ni la diversidad. Y pese a que hacía un acercamiento a la igualdad de oportunidades, se considera un claro retroceso en comparación con la ley anterior.

Más tarde, en **2006** fue aprobada la **LOE** (Ley Orgánica de Educación), que coexiste actualmente con la LOMCE, y que fue promulgada por el gobierno Socialista de José Luis Rodríguez Zapatero. Esta añadió un nuevo componente didáctico: las *Competencias Básicas*. Cada comunidad incluyó las 8 competencias básicas y se dio la oportunidad de añadir alguna más al currículum si lo creían oportuno. Castilla la Mancha incluyó la denominada *Competencia Emocional*. Esta competencia fue un referente curricular ya que a través de sus contenidos se trabajaba para que los niños y niñas construyeran su auto-concepto y su autoestima. También estaba relacionada directamente con el desarrollo de aspectos que formaban parte de la educación afectivo-sexual. Esta ley también hace referencia al acceso a la educación universal e igualdad de oportunidades.

De acuerdo con el documento *Análisis de las Leyes Educativas en el periodo 1990-2016*, la LOE consideraba que los objetivos de la educación eran: “*el pleno desarrollo de la personalidad y de las capacidades afectivas del alumnado y la formación basada en el respeto de los derechos y libertades; el reconocimiento de la diversidad afectivo-sexual y la valoración crítica de las desigualdades, que permite superar los comportamientos sexistas*”. En definitiva, “*la ley considera la educación como una herramienta al servicio de los cambios sociales de cada época, y como tal, tiene que responder dichos requerimientos*” (6). Se destacaba también el reconocimiento directo de la diversidad afectivo-sexual.

Actualmente la ley educativa que rige los currículos educativos de Primaria, de la Educación Secundaria y Bachillerato es la **LOMCE**, aprobada en 2013 bajo el gobierno del Partido Popular, mientras que sigue siendo la LOE la ley que regula el currículum

educativo de la etapa educativa Infantil (9). A continuación se hará un resumen de los puntos más importantes en lo referente al tratamiento de la educación afectivo-sexual que hace la LOMCE y los Reales Decretos que establecen los currículos básicos de la Educación Primaria, Educación Secundaria Obligatoria (ESO) y Bachillerato.

En relación a la **LOMCE** (9, 10, 11)

- Se suprime la anteriormente mencionada *Competencia Emocional*.
- Nombra la importancia del lenguaje inclusivo, pero la redacción de la ordenanza no hace ejercicio del mismo.
- La ley marca la importancia de valores como la tolerancia, libertad, igualdad, respeto y pluralismo, pero en ningún momento se hace referencia a la igualdad de oportunidades o fomento de la equidad entre hombres y mujeres.
- En el apartado 3 del artículo 84 podemos observar como en primera instancia se apunta que “*en ningún caso habrá discriminación por razón de nacimiento, raza, religión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social*”; tras este apunte enuncia que las escuelas que lleven a cabo la enseñanza diferenciada por sexos serán financiadas por el Estado.
- Nombra en su preámbulo la diversidad familiar como un hecho en nuestra sociedad, pero luego solo realiza una alusión a la orientación e identidad/diversidad sexual en términos de sanción en casos de: “[...] *discriminación o acoso basado en el género, orientación o identidad sexual, o un origen racial, étnico, religioso, de creencias o de discapacidad, o que se realicen contra el alumnado más vulnerable por sus características personales, sociales o educativas*”.
- Se suprime la asignatura de Educación para la Ciudadanía y los Derechos Humanos, perteneciente a la ESO; se sustituye por la asignatura denominada *Valores Éticos*. Se convierte en opcional la asignatura Historia de la Filosofía, perteneciente a 2º de Bachillerato, suprimiendo su origen troncal. No tienen relación directa con la educación afectivo-sexual pero son importantes para el desarrollo del pensamiento crítico del alumnado.

Por otro lado podemos observar que el Real Decreto que establece los currículos de la ESO y Bachillerato (11), incluye en su artículo 6 bajo el título de *Elementos Transversales*, que las administraciones educativas fomentarán la igualdad de género, prevención de la violencia de género y no discriminación por cualquier condición o

circunstancia personal o social. Pero como bien dice el título, se trabajará desde la “transversalidad”. Como afirma García Luque, *“trabajar la igualdad de género desde la transversalidad solo es útil si se hace desarrollando estrategias intencionadas y eficaces previamente planificadas”*, ya que si no es así se estará promoviendo un ocultamiento del tema, en lugar de hacerlo visible (12)

Las leyes implantan en los currículos el sexo y la sexualidad como temas dentro de la asignatura de biología y geología de 1º-3º de ESO, dentro del bloque *las personas y la salud, promoción de la salud*: aquí mencionan superficialmente los aparatos reproductores humanos, la diferenciación de sexo y sexualidad, la menstruación, métodos anticonceptivos y la higiene sexual. En 4º de ESO se realiza solo un recordatorio del sistema reproductor. En la asignatura “Valores éticos”, impartida en la Educación Secundaria Obligatoria, uno de los temas hace mención a los derechos sexuales y a la violencia de género. En primero y segundo de Bachillerato no se realiza ninguna enseñanza al respecto; solo un tema de la asignatura de Psicología de 2º de Bachillerato (que es optativa) hace mención a “la importancia que tienen en la maduración del individuo las relaciones afectivas y sexuales”.

Por todo ello, puede afirmarse que tanto la LOMCE como el Real Decreto que establece los currículos de la ESO y Bachillerato, no hacen alusión alguna a la educación sexual más allá de una visión meramente biologicista del aparato reproductor femenino y masculino y los anticonceptivos, siendo muy pobre la mención de la igualdad, la diversidad sexual y afectividad (10, 11).

En relación a la etapa Primaria, es en la asignatura de Ciencias Naturales donde se enseñan los aparatos y sistemas del cuerpo humano. En las asignaturas de Ciencias Sociales y Valores Cívicos hacen referencia a normas para la convivencia pacífica y tolerante, manejo de la asertividad y el establecimiento de relaciones interpersonales positivas, por lo que se mencionan temáticas más relacionadas con la afectividad que con la sexualidad, pero de una manera muy somera. Aunque el preámbulo menciona que *“la metodología en el aula se ha de fundamentar en la relación entre el progreso personal y el académico, porque equilibrio afectivo y aprendizaje van unidos y se fortalecen mutuamente”* (12, 13).

Sin embargo, como la **etapa Infantil** sigue rigiéndose por la **LOE**, encontramos diversos cambios. En resumen, esta ley pretende establecer un currículum educativo donde el desarrollo afectivo tiene un puesto clave, ya que afirman que *“es un elemento*

muy importante para la formación de la personalidad infantil”. Entre los objetivos de dicha educación se encuentra el que los niños y niñas conozcan su propio cuerpo y el de los demás, sus posibilidades de acción y el respeto a las diferencias. El currículum da especial importancia al aprendizaje relacionado con la construcción de una imagen ajustada de sí mismo, tal es la importancia dada al tema que una de las áreas parceladas de conocimiento se titula “*conocimiento de sí mismo y autonomía personal*”, que incluye: la construcción de la propia identidad (fruto de las interacciones con su medio, sobre todo el social), el establecimiento de relaciones afectivas con los demás y el aprendizaje de la utilización de recursos personales para alcanzar progresivamente la autonomía personal. La seguridad y la autoestima ocupan un puesto relevante para todo ello.

En otro bloque llamado *cultura y vida en sociedad*, la ley da importancia al conocimiento de las normas básicas de convivencia, así como el rechazo de estereotipos y prejuicios sexistas; por tanto se resalta en este apartado el concepto de educar en igualdad. También desarrolla un apartado relativo a la *atención a la diversidad*, donde se expone que se debe ofrecer una respuesta adecuada a las diferentes necesidades e intereses de cada niño, teniendo en cuenta el ritmo de desarrollo de cada niño y niña (14, 15).

Puesto que la LOMCE no está encaminada a la temática de género, hay Comunidades Autónomas que en el marco de su competencia en cuestiones educativas, realizan una apuesta por la igualdad de género, destacando entre ellas Andalucía. Esta comunidad ha aprobado recientemente el II Plan estratégico de Igualdad de Género en Educación 2016-2021, el cual tiene 4 principios fundamentales: la Transversalidad, Visibilidad, Inclusión, y Paridad (16).

La Comunidad de Madrid por su parte, aprobó en junio de 2016 la Estrategia Integral de Educación para Igualdad Sexual y de Género, donde promete elaborar una Estrategia Integral de educación y diversidad sexual e identidad o expresión de género, que pretende favorecer la visibilidad y la integración de forma transversal de la diversidad afectivo-sexual en los centros escolares, incluyendo la realidad LGTBI en los planes de estudio escolares; también promete adoptar medidas para eliminar de los currículos educativos los contenidos que impliquen discriminación y la elaboración, difusión e implantación de protocolos para prevenir, detectar y corregir acciones de discriminación o acoso hacia menores LGTBI. Por otro lado, respecto al ámbito universitario,

fomentarán que las universidades públicas de la CAM (Comunidad Autónoma de Madrid) o que reciban fondos públicos, oferten formación y realicen investigación en materia de orientación sexual e identidad de género. Por su parte, la administración se compromete a desarrollar políticas de apoyo y visibilización de las asociaciones y organizaciones LGTBI a favor de la no discriminación por orientación sexual e identidad o expresión de género (17).

Por tanto, atrás queda la obligatoriedad de la enseñanza de educación afectivo-sexual en los centros educativos que imponía la Ley de Salud Reproductiva y Sexual y de Interrupción Voluntaria del Embarazo de 2010. Solo las Comunidades que han apostado por un modelo coeducativo dan la oportunidad a sus estudiantes de recibir esta formación (18).

Algunos países creen que la educación afectivo-sexual es un tema de gran relevancia social, y por ello han creado organismos gubernamentales encargados de su enseñanza. Así Reino Unido ha creado el Sex Education Forum; Estados Unidos el Sex Education and Information Council of the United States; Canadá el Sex Education and Information Council of Canada y Francia el portal Éduscol. En España sin embargo no hay ningún organismo específicamente creado que asegure su enseñanza, por lo que parece claro que a nuestro país todavía le queda un largo camino por recorrer en esta materia (19).

Respecto a la relevancia social que se da en España a las enseñanzas de Educación afectivo-sexual, la Ley Orgánica 2/2010 de 3 de marzo de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo nombra en su preámbulo que *“esta ley parte de la convicción, avalada por el mejor conocimiento científico, de que una educación afectivo-sexual y reproductiva adecuada, el acceso universal a prácticas clínicas efectivas de planificación de la reproducción, mediante la incorporación de anticonceptivos de última generación, cuya eficacia haya sido avalada por la evidencia científica, en la cartera de servicios comunes del SNS y la disponibilidad de programas y servicios de salud sexual y reproductiva, es el modo más efectivo de prevenir, especialmente en personas jóvenes, las infecciones de transmisión sexual, los embarazos no deseados y los abortos”* (18). Llama la atención que el propio Estado considere la educación afectivo-sexual como herramienta clave, junto con otros elementos, para la vivencia plena de la sexualidad sin riesgos, pero en la realidad no haya congruencia con su enseñanza en las escuelas.

Cabe destacar que la educación afectivo-sexual es hoy en día demandada socialmente, ya que forma parte de los derechos de los niños, niñas y adolescentes, la información y la obligación de los estados de proporcionar a la infancia las medidas educativas necesarias. La Declaración de la International Planned Parenthood Federation (IPPF) sobre derechos sexuales, recoge en su artículo 8 que *“todas las personas sin discriminación, tienen el derecho a la educación e información en general y a la educación sexual integral, a la información necesaria y al pleno ejercicio de la ciudadanía, así como a la igualdad en el ámbito privado, público y político”* También, dentro de los Objetivos Del Milenio se encuentra el acceso a la información y educación sexual integral (1).

Por otro lado, se nos presenta el interrogante de a qué rangos de edad debe ir dirigida la educación afectivo-sexual. M^a Teresa Bejarano y Antonio Mateos en su estudio denominado *La Educación Afectivo-sexual en el Sistema Educativo español: análisis normativo y posibilidades de investigación* enuncian que: *“la educación afectivo-sexual debe comenzar en los primeros años de vida y prolongarse hasta la muerte, ya que es un proceso gradual, que acompaña a todas las etapas vitales. Debe partir de una concepción biopsicosocial de la sexualidad, sin sobredimensionar ni excluir ninguna de estas variables, lo que permitirá múltiples perspectivas de trabajo y análisis, así como gozar de un fuerte componente transformador de la sociedad y de las concepciones de la misma [...]”* (6).

Otros autores como Montes Antúnez, apoyan que comenzar a trabajar la afectividad y la sexualidad en la infancia es verdaderamente importante, ya que es una edad donde apenas hay riesgos, no hay prisa y la capacidad de asimilación es alta; además los niños y niñas son, relativamente, libres de prejuicios. La información que se les proporcione debe ser rigurosa, objetiva y científica, entendiendo la sexualidad como *“comunicación humana y fuente de salud, como afectividad y placer libre de los estereotipos de género”*. Siempre teniendo en cuenta tres cosas: lo que pueden saber, según sus capacidades intelectuales y cognitivas; lo que necesitan saber, con vistas a que la educación sea integral, y a lo que desean saber (8).

La Ley Orgánica 2/2010 de 3 de marzo de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo ya mencionada anteriormente, destaca a la población joven como principal diana de las estrategias de salud sexual y reproductiva (18). Esto se debe a que la necesidad de información sobre temas relativos a la Salud

Sexual es mayor en este grupo de edad ya que es en esta etapa cuando tienen lugar las primeras experiencias eróticas y sexuales con otras personas (20). Se cree pertinente aclarar que no se pretende restar importancia a la enseñanza de Educación afectivo-sexual en etapas previas a la adolescencia, sino que las características especiales que definen a los adolescentes y que se explicarán a continuación, les sitúan en el punto de mira de las estrategias de Salud Sexual y Reproductiva.

El concepto de adolescencia ha evolucionado mucho a lo largo de la historia, hasta considerarse en nuestros días como una de las etapas más importantes dentro del ciclo vital humano, caracterizada por diversas y complejas transformaciones, tanto en la esfera biológica como en la psicosocial. La Organización Mundial de la salud define la adolescencia como *“el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, abarcando desde los 10 a los 19 años”* (21).

Haciendo referencia a la esfera biológica, los cambios son significativos; los más destacables son el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios, el crecimiento de los genitales hasta asemejarse a los del adulto, las primeras erecciones y eyaculaciones en los hombres y la aparición del ciclo menstrual en las mujeres. Todos estos acontecimientos llevan a que los y las adolescentes sean maduros biológicamente para comenzar su vida sexual y reproductiva.

Cabe mencionar también que los y las adolescentes, durante su desarrollo psicológico, tienden a ser impulsivos, a tener la sensación de que son invulnerables y omnipotentes; esta condición les hace ser especialmente vulnerables a adoptar conductas de riesgo, también en lo referente al sexo, por tanto la prevención adquiere mucha importancia (20, 22).

Según afirman Luces, Rizón, Porto y Fernández, las relaciones sexuales en edades tempranas van ligadas a una escasa información en ITS (Infecciones de transmisión sexual) o anticoncepción, lo que deriva en un aumento de riesgo de embarazos no deseados, interrupciones voluntarias del embarazo e ITS (23).

Pero los y las adolescentes no solo son vulnerables a este tipo de riesgos, sino que también están expuestos a una gran cantidad de mensajes contradictorios por parte de la sociedad, que ponen en riesgo su integridad psicoafectiva.

Actualmente, el gran desarrollo de la tecnología ha dado lugar a nuevas fuentes de información muy accesibles que son utilizadas por todo el mundo, incluidos los adolescentes. Pero la información en materia sexual generalmente está “distorsionada” y es poco realista.

Nos encontramos con que los medios de comunicación venden la sexualidad como un producto, que es asociado al éxito y a mayores posibilidades de popularidad y de realización personal; en muchas ocasiones la imagen de la mujer, dentro de este producto hecho para ser vendido y consumido, se presenta de forma denigrante. Este también es el caso de la pornografía, que además en muchos casos se presenta como la única fuente de educación sexual para los jóvenes. A lo anteriormente mencionado se le suma la gran relevancia que tiene para los adolescentes el formar parte de un grupo de iguales, que puede actuar como factor de riesgo o por el contrario como protector en lo referente a adoptar conductas de riesgo.

Todo esto junto con la escasez de formación afectivo-sexual, da lugar a que los y las jóvenes puedan verse, aparte de desprotegidos, coaccionados a partir de estos “mensajes subliminales” a iniciar su vida sexual sin ser plenamente conscientes ni libres de elegir. (1, 20, 22).

Cabe mencionar que las jóvenes son especialmente vulnerables ya que se ven influenciadas entre otras cosas por diversos mitos de amor romántico.

Diversos estudios sobre los mitos románticos en España, afirman que las mujeres, sobre todo las jóvenes, creen en mayor medida que los hombres en mitos como el de la media naranja, la exclusividad, etc (24). Así afirma el documento *Del mito del amor romántico a la violencia contra las mujeres en la pareja* que “en nuestra sociedad el amor, y específicamente el amor romántico, se ha convertido en la base de una de las instituciones sociales básicas como es la familia. Y este amor romántico ofrece a las personas un modelo de conducta que cuando falla produce frustración y desengaño, y es uno de los factores que contribuyen a favorecer y mantener la violencia contra las mujeres en la pareja” (25).

Por todo ello, la educación afectivo-sexual formal cobra importancia en este grupo etario, para equilibrar, corregir e integrar la información obtenida por otros medios, y para que los y las adolescentes dispongan de herramientas para disfrutar de su sexualidad de manera placentera y responsable.

Otra cuestión sobre la que hay mucha controversia es a quién compete la enseñanza de la educación afectivo-sexual, si a la familia, a la escuela, o a los profesionales de salud. Algunos autores como Bonete (8) afirman que es competencia de la familia, *“deben ser los padres, a quienes les corresponde por derecho natural, explicar a cada hijo el origen de la vida y la progresiva formación sexual. El entorno familiar, por su contexto afectivo, es el lugar más idóneo para educar en sexualidad, por tanto la escuela no debe sustituir a la familia en esta labor”*. Sin embargo, otros muchos autores como Soler, Hernández y Jaramillo piensan que es una actividad que le corresponde a la escuela, ya que (8) *“la educación sexual ha pasado de ser una tarea considerada únicamente correspondiente al ámbito privado de la familia a formar parte también de la vida social, cultural, política y educativa; de tal modo, se acepta y considera que la escuela también juega un papel muy importante en dicha tarea”*.

Por otra parte, no hay que olvidar que la sexualidad es cuestión de estilo de vida, y que la escuela es fundamental para educar en valores, normas y actitudes, ya que es la única institución con la que todas o casi todas las personas van a tener contacto en algún momento de su vida. Según el psicólogo Félix López *“en ninguna otra institución puede hacerse un proceso de enseñanza-aprendizaje tan estructurado, secuenciado, globalizado y significativo como en la escuela; esta es la única institución que puede asegurar que la educación afectivo-sexual llegue a toda la población”* (8).

Actualmente, al menos teóricamente, pocas personas se cuestionan la conveniencia de la educación afectivo-sexual formal desde la escuela. Aunque según la bibliografía consultada, y como bien se ha plasmado mediante la síntesis de las leyes educativas españolas, *“la realidad es que la educación afectivo-sexual en nuestro país es limitada e impartida de forma insuficiente, y en ocasiones es inexistente en algunos centros educativos”*, como bien afirma Lorena Montes Antúnez en su tesis *La visión del profesorado sobre la Educación Afectivo-sexual en la etapa Primaria* (8). Tampoco hay un consenso claro sobre cómo deben enseñar los centros educativos dicha materia.

La misma autora, entre otros asuntos estudia las posibles causas de la precariedad de la presencia de la educación afectivo-sexual en los centros educativos españoles. Entre ellas, los profesores expresan que las más importantes son:

- La falta de exigencia, precisión y obligatoriedad que otorga la ley actual de educación.

- El miedo a enfrentarse a la comunidad, en el sentido de que, como la ley no es clara, algunos docentes tienen miedo a que estos contenidos no se ajusten a la misma. A esto se une el temor a las quejas y demandas de los padres.
- Las actitudes negativas individuales hacia la sexualidad y educación sexual, como: no valorar ni comprender la sexualidad infantil y/o sentir vergüenza o miedo al hablar de estos temas. Estas actitudes producen que hablar de sexualidad en las aulas siga siendo una práctica no habitual, fomentando que el tema siga siendo un tabú.
- La falta de formación por parte del profesorado.

Numerosos artículos, entre ellos un estudio realizado por la Universidad de Salamanca junto a la Universidad de Cantabria en 2011 denominado *Educación sexual y formación del profesorado en España* (26), señalan que uno de los más importantes obstáculos citados por los profesores para no impartir educación afectivo-sexual en sus aulas es la falta de preparación en este campo, y la dificultad de acceder a dicha formación.

Dicho estudio fue realizado mediante cuestionarios realizados a 3760 docentes de las etapas de Infantil, Primaria, Secundaria y Bachillerato, sobre su formación universitaria y continuada.

Los resultados de dicho análisis destacan que sólo un 12% del profesorado que participó en el estudio declaró que tenía alguna formación universitaria en materia de sexualidad – educación sexual, y un 25% de los docentes refirió tener formación gracias a cursos de formación continuada.

Los docentes con más formación fueron los de las etapas Infantil y Primaria, esto es debido a que en los planes de estudio de Magisterio es más común encontrar materias relacionadas con educación sexual. Sin embargo, los docentes que imparten clase en Secundaria y Bachillerato en la mayoría de los casos han cursado estudios como biología, ingeniería, matemáticas, etc. Estas carreras no contemplan en la mayoría de los casos la docencia en centros escolares como salida profesional, por lo que es menos común que estas personas tengan formación universitaria específica en el campo de la sexualidad.

Otro estudio realizado en 2011, analizó todos los centros universitarios de España donde se ofertaban los grados de Educación Infantil y Primaria, para estudiar cuáles ofrecían, específicamente, asignaturas que abordasen la sexualidad en los planes de estudio.

De las 58 universidades públicas y privadas donde se podía obtener el graduado en Educación Primaria e Infantil: 49 universidades trataron de manera transversal la sexualidad – educación sexual en la infancia y adolescencia, pero un gran número de estas asignaturas que trataban la sexualidad eran optativas, por lo que no todo el alumnado podía adquirir dicha formación, y trataban de manera puntual aspectos de la sexualidad, por lo que lograr el entendimiento de manera holística es complejo. Solo tres universidades contemplan de manera específica la formación en materia sexual: la Universidad de Córdoba (con la asignatura de *Adquisición y Desarrollo de la Identidad Sexual y de Género y Coeducación*), la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria (que oferta la asignatura de *Educación Afectivo-Sexual para infantil*), y la Universidad de Salamanca (que ofrece la asignatura de *Psicología del desarrollo y Educación Afectivo-Sexual*), siendo todas ellas optativas, con las limitaciones que ello conlleva (27).

Sin duda, sea por unas causas u otras, estos datos reflejan la carencia de formación de los docentes españoles en dicha materia.

Según los Estándares de Calidad de la Educación Sexual en Europa (1), la educación sexual en la escuela debería realizarse de manera interdisciplinar, colaborando con otros socios como por ejemplo los servicios de salud, de tal manera que la educación sea lo más completa posible.

Reiteramos que organismos internacionales como la OMS, la UNESCO, el Consejo Europeo y UNICEF entre otros, acreditan que *“la escuela es el medio más efectivo para promover estilos de vida saludable en la población infantil y juvenil, independientemente de factores como la clase social, el género o el nivel educativo de los padres”*, ya que por la escuela pasan todos los miembros de la sociedad. Por ello, nuestro país ha adaptado el currículum escolar teniendo en cuenta dichas recomendaciones internacionales, diseñando los denominados *Temas Transversales*; entre ellos encontramos la Educación para la Salud (EpS), formando parte de ella la Educación Sexual. Por tanto, la Educación sexual teóricamente tiene que ser impartida en la escuela como parte del temario, aunque como se ha podido comprobar mediante el análisis legislativo, esto actualmente no se cumple (28).

Antes se ha hablado del mal recibimiento que tuvo la inclusión de la Educación para la Salud en el currículum escolar con la LOGSE, ya que los profesores no tenían tiempo

suficiente ni conocimientos adecuados. Es probable que la presencia de otros profesionales que actúen de forma conjunta con los equipos docentes, pueda completar y mejorar su labor. Quizá uno de estos profesionales, por sus características de formación y conocimiento de la comunidad, pueda ser la enfermera, que podría añadir a su cartera de servicios la educación afectivo-sexual como parte de la educación para la salud, ya que, como se ha mencionado con anterioridad, la sexualidad es un componente inherente del ser humano, por lo tanto es un aspecto más a tener en cuenta dentro de nuestros cuidados enfermeros (7).

Además, como menciona Jorge Araujo *"los enfermeros debemos aprovechar nuestra cercanía a la población que atendemos para llevar a cabo actividades de promoción y educación para la salud, fomentando hábitos de vida saludable, también en relación a temas de Educación Sexual"* (23).

En diferentes países de nuestro entorno, la figura de la enfermera escolar posee gran desarrollo y múltiples funciones, en algunos lugares entre estas funciones se encuentra la educación sexual de los escolares (28).

En nuestro país, como expone la LOE en su artículo 71 *"las Administraciones Educativas dispondrán los medios necesarios para que todo el alumnado alcance el máximo desarrollo personal, intelectual, social y emocional, así como los objetivos establecidos con carácter general en dicha ley. Especialmente corresponde a las administraciones Educativas asegurar los recursos necesarios para que los alumnos y alumnas que requieran una atención educativa diferente a la ordinaria [...] puedan alcanzar el máximo desarrollo posible de sus capacidades personales y en todo caso, los objetivos establecidos con carácter general para todo el alumnado"* (14).

Esta misma ley en el artículo 72 expone que para conseguir lo anteriormente mencionado *"las Administraciones Educativas dispondrán de profesionales cualificados, así como de los medios materiales precisos para la adecuada atención a este alumnado"* (14).

En lo que se refiere a la Comunidad de Madrid, la Orden 629/2014 de 1 de julio, conjunta de la Consejería de Sanidad y de la Consejería de Educación, Juventud y Deporte, por la que se establece la colaboración entre ambas para la atención sanitaria de alumnos escolarizados en centros educativos públicos de la Comunidad de Madrid que presentan necesidades sanitarias de carácter permanente o continuado, expone que *"una vez comunicado el número de profesionales sanitarios necesarios para el curso"*

escolar correspondiente y los centros que necesitan a estos profesionales, la Consejería de Sanidad a principio de cada curso escolar pondrá a disposición de la Consejería de Educación a los profesionales sanitarios necesarios para prestar servicios en los centros determinados” (29).

Por lo que nos encontramos con que no todos los colegios disponen de este profesional en su plantilla, solo aquellos que tengan niños con necesidades especiales, por lo que esta labor deberá ser llevada a cabo entonces por otros profesionales enfermeros, quizás los de Atención Primaria.

Por otro lado, cabe mencionar también que, como afirman las autoras del artículo *Educación para la Salud en centros educativos*, para que la EpS sea efectiva, no debe ser algo esporádico ni que concierna únicamente a enfermería, sino que habrá que contar con los docentes *“es conveniente programar las sesiones con el profesor/a, que es quien conoce la dinámica del aula, así como los conflictos, motivaciones, y las actitudes de los alumnos; incluyendo los que tengan necesidades especiales, ya que se habrán de hacerse adaptaciones curriculares para ellos”*. Por tanto, lo ideal es que la enfermera y los profesores se apoyen entre ellos formando un equipo con objetivos comunes (28).

Se hace imprescindible que todos los miembros del equipo estén concienciados de que, como dice el artículo *Salud escolar, ¿por qué el profesional de enfermería en las escuelas españolas?: “educar en salud no consiste únicamente en ofrecer información sobre los fundamentos científicos de los problemas de salud, o sobre el peligro de ciertas conductas, sino en fomentar actitudes críticas, autónomas y solidarias, que permitan analizar los problemas, acceder a la información adecuada, reflexionar sobre los valores que lleva implícita cada acción, asumir responsabilidades y aprender a tomar decisiones”*(7).

Teniendo en cuenta todo lo anteriormente expuesto, parece claro que todavía existe un déficit en la educación sexual y afectiva, tanto en las escuelas, siendo la escasa formación del profesorado una de las causas de peso, como posiblemente en la familia, dependiendo del nivel sociocultural y de las creencias particulares. Al mismo tiempo, queda patente que, sin olvidar las etapas evolutivas anteriores, los y las adolescentes, por sus características especiales, son uno de los colectivos más vulnerables frente al desconocimiento en sexualidad y afectividad.

Si la multidisciplinariedad se considera adecuada para tratar la educación afectivo-sexual con este colectivo especial, podemos preguntarnos por el papel que la enfermera puede asumir dentro de la atención que lleve a conseguir que los adolescentes se beneficien de una educación sexual y afectiva más completa e integral.

Es por ello que se propone la realización de una revisión narrativa con el objetivo de estudiar el rol o papel que la enfermera puede jugar en la educación afectivo-sexual de los adolescentes.

2. METODOLOGÍA

Para la realización de esta revisión narrativa se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Cinhal, Cuiden, Pubmed y PsycINFO. También se utilizó el repositorio de la revista Metas de Enfermería y el de la Universidad de La Rioja, Dialnet.

Las búsquedas fueron realizadas mediante los descriptores de ciencias de la salud DecS, con el tesoro MeSH, y con palabras clave de cada base de datos cuando fue posible; también se realizaron búsquedas en lenguaje libre, ya que había términos que no existían en los descriptores. Asimismo, se realizaron tres búsquedas por autor, debido a que dichos autores eran citados en múltiples documentos.

Las búsquedas se realizaron en inglés y español. Los términos empleados en español fueron: *educación sexual, educación afectivo-sexual, enfermería, y papel/rol*; mientras que para las búsquedas en inglés se utilizaron las palabras clave: *sex education/affective education, nursing/nurse, nursing/nurse's role y sexual health*. Las palabras se combinaron mediante los operadores booleanos AND y OR. De manera excepcional, y debido a su importancia, se ha aceptado un artículo escrito en portugués que aparecía en las búsquedas al tener escrito el abstract en inglés.

De forma general, para todas las búsquedas, se empleó el filtro de limitación de fecha de publicación restringido a los últimos 10 años (desde 2007 a 2017). También se acotó la población de estudio a la adolescencia, siguiendo los límites de edad que marca la Organización Mundial de la Salud, es decir, desde los 10 a los 19 años.

Por otro lado, cabe mencionar que no se aplicaron límites según el tipo de trabajo, sino que se aceptaron publicaciones que habían usado tanto metodología cualitativa como cuantitativa. A continuación se explicarán las estrategias de búsqueda según cada base de datos.

En **Cinhal**, se realizaron las búsquedas mediante lenguaje libre, ya que el tesoro de la base de datos no incluía las palabras *nurse's role/nursing role*. Por otro lado, se emplearon filtros que permiten discriminar los artículos en función de su tema principal; se escogieron: *nursing role, sexual health y sex education*. Como se ha indicado antes, se limitó la población de estudio a la adolescencia; el filtro que permite acotar la edad a la que van dirigidos los artículos no recoge el mismo rango de edad que la OMS, sino que considera la adolescencia desde los 13 a los 19 años; pese a esto, se aplicó el filtro.

Los artículos debían disponer al menos del resumen. También se realizaron dos búsquedas por autor, dada la relevancia de ambos.

Respecto a **Pubmed**, en esta base de datos si se empleó el tesoro MesH, ya que incluía el término nurse's role. Se aplicaron los filtros de resumen disponible, humanos, así como el filtro de restricción de edades, que recoge el mismo rango de edad que Cinhal.

En **Cuiden**, la búsqueda se realizó mediante las palabras clave de la base de datos y solo se pudo aplicar el filtro de fecha de publicación, restringiendo también la búsqueda a los últimos diez años. Se escogieron aquellos a texto completo. También se hizo una búsqueda por autor, dada a la relevancia de este.

Se utilizó también la base de datos **PsycINFO** y en ella solo se aplicaron los filtros de restricción de fecha de publicación a los últimos 10 años y de resumen disponible.

En **Dialnet**, se restringió la búsqueda a revistas españolas de enfermería, con la intención de obtener artículos contextualizados en nuestro país, ya que anteriormente se habían utilizado bases de datos internacionales en las que apenas se habían obtenido documentos referidos a España. También se aplicaron los filtros de texto completo y selección de artículos por tema principal, escogiendo educación en salud y educación sexual.

Por último, en el repositorio de la revista **Metas de enfermería**, se utilizó el filtro que discriminaba las publicaciones según sus palabras clave, escogiendo las palabras educación sexual y afectivo-sexual. Se escogieron aquellos con el texto completo disponible. La búsqueda en este repositorio perseguía el mismo fin que el de buscar en Dialnet, es decir, encontrar artículos contextualizados en España.

Para la selección de documentos se emplearon los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión

- ✓ Artículos relativos al rol o papel de enfermería en la educación sexual / afectivo sexual.
- ✓ Documentos escritos en español e inglés.
- ✓ Publicaciones limitadas a los últimos diez años.
- ✓ Artículos referidos a la población adolescente.
- ✓ Artículos a texto completo.

Criterios de exclusión

- ✘ Artículos que abordasen el rol de enfermería únicamente desde la prevención de ITS y embarazos no deseados.
- ✘ Estudios sobre adolescentes con necesidades especiales.
- ✘ Literatura gris: folletos, noticias, etc.

Una vez aplicados los anteriores criterios se obtuvo un total de 160 artículos. Para comprobar que se ajustaban a los criterios de inclusión y exclusión establecidos, se hizo una lectura del título y del resumen de los mismos, eliminando aquellos que se alejaban del objetivo del trabajo, escogiendo así 33 documentos.

Después se llevó a cabo una lectura en profundidad, que acabó reduciendo su número a 20, de los que se analizaron los aspectos recurrentes y relevantes que presentaban cada uno de ellos.

De acuerdo con lo obtenido, se establecieron 3 categorías de análisis que se desarrollarán en el siguiente apartado.

A continuación, en la Tabla 1 se muestran las estrategias de búsqueda junto con los artículos obtenidos en cada una de ellas.

Tabla 1 Estrategias de búsqueda y artículos obtenidos

BASE DE DATOS	ESTRATEGIA	Nº DE ARTICULOS ENCONTRADOS	Nº DE ARTÍCULOS FINALMENTE SELECCIONADOS
CINHAL	Sex education AND nursing role	6	1
	Sex education AND nurse OR nursing	8	2
	Sex education AND nurses role	11	3
	Sex education AND nursing role	6	2
	Sexual health AND nurses role	8	1
	Sex education AND sexuality and nurses role	9	1
PUBMED	("Nurse's Role"[Mesh]) AND "Sex Education"[Mesh]	10	1
	("Nursing"[Mesh]) AND "Sex Education"[Mesh]	20	1
	Gerd Røndahl[Author]	9	1
	Mercy Nhamo-Murire[Author]	2	1

CUIDEN	Educación sexual AND papel de enfermería	37	2
	Educación sexual AND adolescencia AND enfermería	15	1
	Julia Pérez Alonso	9	1
DIALNET	Educación sexual AND enfermería	3	0
PsycINFO	(DE "Sex Education" OR DE "Health Education") AND (DE "Affective Education")	1	0
	(DE "Affective Education") AND (DE "Nursing")	2	0
Repositorio de Metas de Enfermería	Educación sexual enfermería	4	2
		Total: 160	Total: 20

Fuente: elaboración propia

3. RESULTADOS

El número final de documentos fue de 20, de los cuales seis estaban escritos en castellano, trece en inglés y uno en portugués. Según su tipología se incluyeron 5 estudios cualitativos, 6 artículos de opinión, 1 editorial, 3 revisiones sistemáticas, 1 estudio cuantitativo, 3 estudios descriptivos y 1 estudio experimental.

Todos ellos tienen en común que de alguna manera abordan el papel que juega el profesional de enfermería en la educación sexual de los adolescentes. Sus principales características se detallan en la Tabla 2, en el Anexo.

Sobre la base de sus contenidos se han establecido las siguientes unidades de análisis: el profesional de enfermería en la educación afectivo-sexual, dificultades para impartir educación afectivo-sexual y capacitación de las enfermeras para impartir educación afectivo-sexual.

EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN LA EDUCACIÓN AFECTIVO-SEXUAL

Aquilina et al, citado por Weiss en *Let us talk about it: safe adolescent sexual decision making* (30) declaran que los adolescentes quieren que sus padres u otros adultos les ayuden a entender la sexualidad y les guíen respecto a las decisiones que tomar sobre su propia sexualidad.

Fraile identifica en su estudio sobre las necesidades de los adolescentes de educación sexual (31) que los temas relacionados con el sexo y la sexualidad generalmente no suelen ser tratados con naturalidad por las familias, y en la mayoría de los casos no se tratan de manera directa, por lo que los y las jóvenes acuden antes en caso de dudas a amigos y amigas mayores que ya han tenido relaciones sexuales o a Internet; y en caso de que pidan consejo a sus padres es la madre la persona a la que recurren.

Mackee et, citado por Weiss (30), coinciden en esta afirmación, y en que las adolescentes suelen recurrir en caso de dudas antes a su madre que a su padre, ya que la figura materna ejerce más influencia sobre las elecciones personales de sus hijas adolescentes.

Así Weiss expone (30) que mientras los padres y profesores mantienen el silencio y no les dan respuestas respecto a estos temas, los medios de comunicación y los grupos de iguales les bombardean con información sexual errónea, por lo que de esta manera, la

enfermera se posiciona de manera privilegiada para ayudar a los jóvenes a discriminar la información errónea y guiarles en sus decisiones.

Por un lado, varios autores como Fraile (31) y Jackson (32), defienden que los jóvenes prefieren que quien entable con ellos el diálogo sobre sexualidad sea una persona de su entorno cercano, a la que conozcan, que hable de forma clara y profesional.

Aunque en menor medida, hay autores como Ofsted, citado por Dawe en el artículo *Sex and Relationship Education (SER): How do we compare?* (33), que defienden que los adolescentes prefieren que sea una persona no conocida la que les proporcione educación sexual, entre otras cosas porque carecerá de prejuicios contra ellos.

En lo que sí coinciden varios autores, como Jackson (32), Fraile (31) y Pérez et al (34), es que los adolescentes demandan que su confidencialidad sea mantenida, ya que como enuncian Brewin et al (35) muchos adolescentes no quieren que sus padres sepan que han acudido a alguien para pedir consejo o ayuda sobre temas sexuales, sobre todo aquellos jóvenes que han llevado a cabo prácticas sexuales de riesgo.

Por esto mismo, como refieren Cambell y Buston, citados por Piercy et al en su estudio *School Nurses and Sex Education: surveillance and disciplinary practices in primary schools* (36), en muchas ocasiones los adolescentes tampoco quieren recurrir a los profesores, debido a que a veces no mantienen la confidencialidad debido a que reconocen su rol como “in loco parentis”, de tal manera que creen que deben reportar algunas confesiones a sus padres.

En resumidas cuentas, como mencionan Pérez et al (34) “*el adolescente valora que pueda encontrar a un adulto capaz de atenderlo con profesionalidad, que sepa escuchar y valorar debidamente sus opiniones, que sepa garantizar su confidencialidad, que no escriba notas en su presencia, que no moralice ni tenga prisa en emitir juicios de valor y que no esté pendiente del reloj*”.

Weiss (30), Fraile (31), Dawe (33), Brewin et al (35), Piercy et al (36), Hayter et al (37) y Jones (38) exponen que la enfermera escolar es la más se adapta a los parámetros de calidad reconocidos por la literatura y requeridos como necesarios por los adolescentes, ya que es una persona que conoce a los alumnos y el contexto donde se mueven, tiene capacidad para desarrollar educación sexual teórica y práctica y que sirve de nexo entre padres, adolescentes y profesores.

Cotton, Lightfoot y Bines, citados por Hayter et al en el artículo *Developing and Establishing School-Based Sexual Health Services: Issues for School Nursing Practice* (37), reafirman que la enfermera escolar es reconocida por los jóvenes como un profesional capaz para impartir educación afectiva y sexual debido a sus conocimientos y destrezas sobre temas relativos a la salud.

Jackson expone (32) que esta figura también es reconocida por padres y profesores como un recurso importante.

Según Dawe (33) apoyado por Hayter et al (37), en Reino Unido la enfermera escolar está significativamente involucrada en impartir educación afectivo-sexual en los colegios e institutos, trabajando en colaboración con el resto de comunidad educativa, incluyendo a padres y profesores. Según Jackson (32), estas enfermeras disponen de un despacho denominado Health Office al cual pueden acudir los jóvenes en un horario estipulado, y de manera confidencial pueden solicitar información a la enfermera escolar o aclarar dudas de cualquier tipo.

Hayter et al (37) afirman que las enfermeras escolares son los principales profesionales en llevar a cabo la atención en las clínicas de atención a los jóvenes de las que disponen algunos colegios en Reino Unido.

Brewin et al (35) indican que además las enfermeras escolares, tanto en Reino Unido como en Estados Unidos, actúan también como enlace con los servicios de salud sexual comunitaria, de tal manera que la enfermera escolar puede derivar a los adolescentes al médico de Atención Primaria durante el horario escolar o cuando salgan del centro. Además, este es un método que asegura la confidencialidad de las jóvenes que necesitan acceder a la anticoncepción de emergencia o tratamiento para una enfermedad de transmisión sexual.

Estos mismos autores describen que en Estados Unidos la enfermera escolar es una figura muy importante, cuyo rol es amplio y abarca diversas actividades, desde la vacunación de los adolescentes hasta la educación para la salud, en la que se sitúa la educación sexual. Así explican que en dicho país, los colegios que tengan entre 250 y 500 alumnos, deben de disponer de al menos una enfermera escolar a tiempo completo.

Sin embargo, autores como Alba et al (39) así como Martín et al (40) reivindican que los enfermeros y enfermeras de Atención Primaria son los profesionales más adecuados

para llevar a cabo educación sexual, ya que pueden desarrollar una relación más próxima con los usuarios mediante las consultas de enfermería.

Esta afirmación es apoyada por Pérez et al (34), los cuales creen en que las enfermeras pediátricas de Atención Primaria son las personas más adecuadas para llevar a cabo educación sexual entre los jóvenes, ya que a muchos de ellos les conocen desde su nacimiento y demuestran confianza en estos profesionales; además de que pueden comenzar a promover la salud sexual de los jóvenes desde que son pequeños a través de las consultas de enfermería.

Aunque por otra parte, estos mismos autores afirman que los y las adolescentes acuden muy poco a los Centros de Salud por sí mismos, y declaran que la causa es la organización del Sistema de Atención Sanitaria, ya que cada vez está más burocratizado y se requiere una identificación a quien acude, por lo que este sistema no ofrece suficientes garantías sobre el respeto a la confidencialidad del adolescente en la consulta; de tal manera que deben ser los servicios de salud los que se acerquen a los jóvenes.

Sousa et al (41) apoyan esta última afirmación y exponen que el proceso de atención a la salud precisa ser facilitado, de tal manera que los profesionales de la salud, en concreto las enfermeras de Atención Primaria, estén disponibles para escuchar a los adolescentes dentro de su realidad, acercándose a ellos y respetando la diversidad de ideas, sin emitir juicios de valor que inhiban la comunicación.

DIFICULTADES PARA IMPARTIR EDUCACIÓN AFECTIVO-SEXUAL

Dawe (33), Brewin et al (35), Piercy et al (36), Hayter et al (37), Muennich (42) y Agbemenu (43), afirman que hoy en día la educación sexual sigue siendo un tema polémico; por un lado, sigue existiendo la creencia errónea de que la educación sexual incita a los adolescentes a iniciar su vida sexual, les genera una reducción de la moral social y hace que los y las adolescentes pierdan la inocencia.

Pero por otro lado, como enuncian Piercy et al (36) y Hayter et al (37) existe el punto de vista contrario, que se basa en que la educación sexual es una herramienta básica y fundamental para promover la salud sexual entre la gente joven, dotándoles de las

habilidades y conocimientos necesarios para que puedan vivir una vida sexual sana; y es una forma de reducir la tasa de ITS y embarazos adolescentes.

Muennich (42) declara que las tensiones que surgen alrededor de la educación sexual se deben entre otras cosas a los valores y creencias culturales establecidas en torno el sexo. Esto deriva en que el sexo sea visto únicamente desde perspectivas negativas, centradas en las consecuencias no deseadas de la actividad sexual como explica Dawe (33).

Mbugua, citado por Agbemenu y Schlenk (43), expone que en Kenia, donde el 90% de la población se considera cristiana y no concibe el sexo fuera del matrimonio o el uso de preservativos ni otros métodos anticonceptivos, la sociedad no permite un diálogo abierto sobre sexualidad entre adolescentes y adultos, por lo que la educación sexual es nula. Irvin y Bleakley, citados por Piercy et al (36), afirman que esto ocurre de igual manera en Estados Unidos, donde la adecuación de la educación sexual para los adolescentes está sometida a un intenso debate político entre los partidos conservadores, que defienden la promoción de la salud sexual basada en la abstinencia hasta el matrimonio, y los liberales, que defienden la educación sexual integral.

Como bien mencionan Hayter et al (37), impartir educación sexual en los colegios es todo un reto para las enfermeras, ya que en muchas ocasiones obtienen una negativa rotunda por parte de profesores, padres y directores, y estas reacciones se sustentan en la creencia de que la educación sexual va a promover el inicio de la actividad sexual entre los jóvenes. Estas dificultades son denominadas por Brewin et al (35) y Piercy et al (36) con el nombre de “gatekeepers” o “guardianes de la puerta”.

Donnelly, citado por Piercy et al en *School Nurses and Sex Education: surveillance and disciplinary practices in primary schools* (36) describe que los valores morales del colegio, relacionados con los valores y creencias del director del centro sobre el sexo y la sexualidad, pueden entrar en conflicto con aquellas personas que sostienen que es necesario proveer a los jóvenes de más conocimientos sobre el tema. Lewis y Knijn, citados por Piercy et al en este mismo artículo, manifiestan que tanto en Estados Unidos como en los Países Bajos, los valores morales de los centros escolares son la clave para conseguir impartir educación sexual.

Piercy et al (36) apoyándose en Buston et al, identifican la importancia que tienen estas autoridades en el desarrollo de actividades relacionadas con la educación sexual en los colegios e institutos. Cleaver et al, también citados por Piercy et al, apoyan a los autores

anteriores reconociendo que los directores de centros escolares juegan un papel fundamental, de tal manera que pueden permitir o impedir que las enfermeras realicen intervenciones relacionadas con la promoción de la salud sexual en el colegio o no.

Hayter et al (37) exponen que la negativa de los profesores a que se imparta educación sexual a los adolescentes también se ha evidenciado en diversos estudios y forma parte de las dificultades a las que se tienen que enfrentar las enfermeras.

Piercy et al (36) por su parte describen en su estudio cómo influye el control de la comunidad escolar en la educación sexual de tal manera que los profesores pueden ejercer vigilancia directa sobre el contenido de las sesiones de educación sexual impartidas por personas ajenas al colegio, revisando los materiales que van a ser utilizados para las clases. También explican que en Reino Unido existe el imperativo legal de que durante las lecciones de educación sexual impartidas por otros profesionales como las enfermeras, debe estar presente siempre un profesor. Según los autores, esto en ocasiones ayuda a conducir el funcionamiento de las clases, pero a veces la presencia de los profesores coarta a los jóvenes para hablar y cuando el tema de discusión se desvía de lo que el profesor considera como adecuado, este se encarga de reconducir la temática hacia otra dirección o de detener la lección.

Por otro lado, Brewin et al (35) identifican que aunque los padres no forman parte como tal de la escuela, son claramente socios importantes a la hora de proveer apoyo y guía a sus hijos fuera de la escuela.

Weiss (30) menciona que muchos padres no quieren que sus hijos comiencen a ser sexualmente activos hasta la edad adulta por lo que generalmente prefieren dar por sentado que no mantienen relaciones sexuales. De tal manera que, como refiere Dawe (33), algunos padres tienen una idea equivocada del objetivo de la educación sexual y prefieren que sus hijos no reciban tal educación ya que sienten miedo ante la idea de que despierte su interés por el sexo.

Misms et al, citados por Weiss (30) enuncian que es importante destacar que la falta de conocimientos y el nivel de educación de los padres determinan en gran parte su postura ante la sexualidad de sus hijos, así los padres con mayor nivel educacional en general son más comprensivos con sus hijos en este tema, y juegan un rol de apoyo; mientras que los padres y madres con menor nivel educacional tienden a ser más negativos y rígidos en el tema sexual con sus hijos, evitando hablar con ellos sobre estos temas.

Así Jones (38) por su parte afirma que en general los padres no reciben ni han recibido educación sexual y como resultado se sienten poco preparados para aconsejar a sus hijos en estos temas.

Brewin et al (35) exponen que las dificultades impuestas por la comunidad educativa a las enfermeras escolares para realizar intervenciones relacionadas con la educación sexual, dan lugar a que las profesionales dejen de enfrentarse con estas autoridades y se limiten a permanecer en su despacho o Health Office para atender personalmente las dudas de los adolescentes, sin cita previa sino a demanda de los jóvenes. Estos autores afirman que este tipo de educación sexual llevada a cabo a puerta cerrada conduce a que estos profesionales no sean considerados un recurso formal.

Pero la comunidad educativa y los padres no son los únicos que ponen dificultades para que la educación sexual de los adolescentes se lleve a cabo.

Lawler, citado por Evans en su artículo *Promoting sexual health and wellbeing: the role of the nurse* (44), destaca la reticencia que muestran muchas enfermeras para hablar sobre sexualidad con los pacientes, sobre ciertas partes del cuerpo, el acto sexual o las relaciones íntimas. Como afirma French en este mismo estudio, la sexualidad sigue siendo un tabú incluso para las enfermeras.

En esta misma dirección, Sanukami, citado por Macleod et al (45), afirma que tras su estudio sobre el abordaje de la sexualidad en la Enfermería, pudo comprobar que la mayor parte de las enfermeras se sienten incómodas al abordar temas sexuales con sus pacientes.

Lawler, citado por Evans (44), también expone que si las enfermeras dejan de sentir vergüenza al tratar estos temas, esto dará lugar a que los pacientes no se sientan avergonzados al hablar de ello.

Para eso, las enfermeras deben primero aprender a gestionar este sentimiento y transmitir a sus pacientes que no se sienten incómodas al hablar sobre ello.

Igualmente Zeng, citado por Macleod et al (45), destaca que algunas enfermeras ven la sexualidad y el sexo como temas demasiado privados como para ser valorados fuera de los aspectos reproductivos y Macleod et al en este estudio, afirman que el conservadurismo, la edad y el estado civil pueden influir en las creencias personales de las enfermeras sobre la sexualidad.

Macleod et al apoyándose en Zeng et al (45), mencionan que en su estudio realizado en China evidenciaron que las enfermeras más mayores eran las que más seguras y cómodas se sentían al tratar estos temas, y también las que estaban casadas.

De tal manera que Piercy et al (36) enuncian que tanto las creencias como las actitudes de las enfermeras ante la sexualidad pueden ser reflejo de un sentimiento colectivo de responsabilidad social ante las consecuencias negativas de la actividad sexual en la adolescencia.

Evans (44) por su parte menciona que este miedo irracional a tratar temas sexuales por parte de las enfermeras es un signo tanto de falta de seguridad como de conocimientos.

CAPACITACIÓN DE LAS ENFERMERAS PARA IMPARTIR EDUCACIÓN AFECTIVO-SEXUAL

Otro de los temas que se repite en la bibliografía revisada es si las enfermeras están capacitadas o no para llevar a cabo la educación sexual y afectivo-sexual de los adolescentes.

Autores como Evans (44) exponen que algunas enfermeras creen estar adecuadamente formadas para abordar la sexualidad de sus pacientes, pero cuando se enfrentan con estos temas dentro de su práctica clínica, muchas se dan cuenta de su falta de conocimientos y habilidades, y se sienten frustradas.

Westwood et al, citados por Dawe (33), destacan que tras su estudio sobre los conocimientos de las enfermeras escolares en Reino Unido, pudieron comprobar que las enfermeras declaraban sentir falta de preparación sobre todo en lo relativo a las habilidades de enseñanza en estos temas.

Evans (44) también resalta que la falta de preparación de las enfermeras para abordar estos temas resulta problemática e insatisfactoria para los pacientes, ya que no se cubren las necesidades en su totalidad.

Moral et al (46) evidencian la necesidad de aumentar la capacitación del personal de enfermería en este campo, ya que de 100 encuestados solo el 10,72% de los enfermeros y el 18% de las enfermeras refería tener la capacitación para ejercer educación para la salud sexual; de todos ellos solo el 12,29% de los hombres y el 12,5% de las mujeres referían que la Universidad imparte un adecuado nivel de formación en sexualidad.

Otro estudio relativo a la enseñanza de sexualidad en los grados de enfermería, realizado por Fresneda (47), corrobora la escasa formación de los estudiantes en este campo; así un 52,72% de los 55 estudiantes encuestados refieren que la sexualidad ha sido abordada muy poco y un 36,36% indican que solo ha sido abordada en aspectos anatómicos, fisiológicos y biopatológicos.

Por otro lado, autores como Dawe (33) se cuestionan si las enfermeras escolares verdaderamente tienen conocimientos y formación para llevar a cabo educación sexual con los adolescentes, pese a que estén situadas privilegiadamente.

Brewin et al (35) exponen que las enfermeras de Massachusetts entrevistadas en su estudio sí sentían que estaban formadas para llevarla a cabo. Aunque ninguna de las enfermeras escolares que participaron en su estudio tenía preparación universitaria en educación sexual, todas ellas habían asistido a cursos de formación continuada para aumentar sus conocimientos en este campo aparte de haber tenido que cumplimentar una formación específica previamente a adquirir el título de enfermera escolar.

Dawe (33) propone en el Reino Unido que este déficit de conocimientos podría ser paliado si las enfermeras fueran formadas sobre estos temas por matronas, que parecen tener más amplios conocimientos en esta área.

Por otro lado Cook, citada por Macleod et al (45), menciona que los profesionales de la salud, en concreto las enfermeras, generalmente no son conscientes de las desigualdades de género existentes en las relaciones heterosexuales que dificultan las prácticas sexuales seguras, de tal manera que existe una discordancia entre los mensajes emitidos por estos profesionales y la realidad que tienen que afrontar muchas adolescentes y mujeres adultas en cuanto a la negociación del uso del preservativo en sus relaciones heterosexuales.

Como bien menciona Donovan, citado por Cook en su artículo *Nice girls don't: women and the condom conundrum* (48), aunque los profesionales de la salud intenten promover la normalización del uso del preservativo, hoy en día se sigue asociando su uso al sexo casual y a la promiscuidad, asumiendo que las personas que los utilizan, presentan un verdadero riesgo de contagiar a sus compañeros enfermedades de transmisión sexual; esto se traduce en que plantear el tema del uso de preservativo antes de una relación sexual puede ofender al compañero sexual, que interprete la petición como una valoración negativa por parte de su compañera.

Así Hoppe, citado por Weiss (30), declara que generalmente las adolescentes basan sus decisiones de llevar a cabo prácticas sexuales seguras o no en función del aspecto físico que tenga sus compañeros sexuales, la duración de las anteriores relaciones sentimentales de estos o de la confianza que tengan en ellos. Este autor menciona también que las adolescentes consideran el sexo como un símbolo de amor y como una manera de aumentar la intimidad en una pareja, mientras que los adolescentes conceptúan el sexo de otra manera, siendo visto como un logro y el placer como principal objetivo del encuentro sexual.

Por otro lado, Macleod et al (45) y Cook (48), exponen que las normas sociales atribuidas a la identidad femenina chocan en muchas ocasiones con las premisas de sexo seguro además de con los deseos de sus compañeros, por lo que en muchas ocasiones las mujeres arriesgan su seguridad para satisfacerlos.

Así Cook (48) afirma que las mujeres cuando son aconsejadas por los profesionales de la salud sobre el uso del preservativo, en raras ocasiones orientan sobre cómo lograr su uso en caso de negativa de su pareja, por lo que enfatiza la importancia de que los profesionales de la salud, en concreto las enfermeras, reconozcan sus limitaciones y desarrollen habilidades para entrenar la asertividad de sus pacientes, además de subsanar la falta de conocimientos sobre la situación real de las mujeres.

Por otro lado, como exponen Platzer y James, citados por Røndahl en su estudio denominado *Heteronormativity in health care education programs* (49), la falta de conocimientos de los profesionales de la salud sobre las diferentes formas de relaciones personales y de cómo estas influyen en el bienestar de cada uno, llevan también a que las necesidades de los pacientes no se vean cubiertas.

Røndahl (49) afirma que muchos profesionales de la salud asumen que todos sus pacientes son heterosexuales, y esas suposiciones basadas en la heteronormatividad conducen a una falta de comunicación e influyen en la calidad de los cuidados enfermeros.

Este autor también expone a través de su estudio que en los planes de estudio, tanto de médicos como de enfermeras, la mención al colectivo LGTB es nula, solo siendo nombradas las diferentes realidades afectivas cuando se tratan temas relacionados con las enfermedades de transmisión sexual, y afirma que esto perpetúa la invisibilidad de estas personas dentro del sistema sanitario.

4. CONCLUSIONES

En primer lugar cabe mencionar que la bibliografía sobre el papel que juega la enfermera en la educación sexual en general y de los adolescentes en particular es muy escasa, sobre todo en España. La mayor parte del material utilizado para este trabajo es extranjero, ya que hay más investigación sobre ello, sobre todo en Reino Unido pero, generalmente, con la salvedad de que los escritos hacen referencia exclusivamente a la Enfermería escolar.

Por otro lado, se hace necesario señalar que las bases de datos de Enfermería y Medicina utilizadas para este trabajo no contienen descriptores específicos para la búsqueda de documentos relacionados con la educación afectivo-sexual, a excepción de la base de datos de Psicología PsycInfo, que si contempla un descriptor con estos términos.

Respecto al análisis legislativo de nuestro país realizado en la Introducción, cabe mencionar que el avance o retroceso de la educación sexual claramente depende del partido político que esté al frente del gobierno, no de las necesidades de las personas, de tal manera que los gobiernos progresistas han sido los que han abierto camino para la implementación de la enseñanza de educación afectivo-sexual en las escuelas. Resulta paradójico que aunque el Estado considere este tipo de enseñanzas como la clave para reducir los embarazos no deseados en adolescentes y las infecciones de transmisión sexual, como bien menciona la Ley 2/2010 de Salud Sexual y Reproductiva y de Interrupción Voluntaria del Embarazo (18), no haya coherencia entre esta afirmación y la falta de implementación de este tipo de educación en las escuelas españolas.

De cualquier forma, ya hemos podido ver como las dificultades para ofrecer una educación afectivo-sexual de calidad a los y las adolescentes puede producirse de la misma manera en países tan alejados culturalmente como Kenia y EE.UU.

Por otro lado, como se ha mencionado en la Introducción, en nuestro país además de que no existe una legislación clara que regule la educación sexual, no hay ningún organismo encargado de normalizarla ni regular sus contenidos, las personas que tienen que impartirla, o la preparación que deben tener las mismas. Quizás si existiese este tipo de institución, dichas enseñanzas estarían garantizadas independientemente del gobierno a cargo del país y sus contenidos estarían consensuados. Como ejemplo, podemos indicar que no existen los estudios de Sexología más que como estudios de postgrado,

ya sean másteres avalados por universidades o diferentes asociaciones, o como estudios propios, a veces con escaso o nulo reconocimiento a nivel oficial.

Una de las cuestiones que aparecen con mayor frecuencia en la bibliografía revisada en cuanto a las características que debe tener la persona que imparta educación sexual es que sea una persona de confianza y que mantenga la confidencialidad de los y las jóvenes.

Como bien mencionan diversos autores (30, 33, 35, 36, 37, 38), la enfermera escolar es el profesional más apropiado para llevar a cabo la educación sexual de los adolescentes, ya que conoce su entorno, a los profesores y a los padres, por lo que es un recurso muy válido para todos ellos, sobre todo para los jóvenes.

Pero nos encontramos con que, por ejemplo, en nuestro país esta figura no está muy implantada. De hecho, pocas instituciones educativas disponen de una enfermera en su plantilla. Solo aquellos colegios que tengan niños escolarizados con necesidades especiales pueden reclamar que se incluya este profesional en el centro.

Por lo que al contrario que en países como Reino Unido o Estados Unidos, donde la figura de la enfermera escolar está implantada en los colegios e institutos independientemente de que haya niños con necesidades especiales o no, en nuestro país solo se cubre la vacante cuando hay niños con problemas de salud (29). Esto hace que el objetivo de este profesional cambie, y que se encamine más a la atención a problemas de salud que a la promoción de la salud.

De tal manera que en España, al carecer de enfermeras escolares regularmente, los profesionales de enfermería que deben asumir la promoción de la salud de los niños y adolescentes en las escuelas han de ser los y las enfermeras de Atención Primaria.

Pérez et al (34) reivindican que las enfermeras pediátricas pueden jugar un papel importante, ya que muchas conocen a los jóvenes desde su nacimiento, por lo que pueden ser consideradas como una persona de confianza. Pero se presentan varias limitaciones de relevancia. Por ejemplo, la edad de atención pediátrica finaliza a los 14 años, de tal manera que ha habido una continuidad de atención desde el nacimiento pero, a partir de que cumplan esa edad, pasan a ser atendidos por otro médico y otra enfermera, y la relación se rompe. Otra dificultad que se ha mencionado es la reticencia de los y las adolescentes a acudir al Centro de Salud, debido a que su confidencialidad se ve amenazada.

Así, parece más adecuado que los enfermeros o enfermeras de Atención Primaria que se encarguen de la atención a adultos, acudan al centro escolar, de tal manera que los jóvenes empiecen a conocer a las enfermeras que les atenderán.

Para llevar a cabo este tipo de intervenciones, la relación de Atención Primaria con los centros escolares debe ser estrecha, ambos tienen que estar pendientes de las necesidades de los escolares, formando un equipo con objetivos comunes, de tal manera que haya una continuidad en las enseñanzas. Si no los servicios de estos profesionales se verán limitados a la voluntad de los profesores, que acudirán a ellos en calidad de invitados a alguna sesión si lo creen oportuno.

Por otro lado, hoy en día sigue existiendo en muchos países, incluido el nuestro, la idea de que la educación sexual incita a los adolescentes a ser sexualmente activos, pese a que no hay evidencia científica de ello (33). Esta concepción equivocada sobre la educación sexual es fruto de diversos factores como la falta de conocimientos, conflictos de valores, y creencias sobre el sexo, siendo algunas confesiones religiosas una de las trabas más poderosas, ya que hoy en día siguen estando muy presentes en muchas sociedades.

Este conjunto de factores dan lugar a que la sociedad tenga una visión negativa sobre la sexualidad, centrándose únicamente en los aspectos perjudiciales que puede conllevar el inicio de la actividad sexual (33, 36, 37, 42, 43,).

Por todo ello se hace evidente que existe una sólida barrera sociocultural en torno al tema, sustentada en la creencia de que la sociedad tiene la responsabilidad colectiva de “proteger” a los y las jóvenes, y que impide empoderarles con los conocimientos necesarios para tener una vida sexual plena, exenta de riesgos.

Esta dificultad puede ser observada por ejemplo al fijarnos en la edad a partir de la cual se comienza a impartir dicha educación en los diversos países; aparte de en las actitudes de los miembros de la sociedad.

Como anteriormente se ha mostrado en el análisis legislativo de la Introducción, España es uno de los países donde más tarde comienza la educación sexual, en contraposición con Portugal o Alemania, donde dicha educación comienza a los 5 años. En este último país, como menciona Dawe (33), emplean un libro llamado *Where do you come from*, que contiene dibujos explicativos incluso de un hombre poniéndose un preservativo antes de tener relaciones sexuales, sin que haya revuelo por parte de los políticos, de los

padres o comunidad educativa, pudiendo deberse a una diferente concepción mayoritaria sobre la sexualidad, considerándola como algo más cotidiano y natural.

Por otro lado, se hace evidente el poder que tienen las comunidades educativas para determinar si se imparte educación sexual o no en los colegios. Por una parte, la ideología a la que se adscribe el colegio es una importante dificultad a la que se tienen que enfrentar las enfermeras y así, en muchos colegios religiosos es impensable intentar llevar a cabo intervenciones educativas de este tipo.

La posición del director de la escuela frente a este tipo de educación también se describe en la bibliografía como una dificultad, ya que generalmente coincide con los valores morales y éticos del colegio, perpetuando la denominada barrera sociocultural, y por lo general también creen en la idea de que tienen una responsabilidad para con la sociedad con respecto a proteger a los jóvenes de cosas amenazantes.

Los profesores también son descritos por la bibliografía como una barrera para impartir educación sexual. Como se ha mencionado en algún otro artículo (36), hay lugares donde existe el imperativo legal de que los profesores deben estar presentes durante las sesiones de educación sexual impartidas por otros profesionales, como las enfermeras. Además de que los profesores están autorizados a revisar el material que van a utilizar en las lecciones, pudiendo decidir si deben eliminar algún tema por ser inapropiado.

De tal manera que tanto los escolares como los profesionales que acuden al colegio se ven coartados. Los primeros por miedo a que el profesor rompa la confidencialidad de lo hablado en dichas lecciones, y los segundos porque su libertad para hablar de temas relacionados con la sexualidad se ve limitada.

Como se ha mencionado con anterioridad, los padres pueden ser una dificultad más para la enseñanza de educación sexual o bien pueden convertirse en los aliados de los educadores. Los padres no forman parte del colegio como tal, pero si pueden tomar decisiones muy importantes respecto a la educación de sus hijos en la escuela mediante las asociaciones de madres y padres, por lo que es de vital importancia tenerles como socios.

Cabe mencionar que aunque en Reino Unido la denominada Sex and Relationship Education (SRE) sea una asignatura instaurada en los planes de estudios, los padres tienen un gran poder de decisión, y pueden determinar si sus hijos cursan la asignatura o

no, siendo solo obligatoria para los niños y niñas que cursan primaria y para los jóvenes de 15 y 16 años (33).

Por otro lado, las dificultades impuestas por los padres para que sus hijos reciban educación sexual pueden ser a causa de que tengan una idea equivocada del objetivo de la educación sexual, formando parte de la denominada barrera sociocultural.

A raíz de la bibliografía consultada, podemos afirmar que esta postura puede ser consecuencia del nivel de estudios de los padres o bien ser fruto del miedo ante la idea de que sus hijos crecen rápido y necesitan nuevas herramientas para desenvolverse de manera saludable en su medio.

El hecho de que los padres sean conscientes de la importancia que este tipo de educación tiene para sus hijos es una gran oportunidad tanto para las enfermeras como para el resto de educadores en sexualidad. Pero para que se den cuenta de esto y sepan cómo responder a las dudas de sus hijos sobre temas relacionados con la sexualidad, los padres también deberían de recibir orientación educativa sobre el tema. De tal manera que educando a los padres estaríamos consiguiendo que sus hijos recibiesen educación sexual, tanto en casa como en la escuela, y estaríamos desmontando poco a poco la extendida barrera sociocultural.

También, cabe mencionar como bien afirma French (44), la sexualidad sigue siendo un tabú incluso para las enfermeras. La reticencia de muchas a hablar sobre sexualidad con sus pacientes es nombrada por la bibliografía como otra barrera más para la educación sexual (45). Como se ha mencionado con anterioridad, muchas enfermeras creen que es un tema demasiado privado como para hablar de ello.

La reticencia para hablar sobre sexualidad con los pacientes, junto con la falta de conocimientos que tienen muchos profesionales enfermeros sobre cómo abordar este tema, conduce a que no se realice una buena valoración enfermera sobre la esfera sexual pese a que la metodología enfermera lo permita, ya que, por ejemplo, tanto el modelo conceptual de Marjory Gordon, que contempla la valoración de la sexualidad en el patrón funcional nueve, como el de Virginia Henderson, que incluye la valoración de la sexualidad en la necesidad de comunicación, permiten su abordaje (47).

Esta resistencia de las enfermeras para abordar la sexualidad de sus pacientes basada en la carencia de estrategias, conocimientos y de la creencia de que es un tema que no debe tratarse fuera del ámbito privado también se extiende a la educación sexual, de tal

manera que muchas no consideran que sea su labor promocional la salud sexual de los individuos. Muchos profesionales no tienen en cuenta que los adolescentes, en muchas ocasiones, no tienen tantas fuentes de información como se cree, ya que si los padres, profesores y profesionales de la salud les dan la espalda, la información la conseguirán o bien de sus amigos o de Internet, lo que no les proporcionará conocimientos adecuados al 100% si no utilizan fuentes adecuadas y fiables.

Respecto al tema de si las enfermeras están capacitadas o no para llevar a cabo la educación sexual y afectiva de los adolescentes, la mayoría de autores coinciden en que, actualmente, no están capacitadas.

Una de las causas de la escasez de conocimientos, como bien reflejan Moral et al (46) y Fresneda (47), es la falta de formación que estos profesionales tienen a nivel universitario, ya que generalmente la sexualidad solo es abordada desde aspectos biológicos, fisiológicos y biopatológicos, de tal manera que las enfermeras no son adiestradas adecuadamente ni para valorar correctamente la sexualidad ni para educar a sus pacientes sobre estos temas

Solo un artículo de todos los revisados refleja que las enfermeras que participaron en el estudio se sentían capacitadas para llevar a cabo educación sexual. Aunque los autores de este estudio contextualizado en Massachusetts (35), relatan que ninguna de ellas había recibido formación universitaria específica relacionada con la educación sexual, pero todas ellas habían recibido numerosos cursos de formación continuada que habían hecho que sus conocimientos sobre cómo llevar a cabo educación sexual se desarrollasen.

Por otro lado, aparte de la escasez de conocimientos sobre cómo abordar la sexualidad y llevar a cabo educación sexual, diversos autores como Cook (48), mencionan que los profesionales de la salud en general no son conscientes de las desigualdades de género existentes en las relaciones heterosexuales que dificultan las prácticas sexuales seguras de muchas mujeres y adolescentes, de tal manera que no adaptan las recomendaciones que dan a la realidad que viven sus pacientes, limitando la educación para la salud sexual (si es que se lleva a cabo) a los diferentes tipos de anticonceptivos y cómo usarlos, sin tener en cuenta el cómo conseguir usarlos.

Como se ha mencionado con anterioridad, el uso del preservativo se sigue asociando al sexo casual y a la promiscuidad, asumiendo que las personas que lo usan o quieren

usarlo, representan un verdadero riesgo para sus compañeros en lo que a la transmisión de enfermedades sexuales se refiere.

Esta creencia generalizada de lo que significa el uso del preservativo junto las normas sociales atribuidas a la identidad femenina, además de la utilización de diversas estrategias por parte de las parejas heterosexuales de las mujeres, hacen que muchas mujeres y adolescentes arriesguen su seguridad para satisfacer o no perder a su compañero.

Dichas estrategias suelen estar basadas en la confianza y el amor como pretextos para “chantajear” o disuadir a la mujer del uso de dicho método de barrera. Es por ello que la decisión de no utilizar protección durante las relaciones sexuales no siempre tiene que ser sinónimo de carencia de educación sexual, y puede ser representativo de la falta de poder de la mujer dentro de la pareja.

El desconocimiento de los profesionales de la salud de estos fenómenos también se considera una barrera para la educación sexual integral. Así como el desconocimiento o falta de consideración de las diferentes realidades afectivas que existen.

De tal manera que, como se ha mencionado anteriormente, la heteronormatividad es predominante en la atención a la salud y lleva a la invisibilidad de las personas no heterosexuales.

Así Røndahl (49) afirma que las suposiciones basadas en la heteronormatividad conducen a una falta de comunicación e influyen en la calidad de los cuidados enfermeros, ya que no se tienen en cuenta las características especiales y los riesgos a los que se pueden ver sumidas las personas pertenecientes al colectivo LGTB.

Por todo ello, se puede afirmar que tanto la sexualidad como la educación sexual hoy en día continúan siendo temas polémicos de los que todavía no se puede hablar abiertamente sin suscitar incomodidades, incluso en la atención sanitaria.

Esto incluye también a nuestro país, que se encuentra a años luz del resto de Europa en cuanto a legislación y organismos que controlen dichas enseñanzas y su práctica efectiva.

La sexualidad adolescente se sigue enfocando de manera negativa, orientándola a los problemas que pueden surgir de la actividad sexual, de tal manera que se ha generado un sentimiento colectivo de responsabilidad social dirigido a proteger a los y las jóvenes de dichas amenazas; el modo de actuar para ello se basa en ignorar estas necesidades de

los y las adolescentes creyendo de manera equivocada que si no se habla de estos temas, no surgirá la curiosidad y por lo tanto no iniciarán su vida sexual.

Asimismo, las dificultades impuestas por padres, comunidades educativas y profesionales de la salud para llevar a cabo educación sexual impiden empoderar a los jóvenes con los conocimientos necesarios para tener una vida sexual y afectiva plena, exenta de riesgos. De tal manera que si los adultos les dan la espalda, los adolescentes acudirán a otras fuentes de información menos fiables, teniendo como consecuencia la exposición a riesgos como embarazos no deseados, ITS, relaciones de pareja no satisfactorias y desiguales, etc.

Se puede afirmar que el papel de enfermería dentro de la educación sexual de los jóvenes depende de cada país. En algunos países las enfermeras escolares juegan un papel fundamental en la educación sexual de los adolescentes, gracias a que esta es una figura implantada en todos los colegios e institutos. Sin embargo, en ocasiones son consideradas como un recurso informal, ya que veces acaban desplazadas a su consulta por las múltiples barreras que tienen que sortear para impartir educación sexual en las aulas, de tal manera que los alumnos acuden a hurtadillas a su despacho para solicitar información y ayuda de la enfermera.

Respecto a nuestro país, el rol de la enfermera en la educación sexual de los adolescentes no está muy claro. Por una parte, aunque la enfermera escolar sea vista como el profesional de la salud más adecuado para impartir educación sexual, esta figura no está presente en todos los colegios e institutos, solo en aquellos en los que haya escolares con necesidades especiales, de tal manera que la educación para la salud sexual queda en manos de los enfermeros de Atención Primaria.

Pero si estos profesionales no tienen una relación estrecha con los centros educativos y no están al tanto de las necesidades de los escolares, su papel queda desplazado, siendo, en algunos casos, únicamente meros invitados a algunas sesiones que se lleven a cabo por los profesores.

Por otro lado se cuestiona la capacidad de las enfermeras para llevar a cabo dicha educación. Llama la atención que a lo largo de la nuestra preparación universitaria la educación para la salud ocupe una posición tan importante pero la educación para la salud sexual sea un tema escasamente abordado, cuando la sexualidad es un elemento más de la integridad de la persona; de tal manera que, por ejemplo, seríamos perfectamente capaces de guiar mediante dicha educación para la salud a una persona

diabética pero no a una persona que demanda información y formación relativa a su sexualidad.

Es muy probable que esto se deba a que también para el colectivo enfermero, inmerso en una cultura dominante en la que la vivencia de la sexualidad ha sido largamente anatemizada, el sexo siga siendo un tabú que hay que esforzarse por superar con información, formación y reflexión, sobre nosotras mismas y sobre los demás.

5. AGRADECIMIENTOS

En primer lugar me gustaría agradecer a Belén todo el apoyo brindado a lo largo de estos meses de duro trabajo. Ha sido un placer trabajar contigo.

Por otro lado, quiero dedicar este trabajo a mis padres y a mi hermano, ya que sin su ánimo y su cariño habría sido imposible llegar hasta aquí. Además de a todas aquellas personas que siempre están a mi lado, tanto en los malos como en los buenos momentos.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. WHO Regional Office for Europe and BZgA [Internet]. Estándares de Educación Sexual para Europa. 2016 [citado 21 de abr de 2017]. Disponible en: <https://goo.gl/ZlnKUV>
2. Ortiz Gómez T, Fajardo Alcántara A, Gil García E, Ignaciuk A, Rodríguez-Ocaña E. Activismo feminista y movimiento asociativo por la planificación familiar en España. 2011.
3. Sánchez-Prieto JM. La historia imposible del Mayo francés. *Revista de estudios políticos* 2001(112):109-133.
4. Venegas M. El modelo actual de educación afectivosexual en España. *Revista Iberoamericana de Educación* 1911(55/3).
5. Hernando CG, Bolaños JRS, Hernando AG. Educación integral en sexualidad y anticoncepción para los/las jóvenes. *Enfermería Clínica* 2009;19(4):221-224.
6. Franco MTB, Fernández BG. La educación afectivo-sexual en España. Análisis de las leyes educativas en el periodo 1990-2016. *Opción* 2016;32(13).
7. Candela FF, Malpica DMR, Mora ALV. Salud escolar, ¿por qué el profesional de enfermería en las escuelas españolas? *Revista Hacia la promoción de la salud* 2006;11:21-28.
8. Montes Antúnez L. La visión del profesorado sobre la educación afectivo-sexual en la etapa de primaria. 2014.
9. Franco MB, Jiménez AM. La educación afectivo-sexual en el sistema educativo español: análisis normativo y posibilidades de investigación. *Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação* 2016;10(6).
10. Ley Orgánica para la mejora de la calidad educativa. Ley 8/2013 de 9 de diciembre. *Boletín Oficial del Estado (BOE)*, núm. 295, de 10 de diciembre de 2013.
11. Real Decreto por el que se establece el currículo básico de la Educación Secundaria Obligatoria y del Bachillerato. Real Decreto 1105/2014 de 26 de diciembre. *Boletín Oficial del Estado (BOE)*, núm. 3, de 3 de enero de 2015.
12. García Luque A. La LOMCE bajo una mirada de género/s: ¿Avances o retrocesos en el s. XXI? *Revista Educación, Política y Sociedad* 2016.
13. Real Decreto por el que se establece el currículo básico de la Educación Primaria. Real Decreto 126/2014 de 28 de febrero. *Boletín Oficial del Estado (BOE)*, núm.52, de 1 de marzo de 2014.
14. Ley Orgánica de Educación. Ley 2/2006 de 3 de mayo. *Boletín Oficial del Estado (BOE)*, núm.106, de 4 de mayo de 2006.
15. Orden de 19 de diciembre de 2007 por la que se establece el currículo y se regula la ordenación de la Educación Infantil. *Boletín Oficial del Estado (BOE)*, núm. 5, de 5 de mayo de 2008.
16. Acuerdo por el que se aprueba el II Plan Estratégico de Igualdad de Género en Educación 2016-2021. Acuerdo de 16 de febrero de 2016. *Boletín Oficial de la Junta de Andalucía (BOJA)*, núm. 42, pág. 12, de 2 de marzo de 2016.

17. Ley de Protección Integral contra la LGTBIfobia y la discriminación por Razón de Orientación e Identidad Sexual en la Comunidad de Madrid. Ley 3/2016 de 22 de julio. Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid (BOCM), núm. 190, de 10 de agosto de 2016.
18. Ley Orgánica de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. Ley 2/2010, de 3 de marzo Boletín Oficial del Estado (BOE), núm. 5, de 4 de marzo de 2010.
19. Venegas M. La educación afectivosexual en el marco de la educación para la ciudadanía democrática y los derechos humanos. RASE: Revista de la Asociación de Sociología de la Educación 2013;6(3):408-425.
20. Aliño Santiago M, López Esquirol JR, Navarro Fernández R. Adolescencia: Aspectos generales y atención a la salud. Revista cubana de medicina general integral 2006;22(1):0-0.
21. WHO. Desarrollo en la adolescencia [Internet]. WHO.int; 2017 [citado 21 de abr de 2017]. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
22. Montero A. Educación sexual: un pilar fundamental en la sexualidad de la adolescencia. Revista médica de Chile 2011;139(10):1249-1252
23. Luces Lago AM, Tizón Bouza E, Porto Esteiro M, Fernández Minguez C. La importancia de enfermería en la educación sexual plural durante los primeros años de la adolescencia: rompiendo estereotipos. Ene 2014;8(2):0-0
24. Ferrer VA, Bosch E, Navarro C. Los mitos románticos en España. Boletín de psicología 2010;99:7-31.
25. Boch fiol E, Ferrer Pérez VA, García Buades ME, Ramis Palmer MC, Mas Tous MC. Del mito del amor romántico a la violencia contra las mujeres en la pareja [monografía de Internet]. Universidad de les Illes Balears; 2007 [citado 21 de abr de 2017]. Disponible en: <https://goo.gl/8DwVxZ>
26. Álvarez JLM, Baz BO, Molina IV, Ortega EG, González RJC, Fuertes AAF, et al. Educación sexual y formación del profesorado en España: diferencias por sexo, edad, etapa educativa y comunidad autónoma. Magister: Revista miscelánea de investigación 2011(24):37-47.
27. Martínez JL, González E, Vicario-Molina I, Fernández-Fuertes AA, Carcedo RJ, Fuertes A, et al. Formación del profesorado en educación sexual: pasado, presente y futuro. Magister 2013;25(1):35-42.
28. González Prieto N, García Dueñas P, Rodríguez Soriano S, López Langa N. Educación para la Salud en centros educativos. Metas de Enfermería 2013;16(5):68-72.
29. Orden de 1 de julio de 2014 por la que se establece la colaboración conjunta de la Consejería de Sanidad y de la Consejería de Educación, Juventud y Deporte para la atención sanitaria de alumnos escolarizados en centros educativos públicos de la Comunidad de Madrid que presentan necesidades sanitarias de carácter permanente o continuado. Boletín oficial de la Comunidad de Madrid (BOCM), núm. 13, de 23 de julio de 2014.

30. Weiss JA. Let us talk about it: Safe adolescent sexual decision making. *J Am Acad Nurse Pract* 2007;19(9):450-458.
31. Fraile Maceín C. ¿Cómo quieren los adolescentes que sea la educación sexual y por qué? *Metas enferm* 2010;69-74.
32. Jackson V. What is the role of the school nurse in sexual health education? *NASN Sch Nurse* 2011 May;26(3):146-147.
33. Dawe N. Sex and Relationship Education (SRE): How do we compare? *British Journal of School Nursing* 2016;11(4):198-201.
34. Pérez Alonso J, Medrano López RM, Escudero Alonso M, Zulueta Garicano C, del Barrio García ME, Martínez Escudero M. Consulta Abierta del adolescente. Proyecto de eliminación de barreras en la accesibilidad a la atención integral al adolescente. [Internet]. *Rev Paraninfo Digital* 2014; 20 [citado 21 de abr 2017]. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n20/319.php>
35. Brewin D, Koren A, Morgan B, Shipley S, Hardy RL. Behind closed doors: School nurses and sexual education. *The Journal of School Nursing* 2014;30(1):31-41.
36. Piercy H, Hayter M, Massey M, Gregory T. School nurses and sex education: surveillance and disciplinary practices in primary schools. *J Adv Nurs* 2008;61(3):273-281.
37. Hayter M, Owen J, Cooke J. Developing and establishing school-based sexual health services: Issues for school nursing practice. *The Journal of School Nursing* 2012;28(6):433-441.
38. Jones SA. Provision of sex and relationships education for young people. *Nurs Stand* 2008 Dec 10-16;23(14):35-40.
39. Alba Cañete J, Díaz Nieto A, Romero Barri M, Soria Arece E. Conocimiento sobre la educación sexual en la población actual. [Internet]. *Educare21* 2011;81.[citado 21 de abr 2017]. Disponible en: <http://www.educare21.net/>
40. Martín Rol JD, Arrebola Galeote M, Castro Aparicio CJ. Papel de la enfermera. Apoyo educativo en el ámbito escolar. [Internet]. *Rev Paraninfo Digital* 2016;25 [citado 21 de abr 2017]. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n25/062.php>
41. Sousa Martins A, Cássia Horta N, Gomes Castro MC. Promoção da saúde do adolescente em ambiente escolar. *Rev APS* 2013;16(1):112-116.
42. Muennich Cowell J. Reproductive and Gender Health. *The Journal of School Nursing* 2010;26(2):88-90.
43. Agbemenu K, Schlenk EA. An integrative review of comprehensive sex education for adolescent girls in Kenya. *Journal of nursing scholarship* 2011;43(1):54-63.
44. Evans DT. Promoting sexual health and wellbeing: the role of the nurse. *Nursing Standard* 2013;28(10):53-57.
45. Macleod C, Nhamo-Murire M. The emancipatory potential of nursing practice in relation to sexuality: a systematic literature review of nursing research 2009–2014. *Nurs Inq* 2016;23(3):253-266.
46. Moral Sánchez F, Galindo Luján A, Solano Martínez R. Percepción de los enfermeros para ejercer la educación sexual con los jóvenes. [Internet]. *Rev Paraninfo Digital* 2014;20 [citado 21 de abr 2017]. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n20/317.php>

47. Paz Fresneda A. Patrón sexualidad/reproducción en la adolescencia. [Internet][citado 21 de abr 2017]. Disponible en: <https://goo.gl/7zvzp4>
48. Cook C. ‘Nice girls don’t’: women and the condom conundrum. *J Clin Nurs* 2012;21(3-4):535-543.
49. Røndahl G. Heteronormativity in health care education programs. *Nurse Educ Today* 2011;31(4):345-349.

7. ANEXO

Tabla 2: características de los artículos incluidos en la revisión narrativa.

AUTOR / AÑO DE PUBLICACIÓN	OBJETIVO	DISEÑO	SUJETOS DE ESTUDIO	MÉTODO	RESUMEN
Weiss 2007	Analizar los factores que influyen en la toma de decisiones de los adolescentes respecto a su sexualidad.	Artículo de opinión			El documento hace énfasis en el importante papel que tiene la enfermera escolar para corregir los conocimientos de los adolescentes sobre prácticas sexuales seguras, complementando los mensajes sobre la abstinencia sexual como única manera para evitar embarazos no deseados e ITS; también destaca la importancia de tener a los padres como aliados en la educación sexual de sus hijos.
Fraile 2010	Conocer la opinión de los propios adolescentes acerca de la educación afectivo-sexual que reciben	Estudio cualitativo	18 adolescentes entre 13 y 18 años de Salamanca	Grupos de discusión	Los adolescentes creen que la educación sexual puede mejorar, añadiendo aspectos más prácticos. Al explorar su nivel de conocimientos sobre sexualidad perciben que estos son escasos por lo que se presenta a la enfermera escolar como profesional más adecuado para llevar a cabo dichas enseñanzas.
Jackson 2011	Indagar en el rol de la enfermera escolar en la educación para la salud sexual	Artículo de opinión			Expone los beneficios de que la enfermera escolar imparta educación sexual en los colegios e institutos así como que disponga de un espacio en ellos para que los adolescentes acudan cuando tengan dudas.
Dawe 2016	Exponer el estado actual de la educación sexual en Reino Unido	Artículo de opinión			Argumenta el beneficio y la necesidad de este tipo de educación, y el papel de la enfermera en su enseñanza, así como las dificultades que encuentran estas para impartirla.

Pérez et al 2014	Descripción de su experiencia en el proyecto Consulta Abierta del adolescente, que tenía el objetivo de acercar los servicios de salud a los adolescentes refractarios a acudir al centro de salud	Artículo de opinión	Adolescentes entre 14 y 17 años del instituto de Palencia Pintor Oliva. 2014		Se describen las barreras a las que se tienen que enfrentar los adolescentes, así como los requisitos que debe cumplir el educador que lleve a cabo la educación sexual. Proponen a las enfermeras pediátricas de AP como profesionales más cualificados para llevar a cabo la educación sexual.
Brewin, Koren, Morgan, Shipley, Hardy 2014	Explorar cómo las enfermeras escolares llevan a cabo educación para la salud sexual y cómo la comunidad escolar influye en el rol de la enfermera para impartir este tipo de educación.	Estudio cualitativo	18 enfermeras escolares de Massachusetts, EEUU	Entrevistas presenciales semiestructuradas	Las enfermeras narran desde su experiencia, las barreras que encuentran para impartir educación sexual a los adolescentes. Se concluye con que debido a estas barreras, no son reconocidas como un recurso formal por la comunidad escolar.
Piercy, Hayter, Massey y Gregory. 2007	Analizar cómo influye la comunidad educativa en la enseñanza de educación sexual impartida por la enfermera escolar	Estudio cualitativo	16 enfermeras escolares en Inglaterra que enseñan educación sexual.	Entrevistas personales semiestructuradas	Percepción, por parte de las enfermeras escolares, de la influencia de la comunidad educativa en su rol de educadoras en sexualidad.
Hayter, Owen y Cooke 2012	Analizar las experiencias de diversas personas que colaboran en el desarrollo de los servicios sanitarios ubicados en las escuelas	Estudio cualitativo	51 personas que forman parte del desarrollo de los School Based Sexual Health Services en Reino Unido.	Entrevistas telefónicas semiestructuradas	Este estudio analiza las experiencias de diferentes profesionales involucrados en el desarrollo de servicios de salud sexual ubicados en los colegios. Destaca el papel de la enfermera escolar como principal líder en el desarrollo de estos servicios, y las barreras con las que se encuentran estos profesionales para acercar los servicios de salud sexual a los adolescentes.
Jones 2008	Analizar el rol de la enfermera escolar en la educación sexual de los jóvenes escolarizados	Revisión sistemática		Análisis de 203 artículos, publicado en las bases de datos Cinhal,	Expone la falta de consenso sobre educación sexual que hay en Reino Unido a nivel político, así como la falta de preparación de los padres y profesores para ejercer de educadores en sexualidad. También resalta el papel de la

				MEDLINE, ASSIA, Blackwell Synergy y The Cochrane Library, entre 1996 y 2006.	enfermera escolar en su enseñanza y como figura de referencia para padres, profesores, alumnos y para la comunidad en general. Por último menciona que los padres pueden ser grandes aliados, y que si se les forma, pueden colaborar en la educación sexual y afectiva de sus hijos e hijas.
Alba, Díaz, Romero, Soria 2011	Explorar los conocimientos de la población sobre educación sexual	Estudio descriptivo con componentes analíticos	80 encuestados elegidos de forma aleatoria.	Encuestas realizadas mediante un cuestionario autoadministrado.	Todos los encuestados coincidieron en que la educación sexual es importante, aunque no todos la habían recibido y muy pocos por parte de profesionales de la salud. Los investigadores destacan la falta de presencia de los profesionales de la salud en este tipo de educación y reivindican a las enfermeras de AP como las más adecuadas para llevarla a cabo.
Martín, Arrebola, Castro 2016	Valorar la necesidad de una intervención educativa en adolescentes, conocer el perfil de consumo de drogas de estos y el nivel de conocimientos sobre sexualidad	Estudio experimental	535 Adolescentes que cursaban 4º de ESO en cuatro institutos de Málaga	Cuestionario pre y post intervención educativa	El estudio evidenció una falta importante de conocimientos sobre ambos temas además de creencias erróneas, que mejoraron con la intervención educativa pero que merecen ser trabajadas en profundidad. Justifican la necesidad de educación sexual de los adolescentes y reivindican el papel de la enfermera comunitaria su enseñanza.
Sousa, Cássia, Gomes 2013	Presentar la experiencia del papel de diversas enfermeras comunitarias durante una intervención sobre educación sexual	Artículo de opinión	40 adolescentes entre 11-13 años, de un instituto público de Belo Horizonte, Brasil.		Destaca la importancia del trabajo en equipo entre escuela y servicios de salud, y enfatiza el papel de la enfermera comunitaria como promotora de salud sexual.

Muennich Cowell 2010	Presentar la situación actual de la educación sexual en Estados Unidos.	Editorial			Expone las dificultades que hay en Estados Unidos para impartir educación sexual. Debido a los intereses políticos y los valores conservadores, todavía se cuestiona la necesidad de este tipo de educación para los jóvenes. También aborda el rol de las enfermeras en su enseñanza.
Agbemenu y Sclenk 2011	Identificar los programas de educación sexual disponibles en Kenia, las barreras para implementarlos y el rol de las enfermeras en la educación sexual	Revisión sistemática		Análisis de 48 programas entre 1990 y 2009. Búsqueda realizada en Pubmed, Cinhal, ovid MEDLINE, Ovid Global Health, Popline y African Index Medicus.	Revisión sobre los diferentes programas de educación sexual integral disponibles en Kenia. Expone las barreras socioculturales con las que se encuentra este tipo de educación y resalta el importante papel que juegan las enfermeras comunitarias para impartir educación sexual.
Evans 2013	Concienciar sobre la importancia de que las enfermeras aborden la esfera sexual de los pacientes	Artículo de opinión			El artículo identifica diferentes estrategias dirigidas a ayudar a los profesionales de la salud en el abordaje de la salud sexual de los pacientes como parte de su cuidado holístico.
Macleod y Nhamo 2015	Conocer la evidencia actual sobre el abordaje enfermero de la sexualidad de los pacientes	Revisión sistemática		Análisis de 50 estudios publicados en la base de datos Web of Science, entre 2009 y 2014.	Los valores y actitudes, así como la falta de conocimientos de las enfermeras, influye en el mal abordaje de la sexualidad de los pacientes en la práctica clínica enfermera, lo que trae consecuencias negativas para la salud de los pacientes.

Moral, Galindo, Solano 2014	Conocer la percepción de los enfermeros sobre su nivel de conocimientos, capacitación y nivel de formación para ejercer la educación sexual con los adolescentes	Estudio descriptivo transversal	100 Enfermeros y enfermeras del Hospital General Universitario Santa Lucía (Murcia). 2014	Encuesta anónima de 3 ítems.	Los resultados reflejan que es necesario ampliar los conocimientos de los enfermeros en este campo a nivel universitario y mediante formación continuada.
Fresneda 2012	Explorar los conocimientos de un grupo de estudiantes de enfermería de Murcia sobre sexualidad	Estudio cuantitativo de naturaleza transversal	55 estudiantes de la Universidad de Murcia. Reclutados mediante un muestreo no probabilístico.	Cuestionario autoadministrado anónimo.	Los investigadores destacan la pobre valoración de la sexualidad que realizan las enfermeras a sus pacientes, así como la falta de formación en este campo, concluyendo que una de las causas es la escasa mención del tema en los planes de estudios de enfermería.
Cook 2011	Conocer las dificultades a las que se enfrentan las mujeres en la negociación del uso de preservativo durante sus relaciones sexuales heterosexuales	Estudio cualitativo	26 mujeres entre 22 y 77 años diagnosticadas alguna vez en su vida de herpes genital y/o VPH.	Entrevistas semiestructuradas vía e-mail	Los sanitarios, entre los que se encuentran las enfermeras, deben conocer las dificultades que sufren las mujeres por razones de género en la proposición del uso de preservativo, ya que este desconocimiento es considerado una barrera para la educación sexual integral.
Röndahl 2010	Investigar las experiencias y conocimientos de estudiantes de enfermería y medicina respecto al colectivo LGTB	Estudio descriptivo	5 estudiantes de enfermería y 3 de medicina.	Entrevistas personales semiestructuradas	Analiza las consecuencias de la heteronormatividad en el ámbito sanitario mediante las experiencias de diversos estudiantes de medicina y enfermería, tanto en sus prácticas clínicas como en sus clases teóricas, y establece las implicaciones que tiene para la práctica asistencial.

Fuente: elaboración propia