

Proyecto de educación afectivo-sexual en adolescentes de una zona rural de Kenia

Cecilia Higuera Viso

Enfermera titulada en la UAM. Máster en Salud Internacional y Cooperación por la UAB. Actualmente trabajando en Atención Primaria

IV Premios de Investigación CODEM 2020. Finalista.

Cómo citar este artículo: Higuera Viso, C., Proyecto de educación afectivo-sexual en adolescentes de una zona rural de Kenia, Conocimiento Enfermero 13 (2021): 21-43.

RESUMEN

Introducción. Para mantener la salud sexual y reproductiva las personas necesitan tener acceso a información veraz, dirigida según las particularidades y diversidades de mujeres y hombres en todos sus ciclos de vida.

Objetivo. Describir la situación de salud sexual y reproductiva de la comunidad del distrito de Lamu, en Kenia, como punto de partida para una intervención educativa y comunitaria entre los jóvenes de entre 13 y 17 años.

Método. Estudio transversal, descriptivo y observacional en base a encuestas y entrevistas realizadas en el distrito de Lamu, en Kenia.

Resultados. Se obtiene que un 66,7% de los adolescentes encuestados dice haber recibido formación en materia de sexualidad y a un 86,7% le gustaría recibir más. En relación a la comunicación con el entorno, la puntuación a amigos es significativamente más alta que la otorgada a padres o tutores y profesores. Por otro lado, se conoce que la educación sexual en Lamu está incluida en el temario escolar y los temas que tratan son de carácter biológico.

Conclusiones. Se reconoce la necesidad de poner en marcha un programa integral de educación afectivo-sexual dirigido a adolescentes de entre 13 y 17 años de Lamu y llevado a cabo por profesionales de enfermería.

Palabras clave: sexualidad; salud sexual y reproductiva; adolescente; educación sexual.

Affective-sexual education project in adolescents of a rural area of Kenia

ABSTRACT

Introduction. People need access to accurate information, according to the particularities and diversities of women and men in all their life cycles in order to maintain sexual and reproductive health.

Objective. To describe the sexual and reproductive health situation of the community of the Lamu district, in Kenya, as a starting point for an educational and community intervention among young people between 13 and 17 years old.

Method. Cross-sectional, descriptive and observational study based on surveys and interviews conducted in the district of Lamu, in Kenya.

Results. It is found that 66.7% of students say they have received sexuality education and 86.7% would like to receive more. In relation to affective-sexual communication with the environment, the score given to communication with friends is significantly higher than the one given to their parents or teachers. On the other hand, it is known that sexual education is included in the school subjects and the topics treated are mainly biological.

Conclusions. There is a need to launch a comprehensive program of affective-sexual education aimed at adolescents between 13 and 17 years old in Lamu and carried out by nursing professionals.

Keywords: sexuality; sexual and reproductive health; adolescent; sexual education.

Este artículo está disponible en: <https://www.conocimientoenfermero.es/index.php/ce/article/view/168>

1. Introducción

En la población de Lamu, prácticamente, no existen estudios que muestren datos epidemiológicos sobre la salud sexual y reproductiva de los adolescentes. Por esta razón, me propongo elaborar una revisión bibliográfica sistemática mediante la búsqueda bibliográfica en bases de datos como ScienceDirect, TripDatabase, PubMed y sistemas de información bibliográfica como UNBISnet, de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) que, junto con la observación participante y un estudio transversal, enmarque mi propuesta, de forma que la información concluida pueda ser útil para identificar posibles estrategias de intervención para mejorar la salud sexual y reproductiva de la población de estudio.

1.1. Diagnóstico de la realidad

El distrito de Lamu es una región situada en la costa norte de Kenia, a unos 200 Km de la frontera somalí, formada por las islas de Lamu, Manda, Pate y Kiwayuu. La isla más poblada es Lamu, con una población de unos 120.000 habitantes, según el último censo encontrado de 2015 [1, 2].

En los últimos años se ha dado un aumento del empobrecimiento de la población de Lamu debido a los desastres naturales acaecidos y otras causas que están alterando la zona, como la sequía mantenida durante varios años, las guerras, los conflictos étnicos, así como el fenómeno migratorio de los refugiados somalíes, que ha derivado en un aumento del precio de los productos básicos. Todo ello generando una importante inestabilidad económica, política y social [3]. El 74% de la población vive en el umbral de la pobreza, con ingresos inferiores a 2 dólares al día, y la mayoría vive exclusivamente de sus ganados o de la pesca.

Si atendemos a las variables estadísticas, casi la mitad (41%) de la población de Lamu es menor de 15 años, y un 19% de la población total lo constituyen los adolescentes de entre 19 y 24 años, siguiendo el perfil demográfico del país. Se trata de una población muy joven, un tercio de la cual no puede asistir a la escuela por razones como la falta de profesores, problemas estructurales y costes demasiado altos para las familias, y de los dos tercios que van sólo la mitad siguen los estudios de secun-

daria y, de éstos, sólo unos pocos pueden permitirse ir a la universidad [4].

Desde 2014, Kenia se encuentra entre los países de renta media-baja y ocupa la posición 146 en Índice de Desarrollo Humano sobre los 188 países listados, considerado del grupo de IDH bajo, según la última clasificación del PNUD.

Desde un punto de vista sanitario, la situación es especialmente precaria por tratarse de un medio rural con escasas prestaciones sanitarias y dificultad de acceso a los centros sanitarios de las poblaciones en islas más alejadas. Las principales enfermedades que sufre la población en Lamu, especialmente los niños, son la desnutrición, las enfermedades infecciosas respiratorias, la malaria y el VIH, en línea con las causas más importantes de morbi-mortalidad a nivel nacional. La primera causa de muerte en el país es el VIH/SIDA [5, 6], siendo Kenia uno de los veinte países con mayor carga de VIH en el mundo.

En el distrito de Lamu la prevalencia de VIH es menor a la nacional (3,5% frente a un 5,6%). Se estima que la prevalencia entre mujeres es del 4,9%, frente a un 2,1% de hombres infectados, pero se conoce también que hay un 41% de hombres sin testar, frente a un 16% de mujeres no testadas [5, 6]. Según la Oficina Nacional de Estadística de Kenia [4], que diferencia entre “adolescentes” de edades comprendidas entre los 10 y los 19 años de edad y “gente joven”, como aquella que se encuentra en el rango de los 15 y 24 años, estos grupos poblacionales contribuyen en un 25 y 47%, respectivamente, a los nuevos casos de VIH en el distrito. Por todo ello, en las estrategias comunitarias se pone el foco en este rango de edad y en las mujeres, como población más vulnerable.

Está demostrado que el uso correcto del condón puede reducir el riesgo de VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS) en más del 90% [4]. En la región costera, donde el distrito de Lamu se encuentra, se ha visto que las mujeres jóvenes, no casadas, hacen menos uso del condón (49%) que los hombres con las mismas características (72%). Esto significa que entre un 30 y un 50% de los jóvenes no casados de la región no usaron condón durante su último encuentro sexual. Para disminuir este riesgo, la educación es un importante determinante, de manera que los estudios encontrados (7-14] afirman que las niñas que completaron la educación secundaria tienen menos probabilidades de

tener un embarazo no deseado y presentan niveles socioeconómicos más altos.

Así mismo, de acuerdo con la encuesta de salud y demográfica de Kenia (KDHS) [4,15], el conocimiento integral sobre VIH es otra de las medidas efectivas para prevenir las ITS. Las encuestas revelan que el 50% de las mujeres y el 69% de los hombres en Lamu tienen conocimientos acerca del VIH/SIDA. Indicadores de comportamiento, como la edad de debut sexual, pueden determinar también la vulnerabilidad en la transmisión del VIH, de tal modo que se conoce [4] que, aproximadamente, un 9% de las mujeres y un 55% de los hombres de Lamu iniciaron sus relaciones antes de los 15 años. Otro estudio llevado a cabo en Lamu [14] estima que la mitad de las mujeres y hombres de Lamu tuvieron su primera relación sexual a la edad de 19, un año más tarde que la media nacional para las mujeres y dos para los hombres. Y, según el mismo estudio, la mitad de las mujeres en Lamu se casan a la edad de 19, mientras que los hombres a los 25 años.

Por otro lado, se conoce que la tasa total de fertilidad en Lamu es de cuatro hijos por mujer, y uno de cada diez partos son de mujeres que se encuentran entre los 15 y los 19 años de edad. Como resultado de esta alta tasa de maternidad y un limitado acceso a la salud maternal, Lamu es uno de los 15 municipios que representa más de un 60% de las muertes maternas en Kenia. Esto se explica, entre otras cosas, por el uso del preservativo, que se ha demostrado que evita el 30% de las muertes maternas y mejora la supervivencia infantil y, según el último estudio realizado en el distrito de Lamu [16], el porcentaje de mujeres casadas de entre 15 y 49 años de edad que usa algún método anticonceptivo es menor al de la tasa nacional, siendo en cambio el mismo número de mujeres las que desean usar un método anticonceptivo para evitar el embarazo pero no lo están usando.

1.2. Análisis de los problemas

Con los datos obtenidos en los informes internacionales y del país es posible establecer una relación causa-efecto respecto al problema central que se identifica: Educación afectivo-sexual deficitaria en los adolescentes de una zona rural de Kenia. De este problema surge la hipótesis: Educar a los jóve-

nes en salud sexual y reproductiva mejorará la salud de la comunidad del distrito de Lamu, en Kenia. Como método de análisis se utiliza un árbol de problemas que permite identificar claramente la conexión entre el origen, representado en la parte inferior del diagrama, y los efectos del problema, en la parte superior (Anexo 1).

1.3. Análisis de los objetivos

Tras el anterior análisis presentamos los problemas identificados en forma de objetivos de desarrollo a través del árbol de objetivos (Anexo 2), con la particularidad de que las relaciones se convierten en relaciones de tipo instrumental, donde las tarjetas inferiores constituyen los medios para alcanzar las superiores.

1.3.1. Objetivo general

- Describir la situación de salud sexual y reproductiva de la comunidad del distrito de Lamu, en Kenia, como punto de partida para una intervención educativa y comunitaria entre los jóvenes de entre 13 y 17 años.

1.3.2. Objetivos específicos

- Identificar los factores asociados a una salud afectivo-sexual deficiente a través de la realización de encuestas a los adolescentes de entre 13 y 17 años de la ONGD Anidan, en el plazo de tres meses.
- Identificar las necesidades que presentan los adolescentes de entre 13 y 17 años de la ONGD Anidan en sus conocimientos y actitudes afectivo-sexuales a través de las entrevistas semiestructuradas e informales realizadas a sus profesores y educadores, en el plazo de 3 meses.

2. Marco teórico

2.1 Marco legal internacional

La evolución en la conciliación de los derechos humanos y la sexualidad ha pasado por el trabajo

contra el daño sexual y los abusos a finalmente poner el acento en la salud sexual y reproductiva, los derechos de niñas y niños y de las personas LGBT. Con frecuencia se cita la definición de derechos sexuales de la OMS de 2002, que abarca cuestiones como “el derecho al mayor estándar posible de salud, en relación con la sexualidad, incluyendo el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva; buscar, recibir e impartir información en relación a la sexualidad; educación sexual; respeto por la integridad corporal; elección de pareja; decidir ser o no ser sexualmente activo; relaciones sexuales consensuadas; matrimonio consensuado; decidir tener o no tener, y cuándo tener hijos; y ejercer una vida sexual satisfactoria, segura y placentera”.

Este reconocimiento ha permitido abordar la sexualidad como algo central para el desarrollo de la personalidad del individuo, lo que tiene un enorme potencial para la transformación social. De manera que aclarar el contenido de los derechos sexuales en la legislación de los derechos humanos permite a las distintas organizaciones dar un paso en el trabajo en pro del acceso a los servicios para la anticoncepción, a la información sobre sexo más seguro y un largo etcétera; así como constituye un paso adelante para quienes diseñan políticas de salud y para los gobiernos [17].

Para llegar a esta condición de derecho fundamental, los organismos internacionales han ido revisando esta definición en función de los avances de cada época, lo que se ha concretado en diferentes acuerdos, declaraciones y convenciones a lo largo de los años. Ejemplo de ello son la Declaración de Alma-Ata [18], en 1978, en la que se incluye la planificación familiar como parte de la atención materno-infantil, y un año más tarde, la Convención de las Naciones Unidas sobre la Eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer [8], en la que se exige la igualdad entre los hombres y las mujeres en lo referido al control de la reproducción y a todos los asuntos relacionados con el matrimonio y las relaciones familiares.

Más tarde, en el año 1984, se insiste en la necesidad de poner a disposición universal la información y los medios necesarios para ayudar a los individuos a tener el número de hijos deseado, poniendo especial atención a los sectores de población menos accesibles y más vulnerables, como los adolescentes [19].

En Beijing, y tras la CIPD [20], en la cual se estableció la meta para el año 2015 de proporcionar acceso universal a una gama completa de métodos seguros y fiables de planificación familiar y se reiteró la importancia de que los programas para adolescentes deben incluir mecanismos de apoyo para la enseñanza y orientación en las esferas de las relaciones y la igualdad entre ambos sexos, la práctica de planificación familiar responsables, la salud reproductiva y la prevención de las ITS; tuvo lugar la Conferencia Internacional sobre la Mujer [21], donde se enfatizó la salud sexual como un derecho reconocido por la comunidad internacional. Tuviron lugar entonces políticas intersectoriales encaminadas a desarrollar programas y servicios para los y las adolescentes, que les proporcionase una educación en sexualidad de calidad.

El documento de Declaración de derechos sexuales [22], elaborado en el XIII Congreso Mundial de Sexología en 1997, sirve como referente para el desarrollo de estos programas, pues se trata del primer documento que fija las metas sobre las aspiraciones éticas, morales y políticas de la Asociación Mundial de Sexología (WAS).

Para concluir, ha de tenerse en cuenta que la puesta en marcha de programas de educación sexual, además de reducir problemas de salud, se ha demostrado [7, 9, 10, 23...] que tiene efectos positivos de carácter no sanitario, como la reducción de la desigualdad entre hombres y mujeres, la mejora de la comunicación y la calidad de las relaciones interpersonales, el aumento de la conciencia y la eficacia individuales en los procesos de decisión y la reducción de la violencia sexual.

2.2. Marco legal nacional

El compromiso de Kenia de abordar los problemas que afectan a los adolescentes se demuestra por el hecho de que el país ha firmado y ratificado los tratados y declaraciones de Derechos Humanos, entre ellos el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el de Derechos Civiles y Políticos, la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer y la Convención sobre los Derechos del Niño, en los que se hace referencia al derecho a la educación y la salud reproductiva de todas las personas.

Otros tratados y declaraciones internacionales más específicos sobre SSR que el país ha firmado son: el Compromiso Ministerial sobre Educación Integral en Sexualidad y Servicios de SSR para Adolescentes en África Oriental y Meridional [11], la CIPD [20], los Objetivos de Desarrollo Sostenible [12] y el Plan de Acción Maputo 2016-2030 [24].

A nivel nacional, los problemas de SSR se abordan en varios marcos legislativos y políticos. Éstos incluyen la Ley fundamental del país, que data de 1963, año de la independencia de Kenia, que fue revisada por última vez en 2010 y en la que se hace mención a la salud reproductiva como derecho fundamental de toda persona. Se hace referencia también al derecho a la educación, tanto para niños como jóvenes. Se habla de igualdad entre hombres y mujeres y de la no discriminación: “Mujeres y hombres tienen derecho a un tratamiento igualitario que incluya igualdad de oportunidades en todas las esferas, tanto política, como económica, cultural y social”; “El Estado no debe discriminar, directa o indirectamente, por motivo de raza, sexo, embarazo, estado marital, estado de salud, origen social o étnico, color, edad, discapacidad, religión, conciencia, creencia, cultura, vestido, lenguaje o nacimiento”. Una larga lista en la que no se incluye la orientación sexual, pues la homosexualidad es considerada un delito que puede acarrear hasta cinco años de prisión, además de ser fuertemente repudiada por la mayor parte de la sociedad, lo que concuerda con la definición de derecho a familia en la Constitución como “Derecho que toda persona adulta tiene de casarse con una persona del sexo opuesto, basado en el libre consentimiento de ambas partes” [25].

Un año más tarde y establecida bajo el artículo 59 de la Constitución, se crea una institución autónoma, la Comisión Nacional de Derechos Humanos de Kenia [26], con el objetivo de promover y defender estos derechos. Como vemos, Kenia presenta un contexto legal favorable que promueve el desarrollo de políticas oficiales, como la Política de Salud Reproductiva y de Desarrollo para los Adolescentes, que se creó en el 2003 con el objetivo de poner el foco en la SSR de los jóvenes. Más adelante, en el 2015, se elaboró la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva en Adolescentes [13], respaldada por numerosos estudios de

mográficos y encuestas realizados en los últimos años [3, 15, 27, 28].

La nueva Política Nacional presenta como áreas prioritarias de actuación promover la SSR y los derechos, incrementar el acceso en adolescentes a información en SSR y educación en sexualidad completa y adecuada a la edad, reducir las ITS, reducir los embarazos tempranos y no intencionados, reducir las prácticas tradicionales dañinas, evitar el abuso de sustancias, reducir la violencia sexual y de género y mejorar su respuesta y, por último, abordar las necesidades especiales de adolescentes marginados y vulnerables. Para todo ello se destaca la necesidad de mejorar el vínculo entre los Ministerios de Salud y Educación del país, así como de hacer un acercamiento multisectorial que involucre a los actores tanto estatales como no estatales, incluyendo a los adolescentes. También exige la acción conjunta y a todos los niveles, tanto nacionales, como municipales y en las distintas unidades comunitarias [13].

En definitiva, la normativa jurídica específica, expresada en programas nacionales, permite la formulación de políticas de Estado para regular la educación de la sexualidad en el sistema educativo. De esta forma, contar con un marco normativo y la voluntad político-institucional, que se responsabilice y que cuente con los instrumentos y recursos humanos, materiales y financieros necesarios, facilita la consecución de un impacto positivo. Para ello se requiere que el país cuente con un sistema educativo formal, integral y de calidad, que además tenga en cuenta los sistemas informales para lograr la máxima cobertura posible [29].

En Kenia, los Ministerios de Educación y de Salud son los responsables de la coordinación de estos programas [30]. El programa de prevención de VIH/SIDA es obligatorio incluirlo en el contenido curricular de las escuelas del país desde que la enfermedad se declaró desastre nacional. De esta forma, la educación en sexualidad se incorpora en los planes de estudios a través de la prevención del VIH, apenas tocando temas de embarazos no deseados y otros problemas de salud reproductiva ente los jóvenes, resultando los contenidos insuficientes e inadecuados, enfatizándose la abstinencia como el mejor método de prevención, y el sexo y el aborto como prácticas peligrosas e inmorales [23, 29, 31]. Según un estudio de la UNESCO [32], hacia 2004, 19 de los 20 países africanos con mayor

prevalencia del VIH incluían en el nivel primario este tema en el currículo y en 17 se incluían programas de educación de “habilidades para la vida”. Sin embargo, se observó que su implementación era muy lenta y dejaba sin cobertura a quienes no estaban dentro de los canales de la educación oficial [23, 28].

Pese a todo, un 93% de los estudiantes considera que la educación sexual es útil o muy útil en su vida personal y les gustaría aprender más al respecto, y hasta un 30% reconoce que no recibieron esta información por parte de sus padres [31].

3. Justificación

El objetivo del presente trabajo es el de estudiar las bases teóricas y prácticas que permitan, en el distrito de Lamu, desarrollar un proceso de análisis comunitario construido por medio de la participación directa y activa de las personas y colectivos que componen la población sujeto del proyecto.

La evaluación de necesidades adquiere una importancia fundamental a la hora de elaborar el análisis y la formulación del proyecto, al ser reconocida como un requerimiento básico previo a una acción de intervención en cualquier contexto, de manera que para la toma de decisiones se ha de actuar sobre las causas que originan las necesidades, y así se puede influir sobre los efectos que estas necesidades producen.

En nuestro caso, contribuyendo en la mejora de la educación mediante la puesta en marcha de programas de educación sexual impartidos por profesionales de enfermería, se pretende generar un impacto positivo en la salud de la población de Lamu (Anexos 1 y 2).

3.1. Importancia y beneficios de la educación afectivo-sexual en adolescentes

Según las encuestas de población de Kenia, el país está experimentando un rápido crecimiento demográfico con una población de entre 10 y 19 años que representa un 24% del total censado, esquema que se replica en el distrito de Lamu, donde este grupo etario poblacional suma un 22%. Esta población joven tiene implicaciones en la agenda de sa-

lud y desarrollo del país, ya que impone demandas cada vez mayores a la provisión de servicios que incluyen salud, educación, vivienda, saneamiento y empleo. Aunque al mismo tiempo brinda oportunidades para el desarrollo del mismo si los adolescentes obtienen ayuda para alcanzar sus metas educativas y reciben una preparación adecuada para llevar una vida adulta responsable [13, 14].

Sería interesante que las estrategias nacionales empleasen este enfoque de oportunidades como impulsor del cambio. Sin embargo, son las presiones internacionales las que guían sus acciones. En este sentido, una de las principales áreas de preocupación en Kenia es la salud sexual y reproductiva (SSR) de los adolescentes y la medida en que sus necesidades son o no satisfechas. Esto es así pues los adolescentes se contemplan como un colectivo vulnerable, especialmente expuesto al embarazo precoz y no deseado, el aborto inseguro, la mutilación genital femenina (MGF), los matrimonios infantiles, la violencia sexual y las infecciones de transmisión sexual (ITS), como el VIH/SIDA [13].

La educación afectivo-sexual se incorporó en los planes nacionales mediante temas como la prevención del embarazo y el VIH/SIDA en adolescentes, que se vio fortalecido mediante la creación del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), que ha prestado apoyo económico al gobierno de países como Kenia y a las ONGs. También se vio fortalecido el tema de la educación en sexualidad con motivo de los acuerdos logrados en la CIPD, promovándose en los Ministerios nuevos enfoques de educación en los que se enfatizaban nuevamente las áreas de servicios en reproducción y prevención de ITS y VIH. El resultado de estos programas, que tratan los contenidos propios de la sexualidad desde la enfermedad y el riesgo, es que no se alcanza el impacto deseado y se mantienen indicadores negativos en el comportamiento sexual de las y los adolescentes, aun cuando en innumerables estudios se conocen sus intereses [11, 13, 24, 27, 30].

Todavía queda avanzar hacia una conceptualización de la educación de la sexualidad desde una perspectiva integral y de derechos humanos, culturalmente sensible y respetuosa con la diversidad sexual y de género, científicamente rigurosa, basada en la evidencia y orientada a edades específicas. Sólo desde este planteamiento se podrá considerar como una herramienta real para combatir el pa-

triarcado, entendido éste como un sistema de ordenación social en el que los hombres presentan supremacía sobre las mujeres y que, además de favorecer la desigualdad de género, impide la movilidad social y estratifica las jerarquías sociales, perpetuando las violaciones de los derechos humanos, como la violencia y la discriminación contra las mujeres.

Es fundamental tener en consideración este punto, puesto que la autonomía de mujeres y niñas en la toma de decisiones sobre las relaciones sexuales, el uso de anticonceptivos y el acceso a la atención de la salud sexual y reproductiva es clave para su empoderamiento y para el completo ejercicio de sus derechos reproductivos. Y se conoce que, en regiones en desarrollo como Kenia, apenas la mitad de las mujeres toma sus propias decisiones informadas con respecto a estos temas. Así se registra en los informes de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), en los que los programas de educación sexual resultan prioritarios [32].

Asimismo, se ha encontrado una alta correlación entre el embarazo adolescente y la deserción escolar, de manera que las adolescentes embarazadas la mayoría provienen de los sectores más pobres de la sociedad, consecuencia de un escaso conocimiento científico de la sexualidad y la perpetuada herencia de patrones culturales patriarcales que las condenan a una sobrevaloración de la maternidad sin mayores posibilidades de desarrollo para su futuro. Por consiguiente, se hace necesario el diseño de programas de educación sexual para no continuar perpetuando los ciclos de pobreza.

En definitiva, niveles altos de evidencia [10, 28, 29] recomiendan la impartición de programas preventivos de educación sexual en los colegios, por tener un impacto positivo en el nivel de información de los adolescentes para disminuir los tabúes sobre sexualidad, conocimiento de cómo prevenir situaciones de riesgo, capacidad para rechazar una relación sexual sin protección y postergar el inicio de las relaciones sexuales.

4. Material y métodos

4.1. Análisis de participación

Para superar la subjetividad inevitable del análisis social que pretendemos presentar, se hace necesari

rio especificar los destinatarios de nuestra intervención. Sería muy ambicioso proponer un proyecto para toda la población de Lamu, por lo que acotamos el colectivo beneficiario a los adolescentes que viven en la organización Anidan.

Anidan es una organización no gubernamental para el desarrollo (ONGD) fundada en el año 2002 con el objetivo de atender las necesidades de la infancia en Kenia. Se trata de una casa de acogida en la isla de Lamu que alberga a más de 140 niños y niñas y da de comer, viste, cuida y educa alrededor de 250 niños y niñas [33]. De este colectivo, los beneficiarios directos del proyecto son los adolescentes de entre 13 y 17 años a los que hemos tenido acceso, un total de 45. Se trata de una muestra no probabilística y de conveniencia.

Para obtener de la manera más objetiva posible información relevante sobre la implicación de los agentes involucrados utilizaremos dos procedimientos sistemáticos ampliamente empleados en la gestión de proyectos. Para los beneficiarios usaremos un análisis de vulnerabilidad y capacidad y para las relaciones entre los agentes un análisis de los implicados [34].

4.1.1 Análisis de vulnerabilidad y capacidad

Para este análisis de participación incluimos a los adolescentes de Anidan, enfocándolos como únicos receptores del proyecto, pero con la idea de expandir el mismo a toda la comunidad de Lamu y, sobre todo, a los jóvenes. Se trata de introducir una mejora que, con una incidencia directa, mejore las condiciones de la zona. Anidan es un buen punto de inicio ya que la ONGD goza de la confianza de la población, además de ser un lugar accesible, lo que permite realizar una evaluación continua sobre la idoneidad y pertinencia del proyecto y, en función de los resultados obtenidos, elaborar el diagnóstico que vaya guiando el mismo (Tabla 1).

4.1.2. Análisis de los agentes implicados

Teniendo en cuenta los distintos agentes ya identificados, los dividimos en primarios y en secundarios, siendo los primeros aquellos que se ven directamente afectados por el proyecto y, los se

Tabla 1. Análisis de vulnerabilidad y capacidad.

	Vulnerabilidad	Capacidad
Física	ITS y embarazos no deseados	Cercanía
Material	Bajos recursos económicos	Planteamiento barato
Social	Escasez de personal cualificado	Posibilidad de formación
Organizativa	Escaso tiempo libre de los jóvenes	Colaboración activa por parte de la ONGD Anidan
Psicológica	Tabús y miedos	Personal local, accesible y conocido

Fuente: Elaboración propia [34].

Tabla 2. Agentes primarios.

Agente	Intereses	Importancia	Efectos
Jóvenes	Mejorar su salud	Muy alta	Mejora la calidad de vida
Profesionales de enfermería	Formarse y trabajar	Muy alta	Desarrollo personal y social

Fuente: Elaboración propia [34].

Tabla 3. Agentes secundarios.

Agente	Intereses	Importancia	Efectos
Familias	Buscar aliados	Alta	Mayor prestigio en la comunidad
Estudiantes	Mejorar su salud	Alta	Mejora la calidad de vida
Otros centros similares	Replicar el proyecto	Media	Desarrollo social

Fuente: Elaboración propia [34].

Tabla 4. Análisis de los agentes implicados por importancia e influencia.

		INFLUENCIA	
		Baja	Alta
IMPORTANCIA	Alta	Jóvenes	Profesionales de enfermería
	Baja	Estudiantes Otros centros similares	Familias

Fuente: Elaboración propia [34].

gundos, los intermediarios en su desarrollo (Tablas 2 y 3).

Procedemos a clasificar los grupos según su importancia e influencia para observar su implica-

ción directa o indirecta sobre el proyecto, así como posibles riesgos (Tabla 4).

El colectivo beneficiario se coloca arriba a la izquierda, ya que es el colectivo que necesita la asis-

tencia externa. Arriba a la derecha nos encontramos con los potenciales aliados a la hora de desarrollar el proyecto. Abajo a la izquierda están los agentes con menos participación y abajo a la derecha nos encontramos con aquellos que pueden generar peligros debido al poco interés que suscita el proyecto para ellos y su alta capacidad de incidencia.

4.2. Matriz del Marco Lógico

Para la elaboración del presente proyecto se ha empleado el Enfoque de Marco Lógico (EML), un enfoque metodológico usado comúnmente por las entidades internacionales en proyectos para la promoción del desarrollo. Se utiliza como herramienta de análisis que permite facilitar el proceso de identificación, diseño, ejecución y evaluación de políticas, programas, proyectos y diseños organizacionales, pudiendo aplicarse en cualquier fase de sus respectivos procesos de planificación [34].

En nuestro caso lo utilizamos como instrumento de análisis, evaluación y seguimiento del proyecto que se pretende plantear. Para ello, en la Matriz de Planificación del Proyecto (MPP) (Anexo 3), queda establecida la relación entre los objetivos que pretendemos alcanzar y los resultados que se esperan conseguir, incluyéndose indicadores objetivamente verificables y las fuentes de verificación para poder reorientar la estrategia en caso necesario, de manera que sea posible introducir cambios y medidas correctoras que tiendan a la consecución de los objetivos y el fin último, en nuestro caso: determinar si educar a los jóvenes en salud sexual y reproductiva mejorará la salud de la comunidad del distrito de Lamu, en Kenia [35].

4.3. Procedimientos y recogida de datos

Para analizar la realidad social con la que nos encontramos se realiza un estudio transversal, de tipo descriptivo y observacional. En este diseño la población escogida se estudia en un momento del tiempo determinado, lo que permite determinar la prevalencia de una serie de variables en función de los factores de exposición.

Esta investigación es rápida y poco costosa, se pueden estudiar varios factores de riesgo a la vez y, en este caso, lo que se pretende es dar origen a una

hipótesis que podrá ponerse a prueba con otros diseños en el futuro. Se trata de un primer paso en la investigación de la necesidad de implantación de programas de educación afectivo-sexual en los jóvenes como estrategia de mejora de salud de las comunidades rurales de Kenia.

La recogida sistemática de datos se obtiene principalmente a través de las respuestas aportadas por cada uno de los estudiantes a un cuestionario de elaboración propia, tomando como referencia el cuestionario ilustrativo para entrevistas con jóvenes de la OMS [35] (Anexo 4). Los responsables de organizar y recoger los cuestionarios fueron los tres profesores de apoyo de Anidan, que llevan trabajando con este grupo varios años. Para ello, se revisó conjuntamente la encuesta y, tras considerarse adecuada, se estableció que se repartiría a los jóvenes que van a las clases 6, 7 y 8, que son aquellos que se corresponden con las edades de 13 a 17 años, ambos incluidos.

Se dieron unas instrucciones claras a los profesores y se insistió en el total anonimato de las encuestas y en el consentimiento previo de los alumnos (Anexo 5). Así mismo, se solicitó permiso a su tutor, Rafael Selas, que autorizó de manera oficial la elaboración del estudio. Todas las encuestas se realizaron en el horario habitual de clase de refuerzo como una actividad más, de manera que los encuestados desconocían el día que se iba a llevar a cabo. Por otro lado, la obtención de la información para el estudio es también de tipo observacional, a través de entrevistas semiestructuradas y, como marco teórico, se toman las percepciones sociales de los agentes implicados. Como criterio de inclusión para las entrevistas se estableció que los encuestados tenían que haber estado escolarizados mínimo un año.

4.4. Variables

Las preguntas del cuestionario, enumeradas desde P1 hasta P9, representan 9 variables que se estructuran como aparecen en la Tabla 5. Éstas aparecen agrupadas por bloques temáticos según resulten ser explicativas de determinadas características o rasgos.

Las pruebas estadísticas utilizadas para el análisis de las variables fueron: medias, medianas, porcentajes, desviaciones estándar y rangos.

Tabla 5. Variables de interés agrupadas por rasgos.

Rasgos	Variables a analizar
Perfil demográfico	P1, P2, P3
Perfil formativo	P4, P5, P6, P7
Comunicación con el entorno	P8
Interés en el tema	P9

Fuente: Elaboración propia [35].

5. Resultados

5.1. Análisis cualitativo de las entrevistas

Tras una primera fase de observación participante en la comunidad, que duró los meses de abril y mayo de 2018, decido que los sujetos entrevistados sean aquellos que formen parte de la organización Anidan y la Fundación Pablo Horstmann, por ser más accesibles y conformar una muestra que pueda aportar diferentes percepciones acerca del problema de estudio.

Se realizan un total de 18 entrevistas semiestructuradas a informantes clave con diferentes perfiles, que se detallan a continuación: 4 jóvenes con edades comprendidas entre los 18 y los 24 años, 3 profesores de apoyo, 2 educadores, 2 *counsellors*, 2 *clinical officers* y 5 profesionales de enfermería.

El perfil de los encuestados es amplio, tienen distintas edades (desde 18 a 59 años), sexo, prácticas religiosas (cristianos y musulmanes), estado civil y ocupación. Estas variables conforman los posibles factores de riesgo para una salud afectivo-sexual deficiente.

Una de las preguntas que se les hizo tenía que ver con si habían recibido educación sexual a nivel institucional, a la que por unanimidad contestaron que sí, como era de esperar, puesto que se estableció que éste fuera el único requisito necesario para ser encuestado.

Otro de los puntos en común en las entrevistas fue la información recibida en los colegios. Todos coincidían en haber recibido, en mayor o menor profundidad, clases sobre la fisiología y anatomía reproductiva, la prevención de las ITS y el embarazo, sin embargo, ninguno de los encuestados habla de clases acerca de habilidades y valores interperso-

nales, donde hayan trabajado estrategias de comunicación y habilidades sociales, por ejemplo. Tampoco dicen haber recibido formación sobre los derechos sexuales y reproductivos, la equidad de género y la prevención de la violencia sexual.

Algo a destacar en las entrevistas es la importancia de la religión en lo concerniente a la sexualidad. La abstinencia como método fundamental de prevención de ITS y embarazos no deseados, que va en relación con que el sexo es considerado pecado fuera del matrimonio. También se menciona el gran valor que tiene que la mujer llegue virgen al matrimonio y la sexualidad como gran tabú en el círculo familiar, que solamente se habla en ambientes de intimidad con amigos.

Para terminar, se les pregunta si creen que los niños deberían o no recibir educación sexual en los colegios, a lo que contestan todos que sí, aunque no tienen muy clara la edad a la que deberían comenzar estas clases y el contenido de las mismas.

5.2. Análisis cuantitativo de los cuestionarios

A continuación, se presentan los resultados más destacables de las encuestas en cada una de las variables tenidas en cuenta para determinar el interés y los conocimientos previos acerca de la educación sexual de los y las adolescentes.

Analizamos un total de 45 cuestionarios de los cuales 20 pertenecen a hombres (44,4%) y 25 a mujeres (55,5%) de entre 13 y 17 años. Para hacernos una idea del perfil de los encuestados, registramos un total de 32 personas practicantes del islam (71,1%) y 13 del cristianismo (29,9%), lo que concuerda con el perfil demográfico de Lamu.

Tabla 6. Valoración de la satisfacción con la formación recibida de 0 a 10 en función del curso escolar.

Valoración	Media	Desviación estándar	Mediana	Intervalo intercuartílico
Global	7.22	2.17	8	[8-7]
Clase 6	6.67	3.17	7	[9-6]
Clase 7	7.58	1.12	8	[8-7]
Clase 8	7.25	2.17	8	[8-7]

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 7. Valoración de la satisfacción con la formación recibida de 0 a 10 en función del sexo.

Valoración	Media	Desviación estándar	Mediana	Intervalo intercuartílico
Global	7.22	2.17	8	[8-7]
Mujeres	7.96	1.21	8	[9-7]
Hombres	6.30	2.73	7	[8-6]

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 8. Valoración de la satisfacción con la formación recibida de 0 a 10 en función de la religión profesada.

Valoración	Media	Desviación estándar	Mediana	Intervalo intercuartílico
Global	7.22	2.17	8	[8-7]
Musulmanes	7.28	2.05	8	[8-7]
Cristianos	7.07	2.53	7.5	[8-6.5]

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 9. Distribución de respuestas dadas a las cuestiones relacionadas con la comunicación con el entorno.

Valoración	Media	Desviación estándar	Mediana	Intervalo intercuartílico
Padres/tutores	2.9	2.8	3	[3-2.5]
Profesores	6.8	2.1	7	[8-7]
Amigos	8.4	2.3	8	[9-8]

Fuente: Elaboración propia.

Se les pregunta acerca de su opinión sobre la educación en materia afectivo-sexual, a lo que un 66,7% de los estudiantes responde que ha recibido formación, un 73,3% lo consideraría útil para su

vida (haya recibido o no educación sexual) y a un 86,7% le gustaría recibir más formación.

Según se observa en la tabla 6, en la valoración de los contenidos recibidos en material de educa-

ción sexual un 84,4% dan una nota de 7 o superior a su satisfacción con la educación sexual recibida y en todos los casos la mediana es de 7-8 puntos. En las tablas 7, 8 y 9 queda reflejada la valoración de la satisfacción de los estudiantes en función del curso escolar al que pertenecen, su sexo y religión, como variables que puedan actuar como factores de riesgo para una salud afectivo-sexual deficiente.

En relación al apoyo que tienen los alumnos para comunicar temas relativos a la sexualidad se observa que, en la comunicación con los padres o tutores, los resultados son inferiores a 5 cuando se les pide que valoren de 0 (muy mala) a 10 (excelente) la comunicación. Sin embargo, al valorar a los profesores, el 86,7% de los adolescentes proporciona puntuaciones superiores a cinco, con una puntuación media de 6,8 (Tabla 9).

6. Discusión

Una vez realizadas las entrevistas se consideró que, debido a que los informantes provenían de áreas muy distintas, la composición final resultó lo más representativa y holística posible, ofreciendo opiniones desde diferentes aproximaciones. Por tanto, aunque el número de entrevistados es pequeño, la muestra se considera pertinente y suficiente para formarnos una primera imagen del problema.

Se reconoce que lo adecuado, para garantizar la calidad del trabajo de investigación, hubiese sido la categorización de los datos, para una mayor facilidad y claridad en el tratamiento de la información, lo cual no ha sido posible al no haber sido grabadas y posteriormente transcritas las entrevistas, lo que se comenta más adelante como una de las principales limitaciones del presente estudio.

Sin embargo, la información obtenida en las entrevistas se considera valiosa, puesto que permite realizar una primera aproximación al problema de estudio y darnos pistas sobre la veracidad de nuestra hipótesis: educar a los jóvenes en salud sexual y reproductiva mejorará la salud de la comunidad del distrito de Lamu. Y es que se observa que según sea el nivel de formación o la ocupación del entrevistado, son diferentes los conocimientos en materia de sexualidad. El personal sanitario entrevistado, así como los profesores de Anidan, presentan más conocimientos en relación a los méto-

dos anticonceptivos disponibles, las enfermedades de transmisión sexual más comunes y su sintomatología.

Se percibe, por otro lado, extrañeza ante el planteamiento de un aprendizaje en el colegio sobre cómo mantener una comunicación asertiva con tu pareja, cómo negociar con ésta el uso de anticonceptivos, cómo tomar decisiones críticas y defenderlas, etcétera. Además, 10 de los entrevistados ponen en duda que lo anterior tenga algo que ver con la educación sexual.

En cuanto a las encuestas, éstas nos permiten formarnos una idea de la opinión de los adolescentes de Anidan sobre la educación afectivo-sexual. Se trata de una muestra pequeña pero relevante para nuestra investigación. No se observan diferencias significativas en la edad de los encuestados, como era de esperar, puesto que se han seleccionado tres cursos concretos correspondientes a las edades de entre 13 y 17 años, inclusive ambas. Y, aunque es algo superior el número de mujeres, se considera que la muestra no está muy sesgada por razones de sexo.

Una de las preguntas de especial interés en este estudio es conocer la opinión que tienen los estudiantes acerca de los cursos de formación afectivo-sexual recibidos dentro de su contenido curricular habitual en el colegio. La valoración general del contenido recibido es buena, con una media de 7,22. Se observan diferencias entre mujeres y hombres, y curso escolar, siendo las mujeres las que mayor puntuación otorgan y los estudiantes de la clase 6 los que menos. Sin embargo, la diferencia entre profesantes islámicos y cristianos no se considera estadísticamente significativa (tablas 6, 7 y 8).

Al analizar los resultados obtenidos acerca del apoyo que tienen los adolescentes para comunicar temas relativos a la sexualidad, se determina que la comunicación con los padres o tutores no es fluida (puntuaciones inferiores a 5) y, aunque su valoración en la comunicación con los profesores es algo mejor (media de 6,8), se puede considerar que la comunicación en temas afectivo-sexuales con los adultos se encuentra en niveles inferiores a los recomendados. Se comprueba, en cambio, que las puntuaciones medias que otorgan a la comunicación con sus amigos es muy alta (8,4 de media). Por otro lado, no se observan diferencias significativas por sexo, edad o religión.

6.1. Dificultades en la implementación

Muchos académicos e investigadores coinciden en que la educación de la sexualidad es controvertida y polémica, principalmente por motivos culturales, religiosos o ideológicos, que en su mayoría están relacionados con la persistencia del sistema patriarcal que, al negar a las personas la posibilidad de recibir una educación en derechos humanos con perspectiva de género y de diversidad, perpetúa la injusticia y la discriminación [23].

Por ende, para ciertos sectores de la sociedad, la educación sexual legitima la actividad sexual adolescente, favoreciendo la promiscuidad y el aborto. Ejemplo de ello son los sectores religiosos más conservadores que, abogando por estos mismos motivos, consideran y divulgan que la enseñanza de la sexualidad debe ser responsabilidad única de la familia. No obstante, hay suficiente evidencia que prueba que la educación de la sexualidad correctamente impartida tiene los resultados esperados. Ejemplo de ello son los análisis de la UNESCO [11] de los programas de educación sexual realizados en 86 países de todo el mundo, que muestran que aquellos que se emplearon para informar sobre las tres medidas de prevención (abstinencia, condón y anticonceptivos) no aumentaron la actividad sexual en los adolescentes, sino que más de un tercio la retardó, otro tercio redujo la actividad sexual no protegida y otro tercio redujo el número de parejas sexuales. Por otro lado, los programas centrados sólo en la abstinencia no tuvieron efecto alguno en la iniciación de la actividad sexual, en el número de parejas sexuales ni en el uso del condón, resultando inefectivos para tal propósito. Es fundamental, por tanto, para la correcta implementación de estos programas, que los docentes encargados estén capacitados, de ahí la importancia de que sea impartido por profesionales de enfermería.

La complejidad social que comporta la sexualidad como tabú en países como Kenia, sumado a la fragilidad política y presupuestaria del país, así como a la dificultad que conlleva la coordinación interinstitucional e intersectorialidad da como resultado que, pese a que se trata de un compromiso adquirido por el Estado, la materia no se institucionaliza. En el caso que nos ocupa, según los estudios (23, 31), la educación sexual que se brinda en Kenia es deficitaria. Por otro lado, las familias

se muestran incómodas hablando sobre sexualidad con sus hijos e hijas, por lo que la información que los jóvenes reciben viene dada en la mayoría de los casos de manera no oficial por conocidos o a través de lo que escuchan y ven en los medios de comunicación y en las redes.

Por todo ello es imprescindible que tanto los gobiernos como las ONGs tengan una clara posición con respecto a la educación de la sexualidad, como un derecho fundamental y sustentado en una educación laica y basada en fundamentos científicos, hacia un enfoque más integrado y global que motive a las personas a pensar críticamente respecto a las presiones culturales y sociales relacionadas con la sexualidad y el género [36].

6.2. Limitaciones del estudio

Las entrevistas en profundidad a los informantes claves no fueron ni grabadas ni transcritas, por lo que se considera que la validez de este análisis no es elevada. Este hecho se justifica por la delicadeza del tema a tratar, de forma que la grabación de las entrevistas suponía un sesgo importante para la obtención de información, de manera que primaba más la escucha activa sin ninguna barrera limitante, como pudiera ser cualquier elemento externo (véase una grabadora, el móvil o un cuaderno) que la transcripción literal del contenido.

Otro factor limitante sería que la comunidad, en el momento de evidenciar sus necesidades, oculte cierta información, por incomodidad o desacuerdo con el proyecto.

Por otro lado, y a pesar de la elección de un amplio número de informantes de diferentes áreas para representar a la comunidad, el riesgo de no representar a los distintos actores sociales sigue estando presente. Para disminuir esta posibilidad se lleva a cabo una triangulación de datos, entre los grupos de informantes (los jóvenes encuestados y el conglomerado de entrevistas realizadas), la observación participante y los documentos y encuestas institucionales revisados.

En cualquier caso, pese al uso del enfoque cuantitativo para descubrir las relaciones de causalidad entre las variables estudiadas, el objetivo del presente trabajo no es el de generalizar hallazgos o conclusiones extrapolables, sino el de proponer la puesta en marcha de programas de educación afectivo-sexual.

tivo-sexual siempre atendiendo a las especificidades de cada contexto.

7. Conclusiones y recomendaciones

A partir del estudio de indicadores como la edad de inicio de la actividad sexual, el uso de anticonceptivos, los embarazos no deseados, la prevalencia de VIH, la violencia sexual y el conocimiento acerca de la sexualidad se demuestra que, en contextos como Kenia, es necesaria una mejora en el acceso de los adolescentes a información y servicios de alta calidad con el objetivo de mejorar los resultados negativos de salud.

La provisión de información precisa y completa y la capacitación en habilidades para la vida en relación con la salud y los derechos sexuales y reproductivos es esencial para el bienestar de los adolescentes. Si bien la educación sexual es sólo uno de los componentes de un enfoque intersectorial para mejorar la vida sexual y reproductiva de los jóvenes, brinda una oportunidad estructurada para que los adolescentes adquieran conocimientos y habilidades, exploren sus actitudes y valores y practiquen la toma de decisiones y otras habilidades para la vida necesarias para tomar decisiones informadas y saludables sobre su vida sexual.

Los programas de educación centrados en la abstinencia han mostrado poca evidencia, por el contrario, los programas integrales de educación sexual que reconocen la actividad sexual durante la adolescencia como una conducta normativa y que buscan garantizar la seguridad de dicho comportamiento y se centran en los derechos humanos, la igualdad de género y el empoderamiento, han demostrado su impacto en varias áreas: mejorar el conocimiento, confianza y autoestima; cambiar positivamente las actitudes y las normas de género y sociales; fortalecer las habilidades de toma de decisiones y comunicación; y aumentar el uso de condones y otros anticonceptivos.

Para la implementación de nuevas políticas ba-

sadas en estos programas, ha sido un desafío reconciliar el enfoque de educación integral, sustentado en que los servicios de SSR son un derecho fundamental, con otros enfoques conservadores y profundamente arraigados, que estigmatizan y denuncian ciertos aspectos de la educación de la sexualidad.

Los estudios [30, 31, 32] confirman la puesta en marcha en Kenia del programa de prevención de VIH/SIDA, que significa la introducción de la educación en sexualidad en el contenido curricular de las escuelas. Sin embargo, poco se sabe sobre el grado de implementación, la calidad de la instrucción, la idoneidad y capacitación docente, el nivel de apoyo u oposición docente al tema y la efectividad de los programas existentes para lograr el conocimiento deseado y los resultados conductuales entre los estudiantes.

Esto se debe a la inexistencia de herramientas de monitoreo y evaluación de estos programas. Por ello, la presente revisión pretende ser un proyecto piloto a pequeña escala, que sea revisado y evaluado de manera que los resultados ofrezcan una aproximación al objetivo del estudio: determinar si educar a los jóvenes en salud sexual y reproductiva mejorará la salud de las comunidades.

Los resultados del informe proporcionan una instantánea de cómo las políticas de educación sexual en Kenia se traducen en la práctica en las escuelas y lo que los estudiantes y profesores piensan sobre ellas. Se pretende con ello proporcionar al gobierno y las instituciones interesadas una mejor comprensión de la educación sexual en las escuelas, para mejorar la calidad y la eficacia de dicha educación.

En definitiva, en base a la evidencia existente y al presente trabajo, se recomienda encarecidamente la elaboración de nuevas propuestas de mejoras formativas en programas de educación sexual, como motor de transformación para lograr una igualdad real entre hombres y mujeres y crear una sociedad equitativa, alejada de prácticas discriminatorias.

BIBLIOGRAFÍA

1. County Government of Lamu. Kenya National Bureau of Statistics. County Statistical Abstract, Lamu County. 2015.
2. About Lamu County [Internet]. Lamu.go.ke. 2017 [citado el 6 de julio 2018]. Disponible en: <https://lamu.go.ke/about/>

3. Cuerno de África [Internet]. Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación. Gobierno de España. 2018 [citado el 6 de julio 2018]. Disponible en: <http://www.exteriores.gob.es/Portal/es/PoliticaExteriorCooperacion/Africa/Paginas/CuerdoDeAfrica.aspx>
4. Ministry of Health, National AIDS and STI Control Programme. Kenya HIV County Profiles. 2016.
5. Oficina de Información Diplomática del Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación. Ficha país República de Kenia. Febrero de 2018.
6. WHO. Country statistics and global health estimates by WHO and UN partners. Kenya: WHO statistical profile. January 2015.
7. Asociación Española de Especialistas en Sexología y otras. Educación para la sexualidad con bases científicas. Documento de consenso de Madrid. Recomendaciones de un grupo internacional de expertos. Valencia; 2011.
8. Asamblea General de las Naciones Unidas. Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. 1979.
9. International Planned Parenthood Federation (IPPF). Demystifying data: A guide to using evidence to improve young people's sexual health and rights. New York; 2014 p. 34-46.
10. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), ONSIDA, UNFPA, UNICEF, OMS. Orientaciones Técnicas Internacionales sobre Educación en Sexualidad. Un enfoque basado en evidencia orientado a escuelas, docentes y educadores de la salud. Volumen 1. Justificación de la educación en sexualidad. Paris; 2010.
11. UNESCO. Ministerial Commitment on comprehensive sexuality education and sexual and reproductive health services for adolescents and young people in Eastern and Southern African (ESA). South Africa; 2013.
12. Naciones Unidas. Informe de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. 2017.
13. Republic of Kenya. Ministry of Health. National Adolescent Sexual and Reproductive Health Policy. 2015.
14. Ministry of Health, African Institute for Development Policy, Norad. Adolescent sexual and reproductive health in Lamu County.
15. Kenya National Bureau of Statistics, Ministry of Health, National AIDS Control Council, Kenya Medical Research Institute, National Council for Population and Development, The DHS Program, ICF International. Kenya Demographic and Health Survey. 2014.
16. African Institute for Development Policy, UNFPA, Norad. Reproductive, Maternal, Neonatal and Child Health. Lamu County. June 2017.
17. Consejo Internacional de Políticas de Derechos Humanos. Sexualidad y Derechos Humanos. Ginebra; 2010 p. 7-10.
18. Pan American Health Organization (PAHO). Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. 1978.
19. Centro Latinoamericano de Demografía. Conferencia Internacional de Población. México; 1984 p. 59-64.
20. Naciones Unidas. Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. El Cairo; 1994 p. 37-48.
21. Naciones Unidas. Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. Beijing; 1995 p. 36-126.
22. Asamblea General de la Asociación Mundial de Sexología (WAS). Declaración de los Derechos Sexuales. Valencia; 1997.
23. Asamblea General de las Naciones Unidas. Informe del Relator Especial de las Naciones Unidas sobre el derecho a la educación. 2010.
24. The African Union Commission. Maputo Plan of Action 2016-2030. Universal Access to Comprehensive Sexual and Reproductive Health Services in Africa for the operationalisation of the continental policy framework for sexual and reproductive health and rights.
25. National Council for Law Reporting. The Constitution of Kenya. 2010.
26. National Council for Law Reporting. Kenya National Commission on Human Rights Act. 2011.
27. USAID, FHI 360, Program Research for Strengthening Services (PROGRESS), Ministry of Health. Adolescent and Youth Sexual and Reproductive Health: Taking Stock in Kenya. 2011.
28. UNICEF. Global Evaluation of Life Skills Education Programmes. New York; 2012.

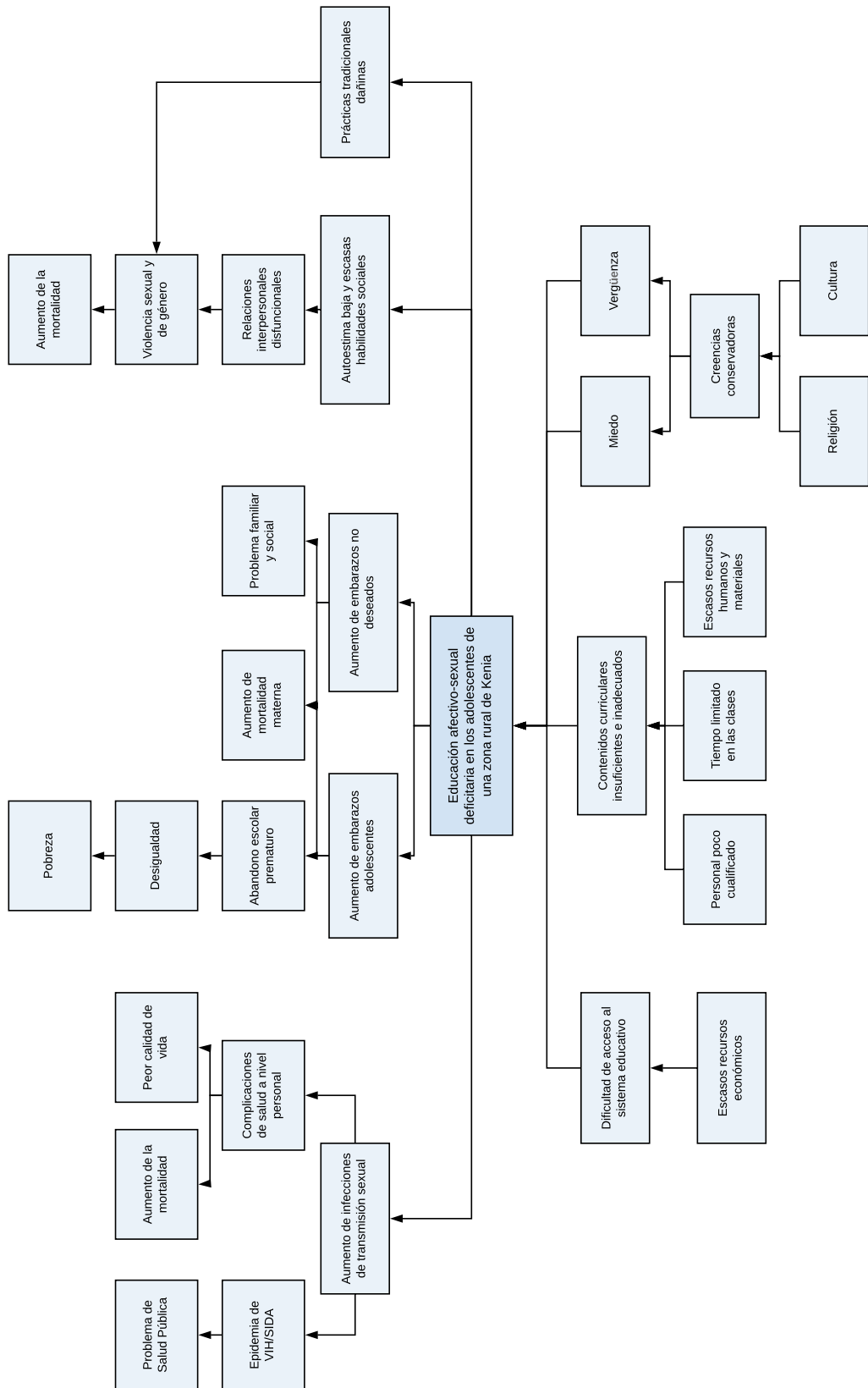
29. Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer (CLADEM). Educación sexual. Sistematización sobre educación de la sexualidad en América Latina. Lima; 2010.
30. Republic of Kenya. Ministry of Health. National Guidelines for Provision of Adolescent and Youth Friendly Services in Kenya. Nairobi; 2016.
31. African Population and Health Research Center (APHRC). Sexuality Education in Kenya: New Evidence From Three Counties. Nairobi; 2017.
32. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO). Encuesta mundial sobre la capacidad de respuesta del sector de la educación para afrontar el SIDA 2004: implicaciones de política para la educación y el desarrollo. París; 2006.
33. Anidan, quiénes somos. [Internet]. Anidan [citado el 3 de agosto 2018]. Disponible en: <https://www.anidan.org/es/organizaci%C3%B3n>
34. Ortegón E, Pacheco J, Prieto A. Metodología del marco lógico para la planificación, el seguimiento y la evaluación de proyectos y programas. Santiago de Chile: Naciones Unidas, CEPAL. 2005.
35. Cleland J, WHO. Illustrative questionnaire for interview-surveys with young people. 2018.
36. Oficina Regional de Educación para América Latina y el Caribe. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. Educación Integral de la Sexualidad: Conceptos, Enfoques y Competencias. Chile; 2014 p. 33-63.
37. Gómez Galán M, Sainz Ollero H. El ciclo del proyecto de cooperación al desarrollo. La aplicación del marco lógico. Madrid: CIDEAL. 1999.

Otra bibliografía consultada:

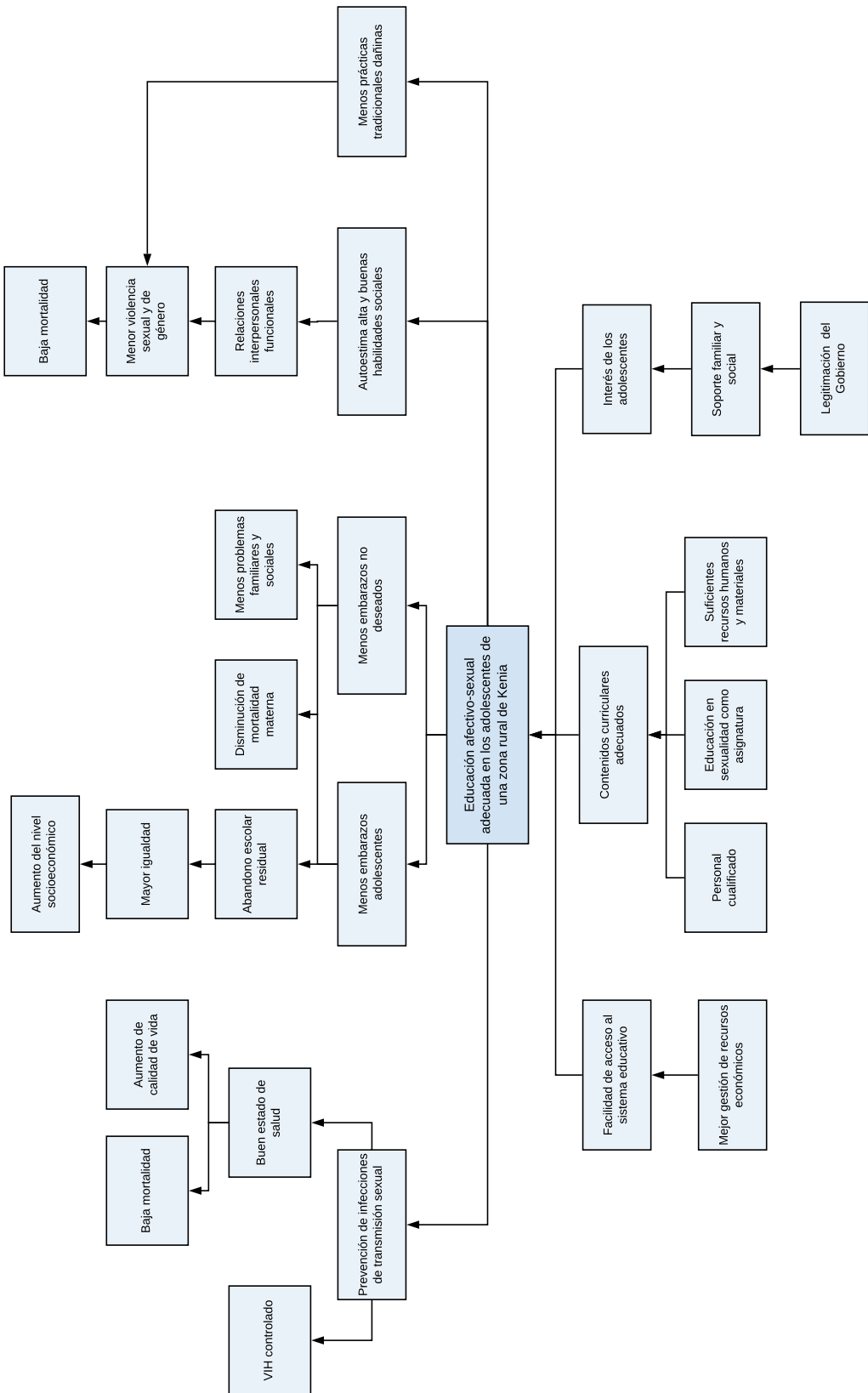
- Harper GW, Riplinger AJ, Neubauer LC et al. Ecological factors influencing HIV sexual risk and resilience among young people in rural Kenya: implications for prevention. 2014.
- Gaughran M, Asgary R. On-Site Comprehensive Curriculum to Teach Reproductive Health to Female Adolescents in Kenya. *Journal of Women's Health*. 2014.
- Hardee K, Gay J, Croce-Galis M et al. What HIV Programs Work for Adolescent Girls? *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. 2014.
- Sani S, Abraham C, Denford S et al. School-based sexual health education interventions to prevent STI/HIV in sub-Saharan Africa: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*. 2016.
- Macleod C, Nhamo-Murire M. The emancipatory potential of nursing practice in relation to sexuality: a systematic literature review of nursing research 2009–2014. *Nursing Inquiry*. 2016.
- Sidze EM, Stillman M, Keogh S et al. From Paper to Practice: Sexuality Education Policies and Their Implementation in Kenya. 2017.
- Winston SE, Chirchir AK, Muthoni LN et al. Prevalence of sexually transmitted infections including HIV in street-connected adolescents in western Kenya. 2015.
- Chandra-Mouli V, McCarragher DR, Phillips SJ et al. Contraception for adolescents in low and middle income countries: needs, barriers, and access. *Reprod Health*. 2013.
- United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO). *Emerging Evidence, Lessons and Practice in Comprehensive Sexuality Education: A Global Review*. Paris; 2015.
- Fonner VA et al. School based sex education and HIV prevention in low- and middleincome countries: a systematic review and meta-analysis. 2014.
- National AIDS and STI Control Programme (NASCOP). Kenya AIDS Indicator Survey 2012: Final Report. Nairobi; June 2014.
- United Nations Children's Fund. *Violence against Children in Kenya: Findings from a 2010 National Survey. Summary Report on the Prevalence of Sexual, Physical and Emotional Violence: Context of Sexual Violence, and Health and Behavioral Consequences of Violence Experienced in Childhood*. Nairobi; 2012.
- World Health Organization. *Understanding and addressing Violence against Women: Female Genital Mutilation*. 2012.

- Beguy D, Mumah J, Wawire S et al. Status Report on the Sexual and Reproductive Health of Adolescents Living in Urban Slums in Kenya. African Population and Health Research Center. Nairobi; 2013.
- Mumah J, Kabiru CW, Mukiira C et al. Unintended Pregnancies in Kenya: A Country Profile. African Population and Health Research Center. Nairobi; 2014.
- Haberland N, Rogow D. Sexuality education: emerging trends in evidence and practice. *Journal of Adolescent Health*. 2015.
- Haberland NA. The case for addressing gender and power in sexuality and HIV education: a comprehensive review of evaluation studies. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. 2015.
- Obare F, Birungi H. Policy scripts and students' realities regarding sexuality education in secondary schools in Kenya. *Sex Education*. 2013.
- UNFPA Expert Group. The Evaluation of Comprehensive Sexuality Education Programmes: A Focus on the Gender and Empowerment Outcomes. 2015.

ANEXO 1. Árbol de problemas.



ANEXO 2. Árbol de objetivos.



ANEXO 3. Matriz de Planificación del Proyecto (MPP).

OBJETIVO	Descripción	Indicadores	Fuentes de verificación	Supuestos
RESULTADOS	Determinar si educar a los jóvenes de entre 13 y 17 años en salud sexual y reproductiva mejorará la salud de la comunidad del distrito de Lamu, en Kenia, en un plazo de tres años.	Una incidencia anual de casos de ITS menor a la actual en los jóvenes de entre 13 y 17 años de Lamu, al año de haber iniciado el proyecto. Disminución de al menos un 10% de la tasa de embarazos no deseados en las mujeres de 13 a 17 años de Lamu, en tres años.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estadísticas del país ▪ Informes de los centros de salud ▪ Encuesta demográfica y de salud del país 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La ONGD continua apoyando con recursos el proyecto para su continuidad. ▪ Los jóvenes tienen disposición a participar. ▪ Los educadores tienen disposición y disponibilidad para poner en marcha el proyecto.
	Se forma a los profesores y educadores de la ONGD Anidan en educación afectivo-sexual.	La ONGD cuenta con un voluntario especialista por un tiempo suficiente (mínimo 3 meses) para impartir la formación. Los profesores y educadores se capacitan e imparten los talleres. Los profesores y educadores capacitan al nuevo personal. Los profesores y educadores de Anidan diseñan los talleres. Al menos un 90% de los jóvenes acuden a los talleres y presentan interés.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Universidad Autónoma de Barcelona ▪ ONGD Anidan 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tanto la ONGD como la universidad apoyan el proyecto. ▪ Se dispone de un profesional comprometido el tiempo suficiente para llevar a cabo la formación.

Fuente: Elaboración propia [37]

ANEXO 4. Cuestionario.**SURVEY ON KNOWLEDGE AND ATTITUDES OF ADOLESCENTS IN SEXUALITY****THEMES**

Nº of questionnaire: _____

Name of school: _____

The questionnaire is completely anonymous and your answers will be treated confidentially. Read carefully all the questions and choose only one answer.

P1.- Sex:

1. Man.
2. Woman.

P2.- Age:years.

P3.- Religion:

1. Muslim.
2. Christian.
3. Other religion.
4. No religion.

P4.- Class:

1. Class 6.
2. Class 7.
3. Class 8.

P5. Have you ever received sexual education at school?

1. Yes.
2. No.

P6. Do you find it useful?

1. Yes.
2. No.

P7.- Value your satisfaction with it from 0 to 10:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

P8.- Value from 0 to 10 your communication about sexuality issues with:

Your friends: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Your teachers: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Your family/tutors: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

P9.- Would you like to know more about sexuality?

1. Yes.
2. No.

Thank you for your time and cooperation.

ANEXO 5. Instrucciones para rellenar el cuestionario.

INSTRUCTIONS AND RECOMMENDATIONS FOR THE TEACHER RESPONSIBLE FOR PASSING THE SURVEY ON KNOWLEDGE AND ATTITUDES OF ADOLESCENTS IN SEXUALITY THEMES

1. It is essential to remember and insist the students about the total anonymity of the survey.

2. You have to choose only one of the options.

3. It is desirable that all questions be answered.

The questions never try to find out if the student is sexually active or not. It intends to evaluate intentions, opinions and attitudes, regardless of whether the events are past, present or future.

4. The block of questions P6 and P7 wants to evaluate the training courses.

The P6 must compare the utility with the experience and the P7 is an evaluation: contents, organization, duration, relevance of the contents, didactic method, and a long etcetera.

Thank you.