

# Razones para abordar el género y el poder en la educación en sexualidad y VIH: Una revisión integral de estudios de evaluación

Por Nicole A. Haberland

Nicole A. Haberland es asociada sénior, Population Council, Nueva York.

**CONTEXTO:** La educación en sexualidad y VIH fundamentada en un currículo es un soporte esencial de las intervenciones para prevenir las ITS, el VIH y los embarazos no planeados entre la gente joven. La evidencia vincula las normas tradicionales de género, la desigualdad de poder en las relaciones sexuales y la violencia de pareja íntima con resultados negativos en materia de salud sexual y reproductiva. Sin embargo, se ha dado poca atención al análisis de si el abordaje del género y del poder en los currículos de educación en sexualidad está asociado con mejores resultados.

**MÉTODOS:** Con el fin de explorar si la inclusión de contenido relativo al género y al poder tiene importancia para la eficacia de los programas, se llevaron a cabo sondeos electrónicos y manuales para identificar evaluaciones rigurosas de educación en sexualidad y VIH provenientes de países desarrollados y en desarrollo, publicadas entre 1990 y 2012. Se desagregaron las características de las intervenciones y del diseño de los estudios de las intervenciones analizadas tomando en cuenta si abordaban o no aspectos de género y poder.

**RESULTADOS:** De las 22 intervenciones que cumplieron con los criterios de inclusión en el estudio, 10 abordaron los temas de género o poder y 12 no lo hicieron. Los programas que abordaron el género o el poder, tuvieron cinco veces más probabilidades de ser efectivos en comparación con aquellos que no lo hicieron; 80% de estos programas se asociaron con una tasa significativamente menor de ITS o embarazo no planeado. En contraste, entre los programas que no abordaron el género ni el poder, solamente 17% tuvieron dicha asociación.

**CONCLUSIONES:** El abordaje del género y del poder debe ser considerado como una característica clave de los programas efectivos de educación en sexualidad y VIH.

*Perspectivas Internacionales en Salud Sexual y Reproductiva, número especial de 2016, pp. 9–20, doi: 10.1363/SP00916*

A nivel global, la gente joven está en un elevado riesgo de contraer ITS, VIH y de un embarazo no planeado. Existen notables disparidades de género y raciales. En los Estados Unidos, por ejemplo, las tasas de clamidia en 2013 fueron más de cuatro veces más altas en mujeres de 15 a 19 años que en hombres de la misma edad; y la tasa en mujeres de raza negra fue cinco veces más alta que la tasa en mujeres de raza blanca en ese grupo de edad.<sup>1</sup> En 2013 a nivel mundial, dos tercios de las nuevas infecciones por VIH en adolescentes en edades de 15 a 19 años ocurrieron en mujeres.<sup>2</sup> En algunos países, la disparidad es aún mayor; por ejemplo, en Sudáfrica la prevalencia de VIH en personas jóvenes de 15 a 24 años de edad es de 14% para mujeres y de 4% para hombres.<sup>3</sup> Además, las consecuencias de los embarazos no planeados, junto con los riesgos asociados a la maternidad y las responsabilidades de atender a los hijos, recaen desproporcionadamente en las mujeres.

Junto con los esfuerzos para prestar servicios clínicos, reducir la vulnerabilidad estructural<sup>4-6</sup> e impulsar las normas sociales protectoras, una estrategia clave para mejorar los resultados de salud sexual de los adolescentes ha sido la educación en sexualidad y VIH basada en grupos y en un currículo. De hecho, en respuesta al llamado de los

acuerdos internacionales como la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de 1994 (CIPD),<sup>7-10</sup> las agencias internacionales continúan dando prioridad a la educación integral en sexualidad y VIH,<sup>11-13</sup> y muchos países están emprendiendo esfuerzos nacionales o han adoptado políticas para que la educación ayude a prevenir el embarazo y la transmisión del VIH en adolescentes.<sup>14-16</sup>

El currículo en la educación en sexualidad podría impartirse en escuelas, entornos comunitarios o clínicas en forma de un programa individual o como componente de una intervención multifacética, como un programa de introducción a las finanzas para mujeres jóvenes. Estos programas se presentan bajo diferentes nombres que incluyen “educación para la vida familiar”, “educación sobre el SIDA” o “educación para la salud”, por mencionar algunos. El término “educación integral en sexualidad” ha evolucionado históricamente y continúa siendo usado con flexibilidad. Con frecuencia, ha sido utilizado para describir la currícula de cualquier duración para proveer contenido médicamente preciso, incluida la información sobre anticoncepción y condones, independientemente de si se abordan temas de género, derechos, igualdad, diversidad y poder. En general, el término se ha usado para distinguir

estos currículos de los enfoques de educación sexual basada solo en la abstinencia.<sup>17-19</sup>

A pesar de amplias inversiones en educación en sexualidad y VIH para gente joven, así como de evaluaciones sobre el tema, aún persisten cuestionamientos sobre su efectividad. De hecho, muchos investigadores señalan que todavía hay suficiente oportunidad para mejorar esos programas,<sup>20-26</sup> y varias revisiones han tratado de identificar características comunes a las intervenciones efectivas basadas en currículo.<sup>25,27,28</sup> Se ha llegado a consenso sobre varias de esas características—es decir, los beneficios del contenido integral versus el enfocado solamente en la abstinencia, así como sobre las ventajas de los enfoques de educación participativa y formadora de habilidades—pero en general, la bibliografía plantea una serie de preguntas. “¿Qué es el éxito?” y “¿qué es exactamente lo que funciona?” siguen siendo temas de un permanente debate.

Al menos dos artículos han criticado algunas de las revisiones con base en su metodología.<sup>26,29</sup> Otros señalaron que si un programa se considera exitoso o no podría depender de si una evaluación mide un resultado conductual o una variable biológica o de salud. Debido a que la conducta sexual que se reporta no siempre está correlacionada con los resultados de salud y debido también a problemas relacionados con la forma en que reportan los participantes en las intervenciones—como la validez de los autoreportes sobre conducta sexual y el potencial de sesgo de conveniencia social—una de las revisiones concluyó que “los ensayos con conductas sexuales reportadas como su resultado son insuficientes”.<sup>30(p. 511)</sup> De hecho, muchas revisiones recomiendan el uso de un estándar más alto, los resultados biológicos, como una medida más objetiva de la eficacia de los programas.<sup>20,22,27,30-34</sup> Desde luego, el seguimiento de los resultados biológicos y de salud requiere tamaños de muestra grandes y un volumen importante de recursos. Por lo tanto, el uso de cambios autoreportados en la conducta sexual de los adolescentes sigue siendo la única opción práctica para muchos estudios. Los resultados de tales estudios pueden aun así ser instructivos, pero los datos sobre impacto son preferibles para generar lecciones sobre programas basados en evidencia e identificar características programáticas esenciales.

Además, los investigadores han notado la dificultad de identificar características claves que sean consistentes a través de los distintos estudios.<sup>24,35</sup> Por ejemplo, Chin y colegas encontraron que ninguna variable moderadora — dosis (número promedio de horas del programa), entorno (escuela o comunidad), enfoque (VIH e ITS, embarazo o ambos), facilitador (adulto, par o ambos), número de componentes (individual versus múltiple) y direccionamiento (adaptación de materiales a los participantes— se asoció consistentemente a la efectividad o falta de efectividad en su meta-análisis de 66 estudios.<sup>17</sup> Johnson y colegas, encontraron en su revisión que las intervenciones eran más exitosas cuando proporcionaban contenido más intensivo —por ejemplo, a través de más sesiones, más capacitación sobre el uso del condón o más capacitación motivacional—

aunque señalaron que “análisis más finos del contenido de las intervenciones podría resultar en una mejor explicación de su eficacia”.<sup>28(p. 82)</sup>

Esto es correcto, ya que solamente las características que se buscan serán encontradas y validadas o refutadas como consecuencia. En años recientes, en gran parte derivadas de la CIPD, la evidencia emergente y experiencias de campo de organizaciones feministas y no gubernamentales en los países en desarrollo, de agencias internacionales, de programas de donantes y de investigadores de manera creciente han puesto énfasis en el género como un componente esencial de la educación integral en sexualidad.<sup>19,36-40</sup> Aunque este enfoque está ganando actualidad en el terreno en algunos entornos, una atención significativa al género está todavía lejos de ser la norma.<sup>41,42</sup> Los programas se han rezagado en la integración de una perspectiva de género o de poder en la educación integral en sexualidad porque falta claridad acerca de lo que significa una perspectiva de género o poder; y, especialmente, sobre cómo implementar ese tipo de enfoque de manera lo suficientemente clara y con el suficiente detalle tanto para el educador como para el educando. Este artículo explora en qué medida la inclusión de contenido enfocado en género y poder tiene relevancia para la eficacia del programa y las formas en las que los programas efectivos basados en currículo han abordado el género y el poder.

### Bases racionales

Una sólida base teórica apoya la atención al género y poder en la educación integral en sexualidad. La teoría de Connell sobre género y poder, por ejemplo, proporciona un rico sustento teórico de las estructuras sociales que caracterizan las relaciones de género entre hombres y mujeres.<sup>43</sup> Wingood y DiClemente<sup>44</sup> han extendido esta teoría al destacar la forma en que los factores económicos, las relaciones desiguales de poder y las normas de género se manifiestan en las exposiciones y en los factores de riesgo que aumentan el riesgo de las mujeres de contraer VIH. Pulerwitz y colegas<sup>45</sup> lograron hacer operativo el concepto al desarrollar y validar la Escala de Poder en las Relaciones Sexuales, herramienta que se usa para medir la relación de poder en la investigación del VIH e ITS.

Además, un importante acervo de evidencia empírica indica que el género y el poder son importantes para la conducta y resultados de salud sexual y reproductiva. Esta evidencia es consistente a través de tres dominios interrelacionados: normas de género (incluida la masculinidad, femineidad e igualdad), poder en las relaciones sexuales y violencia de pareja íntima. Las normas de género dañinas se han correlacionado con varios resultados adversos de salud sexual y reproductiva y conductas de riesgo, incluso después de que otras variables se han controlado. Por ejemplo, algunos estudios han encontrado que las personas que se adhieren a actitudes dañinas de género tienen mucha menos probabilidad que quienes no lo hacen de usar anticonceptivos o condones.<sup>46-51</sup> También, en comparación con los reportes de mujeres adultas y adolescentes

acerca de relaciones más equitativas, los reportes sobre bajo poder en las relaciones sexuales se han correlacionado independientemente con resultados negativos de salud sexual y reproductiva, incluso con altas tasas de ITS e infección por VIH.<sup>52-54</sup> Y las mujeres adultas y adolescentes que han experimentado violencia de pareja íntima tienen mucha mayor probabilidad que quienes no la han experimentado de tener una multitud de resultados adversos—desde tasas bajas de uso del condón<sup>55-57</sup> hasta tasas más altas de embarazo<sup>58-61</sup> y de ITS o infección por VIH.<sup>52,54-56,62,63</sup>

Por consiguiente, existe una sólida base racional por la que la atención al género y poder tiene el potencial de mejorar los resultados de los programas de educación en sexualidad y VIH basados en currículo para la gente joven. Pero ¿hace alguna diferencia la inclusión de estos temas en un contexto de grupo y basado en currículo? Nosotros pudimos identificar estudios no rigurosos que examinaron la eficacia de los programas de educación en sexualidad en términos de si incluyeron o no contenido de género y poder. La revisión actual se llevó a cabo para determinar lo que las evaluaciones existentes de intervenciones para gente joven podrían sugerir. Conscientes de las preocupaciones de los investigadores en relación con la robustez de la evidencia para la efectividad y su recomendación de observar los resultados de salud reales (contrario a los autoreportes de cambio de conducta), la revisión incluyó evaluaciones rigurosas de programas de educación en sexualidad y VIH basados en grupos y en currículo y que evaluaron resultados de salud—específicamente, embarazo, maternidad, VIH u otras ITS—para comparar programas que incluyeron atención al género y poder con los que no lo hicieron. Este estudio también busca proporcionar una idea inicial sobre cuáles características de los programas de género y poder parecen influir en la efectividad.

## MÉTODOS

Las bases de datos electrónicas investigadas fueron PubMed, ERIC, el Registro Central Cochrane de Ensayos Controlados y Eldis. Se usaron los siguientes términos de búsqueda: “evaluation” (evaluación), “outcome” (resultado), “impact” (impacto) o “effect” (efecto); “program” (programa) o “intervention” (intervención); “HIV” (VIH), “AIDS” (SIDA), “STI” (ITS), “STD” (ETS), “sexually transmitted infection” (infección de transmisión sexual), “sexually transmitted disease” (enfermedad de transmisión sexual) o “pregnancy” (embarazo); y “adolescent” (adolescente), “adolescence” (adolescencia), “youth” (juventud), “young people” (gente joven) o “teen” (adolescente joven). Las secciones de referencia en 36 revisiones, meta análisis y revisiones sistemáticas de intervenciones dirigidas a disminuir el riesgo sexual, incluidas tres Revisiones Cochrane, fueron revisadas manualmente, así como lo fueron el sitio web del Compendio de Intervenciones para la Prevención del VIH basadas en evidencia de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades y el sitio web del Centro de Recursos para la Prevención del Embarazo en Adolescentes de la Oficina de Salud del Adolescente.<sup>17,20-25,28-36,64-83</sup>

Los estudios se incluyeron si consistían en evaluaciones de intervenciones de cambio de conducta para prevenir el VIH, las ITS o el embarazo no planeado y que estuvieran basadas en grupos y currículo; o bien, que fueran intervenciones de componentes múltiples, en las que uno de los componentes principales implicara que los participantes se reunieran en un grupo y se apegaran a un currículo; que evaluaran exclusiva o predominantemente los efectos en adolescentes en edades de 19 años o menos; hubieran sido publicados entre 1990 y 2012; usaran diseños rigurosos, como los ensayos controlados aleatorizados o estudios cuasi-experimentales que tuvieran ajustes por diferencias en la línea de base; que tuvieran un tamaño de muestra mínimo de 100; y que midieran el efecto de la intervención en los resultados de salud—es decir ITS, VIH, embarazo o maternidad.

Los programas de cualquier extensión pudieron ser evaluados y no se requirió que los programas incluyeran todos los criterios que habían sido descritos en varios estándares para la educación en sexualidad, siempre y cuando no fueran de solo abstinencia. Los programas incluidos en esta revisión son típicos del alcance diverso de los programas que no se concentran exclusivamente en la abstinencia y que operan en gran parte del mundo.

Se excluyeron los estudios que fueron conducidos entre poblaciones especiales (como los usuarios de drogas, hombres que tienen relaciones sexuales con hombres o trabajadoras sexuales comerciales).

Se establecieron criterios para clasificar los currículos como el abordaje del género —normas de género, igualdad de género y prácticas dañinas o sesgadas, así como conducta guiada por el género— y desigualdades de poder en las relaciones íntimas. Específicamente, los currículos tenían que ir más allá del contenido convencional sobre la resistencia a las insinuaciones sexuales (habilidades de rechazo) para incluir al menos una lección, tema o actividad explícita que cubriera un aspecto de género o poder en las relaciones sexuales —por ejemplo, de qué manera las nociones dañinas de masculinidad y femineidad afectan las conductas, son perpetuadas y pueden ser transformadas; derechos y coerción; desigualdad de género en la sociedad; desigualdad de poder en las relaciones íntimas; fomento del empoderamiento de las mujeres jóvenes; o dinámica de género y poder del uso del condón—.

La clasificación de una intervención en cuanto al abordaje del género y el poder se determinó primeramente al analizar la descripción provista en el artículo primario y, cuando estuvieron disponibles, en artículos relacionados. Si esto no fue suficiente, se obtuvo el currículo o los resúmenes del currículo; en algunos casos, los autores fueron contactados para obtener detalles del contenido del programa. Se tomaron notas según fue necesario sobre la forma en que se abordaron el género y el poder en la intervención. Esta revisión de contenido fue conducida por tres investigadores aparte de la autora y fue ciega, es decir, la información de los resultados del programa no fue proporcionada a los investigadores.

También, de tal forma que pudieran considerarse otras influencias potenciales sobre los resultados, se extrajo información adicional sobre cada programa y estudio, incluido el diseño del estudio, las bases teóricas y la descripción general de la intervención, la duración de la intervención y el enfoque pedagógico. El efecto independiente de cada intervención en los resultados de salud—embarazo, maternidad, VIH o ITS—se registró por separado.

## RESULTADOS

De 8,230 citas identificadas, 7,614 se excluyeron después de examinar el título. De las 616 citas restantes, 316 se excluyeron después de examinar el resumen y 300 artículos fueron revisados completamente. Veintisiete artículos (22 estudios) cumplieron con todos los criterios de inclusión.<sup>84-110</sup> De los 22 estudios incluidos en esta revisión, 14 fueron conducidos en los Estados Unidos,<sup>84,85,88-90,93,95-97,99,100,104,105,107</sup> seis en países de bajos o medianos ingresos<sup>86,91,92,94,101,108</sup> y dos en países de altos ingresos distintos a los Estados Unidos.<sup>98,109</sup> Quince fueron ensayos controlados aleatorizados,<sup>84-86,88-91,93,94,96,98,100,101,105,109</sup> y siete fueron estudios de cohorte longitudinal con controles.<sup>92,95,97,99,104,107,108</sup> Los tamaños de muestra variaron desde 148<sup>105</sup> a más de 9,000 participantes.<sup>101</sup> Siete estudios solamente reclutaron a mujeres,<sup>85,89,90,93,99,104,105</sup> 15 incluyeron tanto mujeres como hombres,<sup>84,86,88,91,92,94-98,100,101,107-109</sup> y ninguno reclutó solamente hombres. Diez de los estudios incluidos se realizaron en escuelas,<sup>84,88,91,92,95-98,107,109</sup> cinco en entornos clínicos,<sup>89,90,93,104,105</sup> cuatro en entornos comunitarios,<sup>94,99,100,108</sup> dos en entornos múltiples<sup>86,101</sup> y uno en una base de capacitación de reclutas Marines (Apéndice Cuadro 1).<sup>85</sup>

### Eficacia del Programa

Cerca de la mitad de los programas (10) demostraron disminuciones significativas en el embarazo,<sup>84,86,89,100</sup> maternidad,<sup>91</sup> ITS,<sup>89,90,93,94,105</sup> o ITS y embarazo combinados;<sup>85</sup> poco más de la mitad (12) no mostraron un efecto significativo e independiente en alguno de estos resultados.<sup>88,92,95-99,101,104,107-109</sup> De los 10 programas efectivos, cinco reclutaron tanto mujeres como hombres.<sup>84,86,91,94,100</sup> En un estudio, los efectos fueron los mismos para mujeres y hombres (ambos sexos tuvieron una reducción en la incidencia de VHS-2; y, para ambos, la incidencia de infección por VIH y en involucramiento en un embarazo no cambió).<sup>94</sup> Otro estudio encontró efectos diferenciales por sexo: disminución en los embarazos en las mujeres, pero sin cambio en los reportes de hombres de haber causado embarazos.<sup>100</sup> En los tres estudios restantes, la información sobre embarazo o maternidad se obtuvo o reportó solamente para las mujeres,<sup>84,86,91</sup> aunque para uno de ellos, un estudio subsiguiente encontró que el efecto del programa en la reducción del embarazo no difirió para mujeres y hombres.<sup>111</sup>

Las dimensiones del estudio y programa que podrían ayudar a explicar por qué algunos programas integrales de educación en sexualidad fueron efectivos y otros no, se

examinan a continuación. Se examinan las características de los diseños de las investigaciones, diferentes aspectos de las intervenciones y, finalmente, el contenido de género y poder de los currículos.

### Diseño y eficacia del estudio

Todos los estudios emplearon diseños rigurosos: ensayos controlados aleatorizados o estudios de cohorte longitudinal con controles. Dos tercios (10 de 15) de los programas que fueron evaluados con un ensayo controlado aleatorizado lograron reducciones significativas en el embarazo,<sup>84,86,100</sup> maternidad,<sup>91</sup> ITS,<sup>89,90,93,94,105</sup> o ITS y embarazo combinados.<sup>85</sup> Ninguno de los programas evaluados con un estudio de cohorte longitudinal con controles demostró un efecto independiente significativo en alguno de estos indicadores.<sup>92,95,97,99,104,107,108</sup>

El tamaño de la muestra podría afectar la probabilidad de detectar algún efecto. Seis estudios tenían tamaños de muestra entre 100 y 500 participantes, dos (33%) de los cuales mostraron tasas de embarazo o ITS significativamente disminuidas<sup>100,105</sup> y cuatro (67%) no lo hicieron.<sup>92,97,99,104</sup> De los seis estudios con tamaños de muestra entre 501 y 1,000 adolescentes, cuatro (67%) disminuyeron las tasas de embarazo o de ITS<sup>84,89,90,93</sup> y dos no lo hicieron.<sup>88,95</sup> Diez estudios tuvieron más de 1,000 participantes en su muestra, de los que cuatro de ellos (40%) demostraron una significativa disminución en embarazo, maternidad, ITS o ITS y embarazo combinados,<sup>85,86,91,94</sup> y seis no tuvieron efecto significativo en esos resultados.<sup>96,98,101,107-109</sup> De esta forma, mientras que los programas en la categoría de los tamaños de muestra más pequeños tuvieron la menor probabilidad de reportar un impacto en los resultados de salud, algunos programas evaluados aún bajo este escenario mostraron disminuciones en las tasas de embarazo y de ITS. Los tamaños de muestra más grandes no garantizaron la detección de un efecto significativo—solamente la mitad de los estudios con más de 500 participantes mostraron disminuciones significativas en el embarazo, maternidad o ITS.

El seguimiento post intervención tuvo lugar seis meses después o menos en cinco estudios; una evaluación mostró una disminución significativa en el riesgo de embarazo<sup>84</sup> y cuatro no tuvieron efecto en el embarazo o ITS.<sup>92,104,107,108</sup> Nueve de los 17 estudios (53%) que dieron seguimiento a las participantes por un año o más, encontraron tasas significativamente disminuidas de embarazo, maternidad, o ITS,<sup>85,86,89-91,93,94,100,105</sup> y ocho de los 17 no lo hicieron.<sup>88,95-99,101,109</sup> Para los resultados examinados, el seguimiento de más largo plazo (un año o más) parece tener mayor probabilidad de detectar un impacto benéfico que el seguimiento a seis meses o menos.

Ocho de los estudios fueron publicados en los años noventa y 14 en el año 2000 o después. Uno de los ocho estudios de los años noventa mostró tasas de embarazo significativamente disminuidas,<sup>84</sup> mientras que los otros siete estudios no tuvieron efecto en los resultados de embarazo o de ITS.<sup>92,95,96,98,99,104,107</sup> Entre los 14 estudios publicados en el año 2000 o después, nueve de ellos (64%) tuvieron

un efecto en la maternidad, embarazo, ITS o embarazo e ITS,<sup>85,86,89-91,93,94,100,105</sup> y cinco no tuvieron.<sup>88,97,101,108,109</sup> Los programas evaluados más recientemente, es decir del año 2000 o posterior, parecen tener mayor probabilidad de demostrar impactos benéficos para la salud que los estudios realizados previamente.

### Pedagogía, teoría, duración y eficacia

Como se señaló anteriormente, una de las características de los programas que se ha correlacionado de manera bastante consistente con los programas efectivos son los enfoques de enseñanza interactivos, centrados en el educando y basados en habilidades. De los 22 programas, todos menos uno describieron explícitamente el uso de pedagogía interactiva, participativa, centrada en el educando o basada en el pensamiento crítico. Por lo tanto, mientras que un buen enfoque pedagógico podría ser un prerrequisito para obtener resultados positivos, por sí solo no es lo que distinguió los programas efectivos de los no efectivos.

Otra característica citada como factor importante para la eficacia es que el programa esté basado en una teoría de cambio de conducta (como la teoría de acción razonada, modelo de creencias de salud, teoría cognitiva social, etc.) o tenga un modelo claro para indicar la forma en la que el programa conducirá a un cambio de conducta.<sup>79</sup> Esta característica no tuvo poder explicativo en este conjunto de estudios. La mayoría –20 de 22 programas– describieron su teoría o modelo de cambio de conducta. De aquellos que especificaron una teoría de cambio de conducta, la mitad (10) disminuyeron significativamente el embarazo o las ITS<sup>84-86,89-91,93,94,100,105</sup> y la mitad (10) no lo hicieron.<sup>88,95-99,101,104,107,109</sup> Este hallazgo es consistente con una revisión reciente de programas de prevención del VIH para gente joven en África subsahariana, misma que no encontró diferencia en la efectividad de los programas que estaban basados en teoría y los que no lo estaban.<sup>112</sup>

Tampoco la duración de la intervención pareció diferenciar los programas efectivos de los inefectivos. Ambos conjuntos de estudios—los programas que disminuyeron significativamente los resultados de salud adversos y los programas que no lo hicieron—se componen de intervenciones con un rango de duración similar: 1 a 2 intervenciones con sesión individual, 5 a 8 de duración intermedia (2 a 17 sesiones para un total de 5 a 50 horas), y tres que duraron por al menos un año escolar.

### Entorno del programa, componentes múltiples y eficacia

Se realizaron evaluaciones en múltiples entornos, incluidas escuelas, clínicas, organizaciones comunitarias, una base de entrenamiento de reclutas Marines o una mezcla de estas. Dos de las 10 evaluaciones realizadas en escuelas (20%) encontraron una significativa reducción independiente del embarazo o maternidad,<sup>84,91</sup> y ocho no tuvieron efecto en los resultados de embarazo o de ITS.<sup>88,92,95-98,107,109</sup> Cuatro de cinco programas implementados en clínicas (80%) disminuyeron significativamente las ITS,<sup>89,90,93,105</sup> uno de los programas basados en clínica no tuvo efecto alguno.<sup>104</sup>

**CUADRO 1. Características de estudios que evaluaron intervenciones de educación en sexualidad y VIH basadas en currículo, por contenido de género y poder, 1990-2012**

Característica	Todos (N=22)	Contenido de género y poder (N=10)	Sin contenido de género o poder (N=12)
<b>Localización</b>			
Países de bajos o medianos ingresos	6	4	2
Estados Unidos	14	6	8
Otros países de altos ingresos	2	0	2
<b>Entorno</b>			
Escuela	10	2	8
Clínica	5	3	2
Comunidad	4	3	1
Múltiple	2	2	0
Otro	1	0	1
<b>Sexo de los participantes</b>			
Solo mujeres	7	4	3
Mixto	15	6	9
<b>Diseño del estudio</b>			
Ensayo aleatorizado controlado	15	9	6
Estudio de cohorte longitudinal con control	7	1	6
<b>Tamaño de muestra</b>			
100-500	6	3	3
501-1,000	6	3	3
>1,000	10	4	6
<b>Última encuesta de seguimiento</b>			
≤6 meses	5	1	4
≥12 meses	17	9	8
<b>Año de publicación</b>			
Años noventa	8	2	6
2000 o posterior	14	8	6
<b>Usó enfoque participativo, centrado en el educando</b>			
Sí	21	10	11
No/no especificado	1	0	1
<b>Basados en teoría/modelo explícito de comportamiento</b>			
Sí	20	10	10
No/no especificado	2	0	2
<b>Componentes</b>			
Sencillo	14	4	10
Múltiple	8	6	2

Los cuatro programas basados en la comunidad tuvieron la misma probabilidad de tener o no efecto en los resultados de salud: dos de ellos redujeron significativamente las tasas de embarazo y de ITS<sup>94,100</sup> y dos no lo hicieron.<sup>99,108</sup> El programa implementado en la base de entrenamiento de reclutas Marines disminuyó significativamente el embarazo y las ITS (como variable combinada).<sup>85</sup> De los dos programas que fueron implementados en múltiples entornos, uno tuvo un efecto positivo significativo en el embarazo,<sup>86</sup> y el otro no tuvo efecto en los resultados de salud.<sup>101</sup> Las escuelas parecieron ser los entornos más difíciles, mientras que los programas implementados en clínicas tuvieron mayor probabilidad de tener un efecto significativo.

Se plantea la hipótesis de que las intervenciones con componentes múltiples han sido más efectivas que las intervenciones con un solo componente. De los 22 estu-

dios en esta revisión, 14 fueron intervenciones con un solo componente de educación en sexualidad. Ocho programas tuvieron componentes múltiples, es decir, además de la educación en sexualidad basada en currículo incluyeron al menos otro tipo de elemento programático, como aprendizaje-servicio,<sup>84,88</sup> concientización de la comunidad,<sup>86,101</sup> servicios de salud o cupones por servicios;<sup>86,90,99-101,108</sup> o bien, actividades o apoyo en áreas distintas a la salud (ej., empleos, academia, arte, deportes).<sup>99,100</sup> La mitad (cuatro de ocho) de las intervenciones con componentes múltiples demostraron una disminución significativa en las tasas de embarazo o de ITS,<sup>84,86,90,100</sup> y cerca de la mitad (seis de 14) de las intervenciones con un solo componente demostraron ese mismo efecto.<sup>85,89,91,93,94,105</sup> Esto no tuvo variación por tipo de componente. Por ejemplo, de los dos programas que tuvieron un componente de aprendizaje-servicio además de la educación en sexualidad basada en grupo y currículo, uno tuvo una reducción significativa en tasas de embarazo,<sup>84</sup> y el otro no tuvo efecto en los resultados de salud.<sup>88</sup> De esta forma, como Chin y colegas<sup>17</sup> encontraron en su meta-análisis, no se observó entre estos estudios una asociación entre las intervenciones con componentes múltiples y una mayor probabilidad de tener un efecto que las intervenciones con un solo componente.

**Contenido de género y poder y eficacia**

Al desagregar los programas evaluados por contenido de género y poder se encontró que 10 currículos incluían atención a temas de género o poder,<sup>84,86,89-91,94,99-101,105</sup> y 12 no.<sup>85,88,92,93,95-98,104,107-109</sup> Los dos grupos de currículos —los

que incluyeron género o poder, y los que no lo hicieron— fueron similares en la mayoría de los otros aspectos analizados en los programas. El Cuadro 1 muestra desgloses similares aproximados por ubicación, solo mujeres vs. mezcla de sexos, tamaño de muestra, última encuesta de seguimiento, si fueron usados métodos de enseñanza participativos y centrados en el educando, y si el programa tenía una base teórica. Las dimensiones en las que los programas que incluyeron atención al género o al poder difirieron de otros programas fueron el entorno, el número de componentes y algunos aspectos del diseño de los estudios.

La inclusión de contenido de género y poder ejerció un poderoso efecto en los resultados de los programas. Entre los 10 programas que abordaron el género y el poder, ocho (80%) derivaron en disminuciones significativas (Cuadro 2) en al menos uno de los resultados de salud (embarazo, maternidad o ITS).<sup>84,86,89-91,94,100,105</sup> En contraste, entre los 12 programas que no abordaron el género y el poder, solamente dos (17%) redujeron significativamente las tasas de embarazo o ITS.<sup>85,93</sup>

**Otros factores posibles**

Debido a que las características del diseño del estudio y el entorno de la intervención también podrían haber conducido a una mayor o menor probabilidad de detectar o producir un impacto, la pregunta es si la asociación entre el contenido de género y poder y la eficacia del programa todavía prevalece cuando se considera en relación con estas otras características.

**CUADRO 2. Estudios que evaluaron los efectos de intervenciones de educación en sexualidad y VIH basadas en currículo, por contenido de género y poder, y resultado**

Estudio	Intervención	Entorno	¿Se incluyó género o poder?	¿Efecto positivo en resultado de salud?
Boyer et al. <sup>85</sup>	FOCUS	Base de entrenamiento de Marines	No	Sí
Coyle et al. <sup>88</sup>	All4You!	Escuela	No	No
Fawole et al. <sup>92</sup>	Comprehensive health education	Escuela	No	No
Jemmott et al. <sup>93</sup>	Sisters Saving Sisters	Clínica de medicina de adolescentes	No	Sí
Kirby et al. <sup>95</sup>	Reducing the Risk	Escuela	No	No
Kirby et al. <sup>96</sup>	Project SNAPP	Escuela	No	No
Lieberman et al. <sup>97</sup>	IMPACT	Escuela	No	No
Mitchell-DiCenso et al. <sup>98</sup>	McMaster Teen Program	Escuela	No	No
Smith, Weinman y Parrilli <sup>104</sup>	Condom motivation education	Clínica de salud de adolescentes	No	No
Walter y Vaughan <sup>107</sup>	AIDS prevention curriculum	Escuela	No	No
Wang et al. <sup>108</sup>	Comprehensive sex education	Comunidad	No	No
Wight et al., <sup>109</sup> Henderson et al. <sup>110</sup>	SHARE	Escuela	No	No
Allen et al. <sup>84</sup>	Teen Outreach Program	Escuela	Sí	Sí
Cowan et al., <sup>86</sup> Cowan et al. <sup>87</sup>	Regai Dzive Shiri	Escuela, comunidad, servicios sanitarios	Sí	Sí
DiClemente et al. <sup>89</sup>	SIHLE	Agencia de salud comunitaria	Sí	Sí
DiClemente et al. <sup>90</sup>	HORIZONS	Clínica	Sí	Sí
Dupas <sup>91</sup>	Relative Risk Information Campaign	Escuela	Sí	Sí
Jewkes et al. <sup>94</sup>	Stepping Stones	Comunidad	Sí	Sí
Nicholson and Postrado <sup>99</sup>	Girls Inc. Preventing Adolescent Pregnancy Program	Organización basada en la comunidad	Sí	No
Philliber et al. <sup>100</sup>	Children's Aid Society—Carrera Program	Agencia de jóvenes basada en la comunidad	Sí	Sí
Ross et al. <sup>101</sup> (también Obasi et al.; <sup>102</sup> Doyle et al. <sup>103</sup> )	MEMA kwa Vijana	Escuela, comunidad, servicios sanitarios	Sí	No
Thurman et al. <sup>105</sup> (también Shain et al. <sup>106</sup> )	Project SAFE	Clínica de salud pública	Sí	Sí

Como se mencionó anteriormente, los ensayos controlados aleatorizados tuvieron mucha más probabilidad de detectar reducciones significativas en las ITS, embarazo o maternidad que los diseños de cohorte longitudinal. Si observamos el contenido de género y poder de solamente los 15 programas evaluados con un diseño de ensayo controlado aleatorizado, 89% (8 de 9) de los programas que abordaron el género o poder tuvieron un efecto benéfico, comparado con 33% (2 de 6) de los que no lo hicieron (Figura 1). Un mayor tamaño de muestra también ayudó a detectar un efecto. Aun así, si solo se consideran las 16 evaluaciones con tamaños de muestra mayores de 500, el 86% (6 de 7) de los programas con componente de género y poder condujeron a reducciones significativas en ITS o embarazo, en comparación con el 11% (1 de 9) que carecieron de ese componente. Un patrón similar se encuentra para la duración del seguimiento: de los 17 estudios que tuvieron seguimiento de un año o más posterior a la intervención, 78% (7 de 9) de los programas que abordaron el género o poder redujeron los resultados de salud adversos, en comparación con el 25% (2 de 8) que no lo hicieron. Y, cuando se consideraron solamente los 14 estudios publicados a partir de 2000, se encontró que 88% (7 de 8) de los programas que abordaron el género o el poder fueron efectivos en la disminución de las ITS o del embarazo, en comparación con el 33% (2 de 6) de los programas que no lo hicieron.

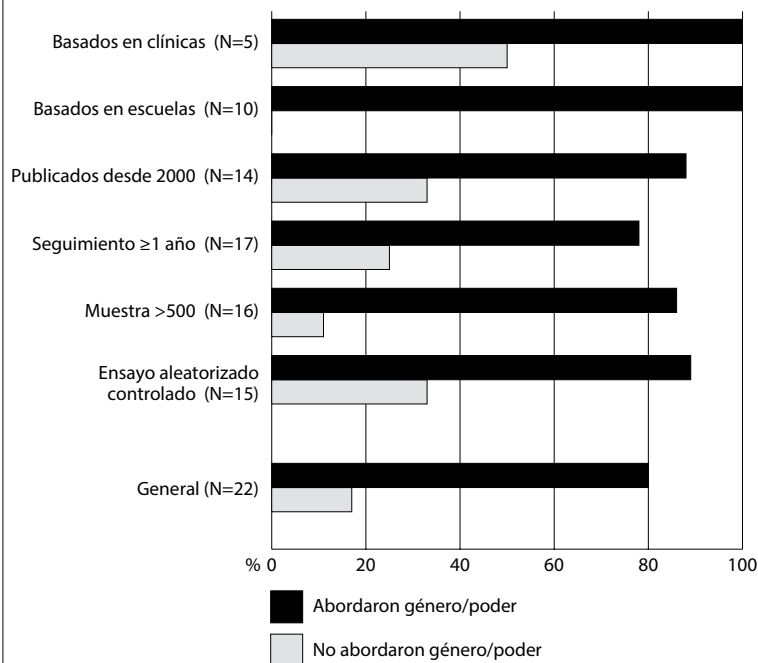
En términos del entorno, solamente dos de 10 programas basados en escuelas produjeron una disminución significativa en el embarazo, maternidad o ITS. Estos también fueron los únicos dos programas basados en escuela que abordaron el género o el poder. Los programas basados en clínicas tuvieron mucho más probabilidad de reducir los resultados adversos para la salud que los implementados en otros entornos, con cuatro de cinco programas basados en clínicas que demostraron su efectividad. Los tres programas basados en clínicas que abordaron el género o poder tuvieron un efecto positivo, mientras que solamente uno de los otros dos programas tuvo algún efecto.

En general, el contenido de género o poder sigue siendo consistentemente una característica importante de los programas efectivos, incluso cuando se consideran otras variables.

### ¿Son estos resultados producto de la casualidad?

Otra pregunta que surge es si los resultados de este análisis de género podría ser producto de la casualidad. De hecho, una crítica<sup>26</sup> que se ha hecho de las listas de “programas que funcionan” es que los programas que demuestran un solo efecto positivo —lo que podría indicar que un resultado se logró por casualidad— son clasificados típicamente como programas “basados en evidencia y efectivos”. Con el objeto de examinar si los hallazgos relacionados con la importancia de abordar el género y el poder podrían haber ocurrido por casualidad, las evaluaciones categorizadas como efectivas fueron examinadas en busca de evidencia de otros efectos positivos, como un aumento en los repor-

**FIGURA 1. Porcentaje de programas efectivos que abordaron el género y el poder versus el porcentaje de programas efectivos que no lo hicieron, por características seleccionadas**



tes de uso de condón, menor número de parejas, mayor autoeficacia y reducciones en la violencia de pareja íntima. Entre los ocho programas que abordaron el género y el poder y que, además, demostraron disminuciones significativas en el embarazo o ITS, los ocho también encontraron efectos benéficos independientes y significativos en la conducta, actitudes u otros resultados deseables de salud o sociales reportados. La mayoría reportaron varios efectos positivos adicionales. En contraste, de los dos programas que no abordaron el género o el poder y que encontraron un efecto significativo en los resultados de salud (i.e., disminuciones en las ITS, embarazo o ITS y embarazo como resultado combinado), solamente uno de ellos también tuvo efectos positivos en las conductas, conocimientos y autoeficacia reportados;<sup>93</sup> el otro programa no tuvo efecto en ninguna de las conductas de riesgo autoreportadas (parejas múltiples, parejas casuales o uso inconsistente del condón).<sup>85</sup> Nueve de 10 programas que encontraron reducciones en los embarazos o ITS también demostraron disminuciones en otros factores de riesgo; y, por lo tanto, altamente improbable que su efecto en los resultados de salud ocurriera por casualidad. El único programa “efectivo” que consideró las ITS y el embarazo como un resultado combinado, pero que no mostró una disminución en otras conductas de riesgo, no abordó el género o el poder.

### ¿De qué forma los programas exitosos abordan el género y el poder?

Finalmente, esta revisión buscó identificar las cualidades específicas de un programa de género y poder que podría contribuir a resultados positivos. A pesar del pequeño

número de programas, surgieron algunas características comunes. Además de los enfoques pedagógicos interactivos y centrados en el educando señalados anteriormente, estos elementos incluyeron:

- **Atención explícita al género o poder en las relaciones.** Este enfoque incluye dotar a los maestros con contenido, actividades y vocabulario específicos para explorar los estereotipos de género y las desigualdades de género en las relaciones íntimas. Algunos también proporcionan instrucciones explícitas para manejar el acoso sexual u homofóbico sutil y no sutil. Un notable contraste es el programa SHARE.<sup>109</sup> Aunque los autores del estudio consideraron cuidadosamente la forma en la que el poder y las normas de género se relacionan con la conducta sexual,<sup>113,114</sup> el propio currículo no proporciona actividades explícitas o herramientas para que los maestros involucren a los educandos en estos temas. La evaluación no encontró efecto alguno en el embarazo o en las conductas reportadas.

- **Fomento del pensamiento crítico sobre la forma en que las normas de género de poder se manifiestan y operan.** Dependiendo del contexto local, este elemento podría incluir el examen crítico y el análisis de imágenes de mujeres en los medios visuales y la música,<sup>89,90,100</sup> prácticas dañinas como el matrimonio temprano,<sup>94</sup> disparidades de poder en las relaciones causadas por diferencias económicas o de edad,<sup>91,94</sup> o la manera en que algunas de las diferencias en las formas en que hombres y mujeres expresan su sexualidad son el resultado de estereotipos de género.<sup>84</sup>

- **Fomento de la reflexión personal.** Se da a los participantes oportunidades para reflexionar sobre la forma en que los factores contextuales de género y poder se relacionan con su propia vida, sus relaciones sexuales o su salud. El *Teen Outreach Program*, por ejemplo, pide a los participantes que piensen sobre la forma en la que los mensajes sobre género afectan sus relaciones, sexuales ya de otro tipo.<sup>84</sup> SIHLE, HORIZONS, Stepping Stones, el programa Children's Aid Society-Carrera y Project Safe exploran la forma en la que el poder opera en las relaciones y por qué dificulta la protección de la propia salud.<sup>89,90,94,100,105</sup> Las formas en las que los programas fomentan ese tipo de reflexión varían. Algunos usan ejercicios de escritura personal, otro pide a los participantes que piensen en sus relaciones presentes y pasadas a la vez que participan en un juego sobre tipos de relación y situaciones, y otros proporcionan breves estudios de caso y facilitan las discusiones acerca de la forma en la que la desigualdad de poder y los guiones sexuales de género influyen en el uso del condón. Muchos programas también abordan la coerción sexual y la violencia de pareja íntima.<sup>84,89,90,94</sup> En contraste, el currículo multianual MEMA kwa Vijana's, que no disminuyó las ITS o el embarazo, tiene una sola sesión sobre género pero se enfoca en la igualdad de habilidades de hombres y mujeres, en lugar de dar el siguiente paso para ayudar a los participantes a reflexionar sobre la forma en la que las normas de género y los estereotipos afectan las relaciones, el poder, la salud sexual y reproductiva o el VIH. De hecho, en un proceso de evaluación del programa y de reflexión sobre las barre-

ras y facilitadores del cambio los autores concluyen que la intervención no abordó de manera suficiente los factores sociales o estructurales sistémicos, entre ellos el género.<sup>115</sup>

- **Valoración de uno mismo y reconocimiento del propio poder.** Reconocer el propio poder para causar un cambio en la propia vida, relación o comunidad es otro tema consistentemente recurrente en los programas exitosos de género y poder. Por ejemplo, el Programa Teen Outreach incorpora a los participantes en el servicio comunitario,<sup>84</sup> y el programa Children's Aid Society-Carrera está sustentado en la creencia en el 'potencial puro' de los participantes.<sup>100</sup> Algunos programas para mujeres tienen el propósito de fomentar el orgullo de género.<sup>89,90,105</sup> Muchos ponen énfasis en el poder, la fortaleza, el auto respeto y la capacidad de realización de las mujeres jóvenes.<sup>89,91,94,105</sup> En entornos en donde las estructuras sociales diferenciadas por raza podrían afectar el propio sentido de autoestima, algunos programas entretienen el orgullo de género con el orgullo étnico o racial. Por ejemplo, en los Estados Unidos, SIHLE fomenta el orgullo de las mujeres jóvenes por ser de raza negra y mujeres, e incluye lecturas y análisis de poesía de escritoras famosas de raza negra.<sup>89</sup>

Estas cualidades—abordar el género y el poder explícitamente, usando enfoques de enseñanza participativos y basados en el educando, alentar tanto el pensamiento crítico como la reflexión personal, acerca de cómo estos conceptos afectan la vida y las relaciones de la vida propia de una persona y valorar el potencial propio como individuo y agente de cambio—se superponen y refuerzan entre sí, lo cual ayuda a los educandos a aplicar el contenido a sus propias vidas sexuales y reproductivas.

## DISCUSIÓN

Los resultados casi opuestos de los programas que abordan el género y el poder en comparación con los programas que no lo hacen es notable. Este hallazgo es consistente con la teoría, así como con el acervo de evidencia que vincula el género, el poder y la violencia de pareja íntima con los resultados de salud sexual y reproductiva, incluido el VIH. Estos resultados también hacen eco del creciente y frecuente llamado a dar atención a los múltiples factores contextuales que dan forma a la conducta sexual en las personas adolescentes.<sup>30,66,67,116,117</sup> De hecho, la revisión de programas para la reducción de riesgos sexuales en adolescentes en Sudáfrica, realizados por Harrison y colegas, no se limitó a observar las conductas a nivel individual y concluyeron que abordar los factores contextuales como el género y la pobreza era importante para el éxito de los programas.<sup>22</sup> Estos hallazgos también son consistentes con las revisiones de otros tipos de programas más diversos—es decir, revisiones que incluyeron diferentes tipos de intervenciones, no solamente las que se enfocaron en adolescentes y que se basaron en grupos y currículo. Estas revisiones han encontrado que los programas que abordan el género o el poder tienen efectos positivos en la salud sexual y reproductiva—incluidos el conocimiento, las actitudes, el cambio de conducta reportada y los resultados

para la salud.<sup>118,119</sup>

Una limitación importante de esta revisión, como en todas las revisiones, es la posibilidad de no haber incluido algunos estudios elegibles. Si bien los recursos disponibles no permitieron la revisión minuciosa de bases de datos adicionales como Psyc-INFO y CINAHL, múltiples bases de datos fueron analizadas concienzudamente y las referencias de 36 revisiones y meta-análisis (la mayoría de los cuales eran en sí mismos producto de amplias búsquedas) fueron revisadas manualmente. Es, por lo tanto, probable que la mayoría, si no todos, los estudios elegibles hayan sido identificados. Otras varias limitaciones comunes a las revisiones sistemáticas fueron abordadas: al establecer un estándar alto para la medición de la efectividad—el logro de resultados positivos de salud—esta revisión evita el inconveniente relacionado con la confiabilidad de actitudes y cambio de conducta autoreportados—. La desventaja de asegurar una muestra de estudios con resultados más confiables, sin embargo, es que usar un estándar más alto podría de alguna forma haber sesgado los tipos de intervenciones incluidas. Algunas posibles variables explicativas como la duración del programa, el diseño del estudio, el enfoque pedagógico o la inclusión de componentes programáticos adicionales no parecen constituir factores de confusión de los efectos observados. Finalmente, la posibilidad de incluir hallazgos casuales se redujo al examinar los efectos en el rango de indicadores que midieron las evaluaciones.

Esta revisión proporciona sólida evidencia de que el contenido sobre género y poder en las relaciones íntimas debe ser considerado como una característica clave de una educación en sexualidad y VIH efectiva. Muchos de los programas que abordaron el género y el poder y que redujeron significativamente el embarazo y las ITS, compartieron los siguientes elementos: abordaron el género y el poder de manera explícita, usaron enfoques de enseñanza participativa y centrados en el educando, facilitaron el pensamiento crítico acerca del género y el poder en el ámbito social de los participantes, fomentaron la reflexión personal acerca de la forma en que estos conceptos afectan la propia vida y las relaciones y ayudaron a los participantes a valorar su propio potencial como personas y como agentes de cambio.

Las otras evaluaciones de impacto rigurosas que comparen modelos con o sin un sólido enfoque de género y poder, y que incluyan un control, desde luego aportarían elementos adicionales a esta discusión. Sin embargo, hasta que ese conjunto de conocimientos esté disponible, la teoría, la evidencia de antecedentes y la evidencia de evaluaciones revisada aquí, todo lo cual apunta a la importancia del género y el poder, proporcionan un argumento poderoso y persuasivo para un cambio hacia programas que pongan atención en el género y el poder—o lo que podría denominarse un enfoque de “empoderamiento” a la educación en sexualidad.<sup>120</sup>

También hay implicaciones para la investigación. Esta revisión coincide de manera importante con las recomendaciones de otros investigadores en cuanto al uso de resul-

tados biológicos como medida de la eficacia cuando sea aplicable y factible; y de proveer un mayor detalle al reportar las intervenciones y condiciones de control.<sup>20,22,27,30–34</sup> Para impulsar una mayor comprensión del impacto potencial para la gente joven de la educación en sexualidad y VIH que aborda el género y el poder, debe incluirse una gama más amplia de indicadores en los estudios de evaluación. Estos indicadores incluyen variables explicativas y de resultado que miden actitudes de género, capacidad de realización, poder en las relaciones, habilidades de pensamiento crítico, violencia de pareja íntima, participación cívica o en incidencia política, ambiente y seguridad escolar, resultados escolares y conectividad escolar. Hacer esto nos permitirá una mejor comprensión de las rutas a través de las cuales opera la intervención, así como expandir la visión de lo que la educación en sexualidad y VIH pueden ayudar a lograr. Específicamente, puede aumentar las probabilidades de que la gente joven tenga relaciones caracterizadas por la igualdad, el respeto y la ausencia de violencia, así como provocar los beneficios que tales características conllevan para una multitud de otros resultados.

## REFERENCIAS

1. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, *Vigilancia de las Enfermedades de Transmisión Sexual 2013*, Atlanta, GA, EE.UU.: U.S. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, 2014.
2. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), *All In #EndAdolescentAIDS*, Ginebra: ONUSIDA, 2015, [http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/20150217\\_ALL\\_IN\\_brochure.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20150217_ALL_IN_brochure.pdf).
3. ONUSIDA, *Informe Mundial: Informe de ONUSIDA sobre la epidemia mundial de SIDA 2013*, Ginebra: ONUSIDA, 2013.
4. Erulkar AS y Muthengi E, Evaluation of Berhane Hewan: a program to delay child marriage in rural Ethiopia, *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 2009, 35(1):6–14.
5. Pronyk PM et al., Effect of a structural intervention for the prevention of intimate-partner violence and HIV in rural South Africa: a cluster randomised trial, *Lancet*, 2006, 368(9551):1973–1983.
6. Baird SJ et al., Effect of a cash transfer programme for schooling on prevalence of HIV and herpes simplex type 2 in Malawi: a cluster randomised trial, *Lancet*, 2012, 379(9823):1320–1329.
7. Naciones Unidas (UN), *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*, Nueva York: UN, 1995.
8. UN, Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, *Declaración de Beijing y Plataforma para la Acción*, 1995, <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/platform>.
9. UN Comisión sobre la Población y el Desarrollo, Resolución 2009/1 (párr. 7) E/CN.9/2009/5, [http://www.un.org/en/development/desa/population/commission/pdf/42/CPD42\\_Res2009-1.pdf](http://www.un.org/en/development/desa/population/commission/pdf/42/CPD42_Res2009-1.pdf).
10. UN Comisión sobre la Población y el Desarrollo, Resolución 2012/1 Adolescentes y juventud (párr.26) E/CN.9/2012/8, [http://www.un.org/en/development/desa/population/pdf/commission/2012/country/Agenda%20item%208/Decisions%20and%20resolution/Resolution%202012\\_1\\_Adolescents%20and%20Youth.pdf](http://www.un.org/en/development/desa/population/pdf/commission/2012/country/Agenda%20item%208/Decisions%20and%20resolution/Resolution%202012_1_Adolescents%20and%20Youth.pdf).
11. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), *UNFPA Marco de Acción sobre Adolescentes y Jóvenes: Las cuatro llaves para abrir las puertas a los jóvenes*, Nueva York: UNFPA, 2007.
12. ONUSIDA, *Llegar a cero: Estrategia del ONUSIDA 2011–2015*, Ginebra: ONUSIDA, 2010.

13. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), *Estrategia de la UNESCO para responder al VIH y el SIDA*, París: UNESCO, 2011.
14. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Oficina de Salud de los Adolescentes, Prevención del embarazo en adolescentes, [http://www.hhs.gov/ash/oah/oah-initiatives/teen\\_pregnancy/about/](http://www.hhs.gov/ash/oah/oah-initiatives/teen_pregnancy/about/).
15. República de Namibia, *National Strategic Framework for HIV and AIDS Response in Namibia 2010/11-2015/16*, Windhoek, Namibia: Solitaire Press, 2010.
16. UNESCO Bangkok, *Review of Policies and Strategies to Implement and Scale Up Sexuality Education in Asia and the Pacific*, Bangkok: UNESCO Bangkok, 2012.
17. Chin HB et al., The effectiveness of group-based comprehensive risk-reduction and abstinence education interventions to prevent or reduce the risk of adolescent pregnancy, human immunodeficiency virus and sexually transmitted infections: two systematic reviews for the Guide to Community Preventive Services, *American Journal of Preventive Medicine*, 2012, 42(3):272-294.
18. Fonner VA et al., School based sex education and HIV prevention in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis, *PLoS ONE*, 2014, doi: 10.1371/journal.pone.0089692.
19. Organización Mundial de la Salud y Centro Federal para la Educación en Salud (BZgA), *Standards for Sexuality Education in Europe: A Framework for Policy Makers, Educational and Health Authorities and Specialists*, Colonia, Alemania: BZgA, 2010, <http://www.bzga-whocc.de/pdf.php?id=061a863a0fd28218e4fe9e1b3f463b3>.
20. Sales JM, Milhausen RR y DiClemente RJ, A decade in review: building on the experiences of past adolescent STI/HIV interventions to optimise future prevention efforts, *Sexually Transmitted Infections*, 2006, 82(6):431-436.
21. DiClemente RJ y Crosby RA, Preventing sexually transmitted infections among adolescents: 'the glass is half full,' *Current Opinion in Infectious Diseases*, 2006, 19(1):39-43.
22. Harrison A et al., HIV prevention for South African youth: which interventions work? A systematic review of current evidence, *BMC Public Health*, 2010, doi: 10.1186/1471-2458-10-102.
23. Blank L et al., Systematic review and narrative synthesis of the effectiveness of contraceptive service interventions for young people, delivered in educational settings, *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 2010, 23(6):341-351.
24. Robin L et al., Behavioral interventions to reduce incidence of HIV, STD and pregnancy among adolescents: a decade in review, *Journal of Adolescent Health*, 2004, 34(1):3-26.
25. Oringanje C et al., Interventions for preventing unintended pregnancies among adolescents, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2009, Edición 4, No. CD005215.
26. Constantine NA, Intervention effectiveness research in adolescent health psychology: methodological issues and strategies, en: O'Donohue WT, Benuto LT y Woodward Tolle L, eds., *Handbook of Adolescent Health Psychology*, Nueva York: Springer, 2013, pp. 295-322.
27. Kirby DB, Laris BA y Rollieri LA, Sex and HIV education programs: their impact on sexual behaviors of young people throughout the world, *Journal of Adolescent Health*, 2007, 40(3):206-217.
28. Johnson BT et al., Interventions to reduce sexual risk for human immunodeficiency virus in adolescents: a meta-analysis of trials, 1985-2008, *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 2011, 165(1):77-84.
29. Jukes M, Simmons S y Bundy D, Education and vulnerability: the role of schools in protecting young women and girls from HIV in southern Africa, *AIDS*, 2008, 22(Supl. 4):S41-S56.
30. Ross DA, Behavioural interventions to reduce HIV risk: what works? *AIDS*, 2010, 24(Supl. 4):S4-S14.
31. Magnussen L et al., Interventions to prevent HIV/AIDS among adolescents in less developed countries: are they effective? *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 2004, 16(4):303-323.
32. Michielsens K et al., Effectiveness of HIV prevention for youth in sub-Saharan Africa: systematic review and meta-analysis of randomized and nonrandomized trials, *AIDS*, 2010, 24(8):1193-1202.
33. Underhill K, Operario D y Montgomery P, Systematic review of abstinence-plus HIV prevention programs in high-income countries, *PLoS Medicine*, 2007, doi: 10.1371/journal.pmed.0040275.
34. Napierala Mavedzenge SM, Doyle AM y Ross DA, HIV prevention in young people in sub-Saharan Africa: a systematic review, *Journal of Adolescent Health*, 2011, 49(6):568-586.
35. Mullen PD et al., Meta-analysis of the effects of behavioral HIV prevention interventions on the sexual risk behavior of sexually experienced adolescents in controlled studies in the United States, *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2002, 30(Supl. 1):S94-S105.
36. UNESCO, *Orientaciones Técnicas Internacionales sobre Educación en Sexualidad: Volumen I: Justificación de la educación en sexualidad*. París: UNESCO, 2009.
37. Rogov D y Haberland N, Sexuality and relationships education: toward a social studies approach, *Sex Education*, 2005, 5(4):333-344.
38. Braeken D et al., *IPPF Framework for Comprehensive Sexuality Education*, Londres: International Planned Parenthood Foundation, 2010.
39. UNFPA, *Directrices operacionales del UNFPA para la educación integral de la sexualidad: Un enfoque basado en los derechos humanos y género*, Nueva York: UNFPA, 2014.
40. UNFPA, *Comprehensive Sexuality Education: Advancing Human Rights, Gender Equality and Improved Sexual and Reproductive Health*, Bogotá, Colombia: UNFPA, 2010.
41. Haberland N y Rogov D, Sexuality education: emerging trends in evidence and practice, *Journal of Adolescent Health*, 2015, 56(Supl. 1):S15-S21.
42. Herat J et al., Missing the target: using standardised assessment tools to identify gaps and strengths in sexuality education programmes in West and Central Africa, paper presented at the 20th International AIDS Conference, Melbourne, Australia, 20 a 25 de julio de 2014.
43. Connell RW, *Gender and Power: Society, the Person and Sexual Politics*, Stanford, CA, EE.UU.: Stanford University Press, 1987.
44. Wingood GM y DiClemente RJ, Application of the theory of gender and power to examine HIV-related exposures, risk factors and effective interventions for women, *Health Education & Behavior*, 2000, 27(5):539-565.
45. Pulerwitz J, Gortmaker SL y DeJong W, Measuring sexual relationship power in HIV/STD research, *Sex Roles*, 2000, 42(7/8):637-660.
46. Zambrana RE et al., Latinas and HIV/AIDS risk factors: implications for harm reduction strategies, *American Journal of Public Health*, 2004, 94(7):1152-1158.
47. Impett EA, Schooler D y Tolman DL, To be seen and not heard: femininity ideology and adolescent girls' sexual health, *Archives of Sexual Behavior*, 2006, 35(2):131-144.
48. Tang CS, Wong CY y Lee AM, Gender-related psychosocial and cultural factors associated with condom use among Chinese married women, *AIDS Education and Prevention*, 2001, 13(4):329-342.
49. Karim AM et al., Reproductive health risk and protective factors among unmarried youth in Ghana, *International Family Planning Perspectives*, 2003, 29(1):14-24.
50. Pleck JH, Sonenstein FL y Ku LC, Masculinity ideology: its impact on adolescent males' heterosexual relationships, *Journal of Social Issues*, 1993, 49(3):11-29.
51. Santana MC et al., Masculine gender roles associated with increased sexual risk and intimate partner violence perpetration among young adult men, *Journal of Urban Health*, 2006, 83(4):575-585.

52. Dunkle KL et al., Gender-based violence, relationship power and risk of HIV infection in women attending antenatal clinics in South Africa, *Lancet*, 2004, 363(9419):1415–1421.
53. Raiford JL, Seth P y DiClemente RJ, What girls won't do for love: human immunodeficiency virus/sexually transmitted infections risk among young African-American women driven by a relationship imperative, *Journal of Adolescent Health*, 2013, 52(5):566–571.
54. Jewkes RK et al., Intimate partner violence, relationship power inequity and incidence of HIV infection in young women in South Africa: a cohort study, *Lancet*, 2010, 376(9734):41–48.
55. Hess KL et al., Intimate partner violence and sexually transmitted infections among young adult women, *Sexually Transmitted Diseases*, 2012, 39(5):366–371.
56. Seth P et al., Intimate partner violence and other partner-related factors: correlates of sexually transmissible infections and risky sexual behaviours among young adult African American women, *Sexual Health*, 2010, 7(1):25–30.
57. Wingood GM et al., Dating violence and the sexual health of black adolescent females, *Pediatrics*, 2001, doi: 10.1542/peds.107.5.e72.
58. Miller E et al., Pregnancy coercion, intimate partner violence and unintended pregnancy, *Contraception*, 2010, 81(4):316–322.
59. Silverman JG et al., Dating violence against adolescent girls and associated substance use, unhealthy weight control, sexual risk behavior, pregnancy and suicidality, *Journal of the American Medical Association*, 2001, 286(5):572–579.
60. Zakar R et al., Intimate partner violence and its association with women's reproductive health in Pakistan, *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, 2012, 117(1):10–14.
61. Pallitto CC et al., Intimate partner violence, abortion, and unintended pregnancy: results from the WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence, *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, 2013, 120(1):3–9.
62. Silverman JG et al., Intimate partner violence and HIV infection among married Indian women, *Journal of the American Medical Association*, 2008, 300(6):703–710.
63. Kouyoumdjian FG et al., Intimate partner violence is associated with incident HIV infection in women in Uganda, *AIDS*, 2013, 27(8):1331–1338.
64. Paul-Ebhohimhen VA, Poobalan A y van Teijlingen ER, A systematic review of school-based sexual health interventions to prevent STI/HIV in sub-Saharan Africa, *BMC Public Health*, 2008, doi: 10.1186/1471-2458-8-4.
65. Underhill K, Operario D y Montgomery P, Abstinence-only programs for HIV infection prevention in high-income countries, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2007, Edición 4, No. CD005421.
66. McCoy SI, Kangwende RA y Padian NS, Behavior change interventions to prevent HIV infection among women living in low and middle income countries: a systematic review, *AIDS and Behavior*, 2010, 14(3):469–482.
67. Cowan F y Pettifor A, HIV in adolescents in sub-Saharan Africa, *Current Opinion in HIV and AIDS*, 2009, 4(4):288–293.
68. Mize SJ et al., Meta-analysis of the effectiveness of HIV prevention interventions for women, *AIDS Care*, 2002, 14(2):163–180.
69. Logan TK, Cole J y Leukefeld C, Women, sex and HIV: social and contextual factors, meta-analysis of published interventions, and implications for practice and research, *Psychological Bulletin*, 2002, 128(6):851–885.
70. DiClemente RJ et al., Psychosocial predictors of HIV-associated sexual behaviors and the efficacy of prevention interventions in adolescents at-risk for HIV infection: what works and what doesn't work? *Psychosomatic Medicine*, 2008, 70(5):598–605.
71. Albarracín D et al., A test of major assumptions about behavior change: a comprehensive look at the effects of passive and active HIV-prevention interventions since the beginning of the epidemic, *Psychological Bulletin*, 2005, 131(6):856–897.
72. Scott-Sheldon LAJ et al., Efficacy of behavioral interventions to increase condom use and reduce sexually transmitted infections: a meta-analysis, 1991 to 2010, *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2011, 58(5):489–498.
73. Darbes L et al., The efficacy of behavioral interventions in reducing HIV risk behaviors and incident sexually transmitted diseases in heterosexual African Americans, *AIDS*, 2008, 22(10):1177–1194.
74. Bennett SE and Assefi NP, School-based teenage pregnancy prevention programs: a systematic review of randomized controlled trials, *Journal of Adolescent Health*, 2005, 36(1):72–81.
75. Tan JY et al., A meta-analysis of the efficacy of HIV/AIDS prevention interventions in Asia, 1995–2009, *Social Science & Medicine*, 2012, 75(4):676–687.
76. Eaton LA et al., Meta-analysis of single-session behavioral interventions to prevent sexually transmitted infections: implications for bundling prevention packages, *American Journal of Public Health*, 2012, doi: 10.2105/AJPH.2012.300968.
77. Maticka-Tyndale E y Barnett JP, Peer-led interventions to reduce HIV risk of youth: a review, *Evaluation and Program Planning*, 2010, 33(2):98–112.
78. Lopez LM et al., Theory-based interventions for contraception, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2011, Edición 3, No. CD007249.
79. Lopez LM et al., Theory-based strategies for improving contraceptive use: a systematic review, *Contraception*, 2009, 79(6):411–417.
80. Crepaz N et al., The efficacy of HIV/STI behavioral interventions for African American females in the United States: a meta-analysis, *American Journal of Public Health*, 2009, 99(11):2069–2078.
81. Kirby D, *The Impact of Sex Education on the Sexual Behaviour of Young People*, Nueva York: Naciones Unidas Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población, 2011.
82. Cardoza VJ et al., Sexual health behavior interventions for U.S. Latino adolescents: a systematic review of the literature, *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 2012, 25(2):136–149.
83. Goesling B et al., Programs to reduce teen pregnancy, sexually transmitted infections and associated sexual risk behaviors: a systematic review, *Journal of Adolescent Health*, 2014, 54(5):499–507.
84. Allen JP et al., Preventing teen pregnancy and academic failure: experimental evaluation of a developmentally based approach, *Child Development*, 1997, 68(4):729–742.
85. Boyer CB et al., Evaluation of a cognitive-behavioral, group, randomized controlled intervention trial to prevent sexually transmitted infections and unintended pregnancies in young women, *Preventive Medicine*, 2005, 40(4):420–431.
86. Cowan FM et al., The Regai Dzive Shiri project: results of a randomized trial of an HIV prevention intervention for youth, *AIDS*, 2010, 24(16):2541–2552.
87. Cowan FM et al., The Regai Dzive Shiri Project: a cluster randomised controlled trial to determine the effectiveness of a multi-component community-based HIV prevention intervention for rural youth in Zimbabwe—study design and baseline results, *Tropical Medicine & International Health*, 2008, 13(10):1235–1244.
88. Coyle KK et al., All4You! A randomized trial of an HIV, other STDs and pregnancy prevention intervention for alternative school students, *AIDS Education and Prevention*, 2006, 18(3):187–203.
89. DiClemente RJ et al., Efficacy of an HIV prevention intervention for African American adolescent girls: a randomized controlled trial, *Journal of the American Medical Association*, 2004, 292(2):171–179.
90. DiClemente RJ et al., Efficacy of sexually transmitted disease/human immunodeficiency virus sexual risk-reduction intervention for African American adolescent females seeking sexual health services: a randomized controlled trial, *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 2009, 163(12):1112–1121.

91. Dupas P, Do teenagers respond to HIV risk information? Evidence from a field experiment in Kenya, *American Economic Journal: Applied Economics*, 2011, 3(1):1–34.
92. Fawole IO et al., A school-based AIDS education programme for secondary school students in Nigeria: a review of effectiveness, *Health Education Research*, 1999, 14(5):675–683.
93. Jemmott JB III et al., HIV/STD risk reduction interventions for African American and Latino adolescent girls at an adolescent medicine clinic: a randomized controlled trial, *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 2005, 159(5):440–449.
94. Jewkes R et al., Impact of Stepping Stones on incidence of HIV and HSV-2 and sexual behaviour in rural South Africa: cluster randomised controlled trial, *BMJ*, 2008, doi: 10.1136/bmj.a506.
95. Kirby D et al., Reducing the risk: impact of a new curriculum on sexual risk-taking, *Family Planning Perspectives*, 1991, 23(6):253–263.
96. Kirby D et al., An impact evaluation of project SNAPP: an AIDS and pregnancy prevention middle school program, *AIDS Education and Prevention*, 1997, 9(Supl.1):44–61.
97. Lieberman LD et al., Long-term outcomes of an abstinence-based, small-group pregnancy prevention program in New York City schools, *Family Planning Perspectives*, 2000, 32(5):237–245.
98. Mitchell-DiCenso A et al., Evaluation of an educational program to prevent adolescent pregnancy, *Health Education & Behavior*, 1997, 24(3):300–312.
99. Nicholson HJ y Postrado LT, A comprehensive age-phased approach: Girls Incorporated, en: Miller BC et al., eds., *Preventing Adolescent Pregnancy: Model Programs and Evaluations*, Newbury Park, CA: Sage Publications, 1992, pp. 110–138.
100. Philliber S et al., Preventing pregnancy and improving health care access among teenagers: an evaluation of the Children's Aid Society–Carrera program, *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 2002, 34(5):244–251.
101. Ross DA et al., Biological and behavioural impact of an adolescent sexual health intervention in Tanzania: a community-randomized trial, *AIDS*, 2007, 21(14):1943–1955.
102. Obasi AI et al., Rationale and design of the MEMA kwa Vijana adolescent sexual and reproductive health intervention in Mwanza Region, Tanzania, *AIDS Care*, 2006, 18(4):311–322.
103. Doyle AM et al., Long-term biological and behavioural impact of an adolescent sexual health intervention in Tanzania: follow-up survey of the community-based MEMA kwa Vijana Trial, *PLoS Medicine*, 2010, doi: 10.1371/journal.pmed.1000287.
104. Smith PB, Weinman ML y Parrilli J, The role of condom motivation education in the reduction of new and reinfection rates of sexually transmitted diseases among inner-city female adolescents, *Patient Education and Counseling*, 1997, 31(1):77–81.
105. Thurman AR et al., Preventing recurrent sexually transmitted diseases in minority adolescents: a randomized controlled trial, *Obstetrics & Gynecology*, 2008, 111(6):1417–1425.
106. Shain RN et al., A randomized, controlled trial of a behavioral intervention to prevent sexually transmitted disease among minority women, *New England Journal of Medicine*, 1999, 340(2):93–100.
107. Walter HJ y Vaughan RD, AIDS risk reduction among a multiethnic sample of urban high school students, *Journal of the American Medical Association*, 1993, 270(6):725–730.
108. Wang B et al., The potential of comprehensive sex education in China: findings from suburban Shanghai, *International Family Planning Perspectives*, 2005, 31(2):63–72.
109. Wight D et al., Limits of teacher delivered sex education: interim behavioural outcomes from randomised trial, *BMJ*, 2002, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC115856/>.
110. Henderson M et al., Impact of a theoretically based sex education programme (SHARE) delivered by teachers on NHS registered conceptions and terminations: final results of a cluster randomised trial, *BMJ*, 2007, doi: 10.1136/bmj.39014.503692.55.
111. Allen JP y Philliber S, Who benefits most from a broadly targeted prevention program? Differential efficacy across populations in the teen outreach program, *Journal of Community Psychology*, 2001, 29(6):637–655.
112. Michielsen K et al., Nothing as practical as a good theory? The theoretical basis of HIV prevention interventions for young people in sub-Saharan Africa: a systematic review, *AIDS Research and Treatment*, 2012, doi: 10.1155/2012/345327.
113. Wight D, Abraham C y Scott S, Towards a psycho-social theoretical framework for sexual health promotion, *Health Education Research*, 1998, 13(3):317–330.
114. Wight D y Abraham C, From psycho-social theory to sustainable classroom practice: developing a research-based teacher-delivered sex education programme, *Health Education Research*, 2000, 15(1):25–38.
115. Wight D, Plummer M y Ross D, The need to promote behaviour change at the cultural level: one factor explaining the limited impact of the MEMA kwa Vijana adolescent sexual health intervention in rural Tanzania. A process evaluation, *BMC Public Health*, 2012, doi: 10.1186/1471-2458-12-788.
116. Coates TJ, Richter L y Caceres C, Behavioural strategies to reduce HIV transmission: how to make them work better, *Lancet*, 2008, 372(9639):669–684.
117. DiClemente RJ, Salazar LF y Crosby RA, A review of STD/HIV preventive interventions for adolescents: sustaining effects using an ecological approach, *Journal of Pediatric Psychology*, 2007, 32(8):888–906.
118. Rottach E, Schuler SR y Hardee K, *Gender Perspectives Improve Reproductive Health Outcomes: New Evidence*, Washington, DC: Population Reference Bureau, 2009.
119. Blanc AK, The effect of power in sexual relationships on sexual and reproductive health: an examination of the evidence, *Studies in Family Planning*, 2001, 32(3):189–213.
120. Rogow D et al., Integrating gender and rights into sexuality education: field reports on using It's All One, *Reproductive Health Matters*, 2013, 21(41):154–166.

### Agradecimiento

La autora agradece a Debbie Rogow por sus valiosos comentarios y contribuciones para la conceptualización de este estudio. También agradece a Cecilia Choi, Michelle Skaer y Eleanor Timreck por su apoyo en la investigación. Esta investigación fue posible gracias a subvenciones de la Fundación Ford y la Fundación John D. and Catherine T. MacArthur.

**Dato de contacto con la autora:** [nhaberland@popcouncil.org](mailto:nhaberland@popcouncil.org)

**APÉNDICE CUADRO 1. Resumen de estudios incluidos**

Estudio	Entorno	Nombre y descripción de la intervención	Diseño del estudio y tamaño de la muestra	Población	Teorías	¿Usó un enfoque participativo centrado en el educando?	¿Se incluyó género o poder?	Duración de la intervención	Efecto significativo e independiente en				Otros resultados positivos significativos reportados
									ITS	Maternidad	Embarazo	ITS o embarazo combinados	
Allen et al., 1997 <sup>84</sup>	Estados Unidos; 25 sitios a nivel nacional; escuelas secundarias	Teen Outreach Program: programa de prevención del embarazo y falla escolar, incluye servicio voluntario, discusión en clase de experiencia en el servicio y sesiones de grupo con base en currículo	ECA; 695 participantes; seguimiento inmediato post-intervención	Estudiantes de secundaria de grados 9 a 12 (85% mujeres, 15% hombres); edad promedio, 15.8 años	Enfoque de desarrollo positivo de la juventud; establecer competencia y autonomía en un contexto de relaciones de apoyo con mentores adultos	Sí (incluidas las discusiones grupales, ejercicios, escenificación de roles, oradores invitados y servicio voluntario)	Sí	9 meses (año escolar)	NA	NA	+ (41% más bajo riesgo de embarazo en las mujeres)	NA	Reducciones en suspensión escolar e inasistencia a cursos (42% y 39%, respectivamente)
Boyer et al., 2005 <sup>85</sup>	Estados Unidos; Base de entrenamiento de reclutas Marines	FOCUS: Dirigido a prevenir las ITS, el VIH y embarazos no planeados con el mejoramiento de conocimiento sobre las ITS, VIH, SIDA, embarazo y anticoncepción; modificando creencias y actitudes que impactan la conducta sexual; y construyendo comunicación, rechazo y habilidades de uso del condón	ECA; 2,157 participantes; dos seguimientos: un mes posterior a la capacitación y 14 meses después de línea de base	Reclutas Marines mujeres; 54% en edades 17 a 18; 90% en edades de 21 o menos	Enfoque cognitivo conductual, enfocado en elementos claves de la información, motivación y el modelo de habilidades conductuales (MHC)	Sí (Discusiones grupales interactivas y ejercicios, auto-valoración de riesgos y videos)	No	Cuatro sesiones grupales de 2 horas	0	NA	0	+ (23.9% del grupo de control tuvo un embarazo no planeado o una ITS vs 17.9% del grupo de la intervención)	Ningún efecto importante en alguna conducta de riesgo autoreportada (parejas múltiples, parejas casuales o uso del condón). Entre las participantes sin experiencia sexual en la línea de base, los participantes de la intervención tuvieron menos probabilidad de tener múltiples parejas o parejas casuales
Cowan et al., 2010, <sup>86</sup> Cowan et al., 2008 <sup>87</sup>	Zimbabue; distritos rurales del sudeste; escuelas, comunidad, servicios de salud	Regai Dzive Shiri: Los programas para escuelas (usaron el currículo MEMA Kwa Vijana) añadiendo sesiones sobre temas de género, comunicación, autoconfianza y autoconciencia) y fuera de la escuela; programas comunitarios para padres y grupos de interés; clínicas amigables para jóvenes	ECA; 4,684 entrevistados; impacto medido en encuesta transversal de población; seguimiento: post intervención, es decir, cuatro años después de la línea de base	Estudiantes mujeres y hombres de escuela secundaria; edad promedio, 15 en línea de base; edad en encuesta final, 18 a 22	Teoría de aprendizaje social y etapas del modelo de cambio	Sí (participativo incluido teatro participativo, narración de relatos y dramatización)	Sí	Cuatro años	0 (ningún efecto en el VIH o VHS-2)	NA	+ (en las mujeres; reducción significativa en embarazos actuales o pasados reportados en la rama de la intervención)	NA	Para hombres: indicadores de conocimiento y actitud (control en el rechazo a la relación sexual y derechos en el matrimonio). Para mujeres: indicadores de conocimiento, autoeficacia con el condón, autoeficacia de auto pruebas de VIH, actitudes (sexo seguro y condones, empoderamiento de género) y capacidad de ir a la clínica si necesita anticoncepción

**APÉNDICE CUADRO 1. Resumen de estudios incluidos (continúa)**

Estudio	Entorno	Nombre y descripción de la intervención	Diseño del estudio y tamaño de la muestra	Población	Teorías	¿Usó un enfoque participativo centrado en el educando?	¿Se incluyó género o poder?	Duración de la intervención	Efecto significativo e independiente en				Otros resultados positivos significativos reportados
									ITS	Maternidad	Embarazo	ITS o embarazo combinados	
Coyle et al., 2006 <sup>88</sup>	Estados Unidos; condados urbanos en el norte de California; escuelas	All4You!: Currículo basado en habilidades para la prevención del VIH, ITS y embarazo, impartido en salones de clase y mediante actividades de aprendizaje en el servicio	Cluster ECA; 988 participantes; seguimientos: seis, 12 y 18 meses después de la línea de base	Estudiantes de secundaria (63% hombres, 37% mujeres); edades 14 a ≥18 años (>80% tenían entre 15 y 17 años)	Teoría cognitivo social, teoría de conducta planeada y teoría de desarrollo social	Sí (escenificación, videos, discusión grupal, práctica del uso correcto del condón y servicio voluntario)	No	Programa de 14 sesiones (cerca de 26 horas en total); nueve sesiones para currículo (13.5 horas) y cinco sesiones para aprendizaje en el servicio (12.5 horas)	NA	NA	0	NA	Mejoras en las 3 medidas del uso del condón a los 6 meses; no significativas a los 12 y 18 meses. Disminución en frecuencia de relaciones sexuales a los 6 meses. Disminución en parejas no estables sin condón a 18 meses. Aumento general en conocimientos sobre condón y VIH. Autoeficacia con el condón y actitudes y creencias sobre condones favorecieron controles. Ningún efecto en número de veces de pruebas de VIH y otras ITS
DiClemente et al., 2004 <sup>89</sup>	Estados Unidos; Birmingham, AL; agencias comunitarias de salud	SIHLE: Currículo basado en habilidades para la prevención del VIH con énfasis en género y orgullo étnico, conocimientos sobre VIH, comunicación, habilidades sobre uso del condón y relaciones saludables	ECA; 522 participantes; seguimientos seis y 12 meses	Mujeres adolescentes negras que buscan servicios en agencias comunitarias de salud; edades 14 a 18; edad promedio 16	Teoría cognitivo social y teoría de género y poder	Sí (sesiones grupales interactivas, incluida la lectura de poesía, escenificaciones, ensayo cognitivo, discusiones de grupo y prácticas de uso del condón)	Sí	Cuatro sesiones de 4 horas	+	NA	+	NA	Múltiple: aumentaron tres medidas de uso del condón; disminución de nuevas parejas; mejoras en el conocimiento del VIH, comunicación de pareja, autoeficacia en el uso del condón y habilidades observadas en el uso del condón, entre otros resultados

**APÉNDICE CUADRO 1. Resumen de estudios incluidos (continúa)**

Estudio	Entorno	Nombre y descripción de la intervención	Diseño del estudio y tamaño de la muestra	Población	Teorías	¿Usó un enfoque participativo centrado en el educando?	¿Se incluyó género o poder?	Duración de la intervención	Efecto significativo e independiente en				Otros resultados positivos significativos reportados
									ITS	Maternidad	Embarazo	ITS o embarazo combinados	
DiClemente et al., 2009 <sup>90</sup>	Estados Unidos; Atlanta, GA; clínicas teoría cognitivo social que proveen servicios de salud sexual a adolescentes	HORIZONS: Sesiones grupales de prevención de ITS y VIH; fomenta el sentido de orgullo cultural y de género; aborda factores individuales, relacionales y sociales que contribuyen al riesgo de contraer ITS y VIH; cupones de tamizaje y tratamiento de ITS para parejas masculinas; cuatro breves contactos telefónicos para reforzar la información sobre prevención	ECA; 715 participantes; seguimientos: seis y 12 meses	Mujeres de raza negra que acuden a clínicas de salud sexual; edades de 15 a 21; edad promedio, 17.8	Teoría cognitivo social y teoría de género y poder	Sí (interactivo; discusiones de grupo, escenificaciones, práctica de habilidades de comunicación y uso del condón)	Sí	Dos sesiones de 4 horas	+ (la intervención tuvo 35% menor riesgo de contraer clamidia; y RR 0.25 para clamidia recurrente; 0 para gonorrea y tricomoniasis)	NA	NA	NA	Aumentos en varias medidas de uso del condón; disminución de ducha vaginal; mayor comunicación con la pareja; mayor autoeficacia en uso del condón y mayor conocimiento sobre prevención de ITS y VIH
Dupas, 2011 <sup>91</sup>	Kenia; dos distritos rurales en Kenia occidental; escuelas	Campaña de información de Riesgo Relativo: video sobre "papitos dadivosos"; discusión del riesgo de relaciones sexuales transgeneracionales y datos desagregados por género y edad sobre prevalencia del VIH en ciudad cercana	ECA; 328 escuelas primarias; tres seguimientos: 5 a 8 meses, 9 a 12 meses, 10 a 14 meses	Estudiantes mujeres y hombres de octavo grado; edad promedio, 15	Ruta clara de cambio de conducta especificada	Sí (discusión grupal interactiva, pensamiento crítico, centrado en el educando)	Sí	40 minutos	No disponible	+ (28% disminución en maternidad)	No disponible	No disponible	Embarazos reducidos por parejas mayores en 62%; número reducido de parejas que son 5 años mayores
Fawole et al., 1999 <sup>92</sup>	Nigeria; Ibadan; escuelas	Educación integral en sexualidad: educación sobre VIH y SIDA dirigida a mejorar conocimientos y actitudes; y reducir conductas sexuales de riesgo; incluye demostración de uso del condón	Cohorte controlada longitudinal; 450 participantes; seguimiento: seis meses	Estudiantes mujeres y hombres de escuela secundaria pública; edad promedio, 17.6 (experimento) y 17.8 (control)	No especificado	Sí (filmes, escenificaciones, relatos, canciones, debates, ensayos y demostración de uso del condón)	No	Seis sesiones de 2 a 6 horas	0	NA	NA	NA	Conocimiento mejorado; actitudes sobre personas que viven con el SIDA mejoradas; algunas conductas reportadas mejoradas (número promedio de parejas sexuales y proporción de estudiantes que son sexualmente activos), pero sin cambio en uso del condón

**APÉNDICE CUADRO 1. Resumen de estudios incluidos (continúa)**

Estudio	Entorno	Nombre y descripción de la intervención	Diseño del estudio y tamaño de la muestra	Población	Teorías	¿Usó un enfoque participativo centrado en el educando?	¿Se incluyó género o poder?	Duración de la intervención	Efecto significativo e independiente en				Otros resultados positivos significativos reportados
									ITS	Maternidad	Embarazo	ITS o embarazo combinados	
Jemmott et al., 2005 <sup>93</sup>	Estados Unidos; Filadelfia, PA; clínica de medicina para adolescentes en un hospital infantil	Sisters Saving Sisters: currículo para reducción de riesgo de VIH e ITS basado en habilidades con énfasis en conocimientos, actitudes y habilidades para la negociación y uso del condón	ECA; 682 participantes; seguimientos: tres, seis y 12 meses	Mujeres negras y latinas que acuden a clínica de adolescentes; en edades de 12 a 19; edad promedio 15.5	Teoría de acción razonada, teoría cognitivo social y teoría de conducta planeada	Sí (interactivo y basado en habilidades, incluye ejercicios, juegos, discusiones grupales, práctica del uso correcto del condón y escenificaciones)	No	Una sesión de 4 a 5 horas	+ (un porcentaje más bajo tuvo resultados positivos para ITS a los 12 meses, al comparar grupo basado en habilidades vs. grupo de promoción de la salud [no hubo diferencia comparando grupo basado en habilidades vs. grupo de comparación de información de VIH/ITS])	NA	NA	NA	Múltiple: La comparación de grupo basado en habilidades vs. grupo de promoción de la salud también mostraron cambios positivos para uso del condón; número de parejas; conocimientos sobre VIH e ITS; intención de uso del condón; y confianza de que pueden usar condones con destreza
Jewkes et al., 2008 <sup>94</sup>	Sudáfrica; entorno rural, Cabo Oriental; comunidad	Stepping Stones: adaptado para Sudáfrica, programa participativo para la prevención del VIH que busca mejorar la salud sexual mediante la construcción de relaciones de género sólidas y más equitativas	ECA; 1,360 hombres, 1,416 mujeres; seguimientos: 12 y 24 meses	Mujeres y hombres en edades de 15 a 26; 75% en edad ≤19 (50% de ≤19 eran ≤17)	Modelo sociológico de cambio conductual	Sí (aprendizaje participativo, incluye reflexión crítica, escenificación y teatro; se inspira en la vida cotidiana de los participantes)	Sí	50 horas durante 6 a 8 semanas (13 sesiones de 3 horas de un solo sexo, tres reuniones con grupos de hombres y mujeres; una reunión comunitaria)	+ (33% reducción en la incidencia de VHS-2 para hombres y mujeres) 0 (de VIH para hombres y mujeres)	NA	0	NA	Menor porcentaje de hombres reportaron tener sexo transaccional a los 12 meses (desapareció a los 24 meses); un menor porcentaje de hombres reportó violencia de pareja íntima a los 24 meses

**APÉNDICE CUADRO 1. Resumen de estudios incluidos (continúa)**

Estudio	Entorno	Nombre y descripción de la intervención	Diseño del estudio y tamaño de la muestra	Población	Teorías	¿Usó un enfoque participativo centrado en el educando?	¿Se incluyó género o poder?	Duración de la intervención	Efecto significativo e independiente en				Otros resultados positivos significativos reportados
									ITS	Maternidad	Embarazo	ITS o embarazo combinados	
Kirby et al., 1991 <sup>95</sup>	Estados Unidos; California; escuelas secundarias	Reducing the Risk: El currículo se enfoca en conocimientos, actitudes y habilidades que ayudarán a los estudiantes a evitar las relaciones sexuales sin protección, ya sea a través de la abstinencia o usando condones o anticonceptivos	Cuasi-experimental; 758 participantes; seguimientos: seis y 18 meses	Estudiantes de secundaria (47% hombres, 53% mujeres); 56% en 10º grado; edad promedio, 15.3	Teoría del aprendizaje social, Teoría de inoculación social y teoría cognitiva conductual	Sí (interactivo, basado en habilidades, incluye escenificaciones, actividades y discusiones en clase)	No	16 sesiones de 45 a 50 minutos (en el momento de esta evaluación, el tema de reducción de riesgos fue de 15 sesiones)	NA	NA	0	NA	Mayor conocimiento y reducción de relaciones sexuales desprotegidas en mujeres que no tenían experiencia sexual en la línea de base (ningún efecto en la iniciación sexual o actividad sexual reciente; ningún efecto en el uso de anticonceptivos para la muestra completa)
Kirby et al., 1997 <sup>96</sup>	Estados Unidos, Los Ángeles, CA; escuelas de educación media	Project SNAPP: Programa de prevención del embarazo y VIH que pretende retrasar la iniciación sexual y aumentar el uso del condón entre los jóvenes que tienen relaciones sexuales; incluye aumentar el conocimiento, la comunicación y las habilidades de negociación y autoeficacia en relación con esas habilidades	ECA; 1,657 participantes; seguimientos: cinco y 17 meses	Clases de 7º grado (46% hombres, 54% mujeres); edad promedio, 12.3	Teoría del aprendizaje social y Modelo de Creencias de Salud (MCS)	Sí (interactivo y basado en habilidades, usa juegos, escenificaciones, actividades grupales y discusiones guiadas)	No	Ocho sesiones impartidas en un período de 2 semanas	0	NA	0	NA	El conocimiento aumentó y dos de 21 actitudes y creencias mejoraron; no hubo cambio en conductas sexuales o anticonceptivas o en el uso del condón
Lieberman et al., 2000 <sup>97</sup>	Estados Unidos; Nueva York, NY; escuelas de educación media	IMPACT: basado en grupos pequeños; pone énfasis en la abstinencia y analiza la anticoncepción; pretende proveer información precisa sobre sexualidad; embarazo y prevención de enfermedades; fortalecimiento de habilidades de comunicación; y creación de grupos de pares en apoyo de conductas saludables	Cohorte controlada longitudinal; 312 entrevistados; dos seguimientos: después de completar el programa y a los 12 meses	Estudiantes de educación media (67% mujeres, 33% hombres); edad promedio, 12.9	Modelo de grupo pequeño basado en la teoría cognitiva social	Sí (discusiones grupales, actividades, centradas en el educando, fortalece habilidades de comunicación)	No	12 a 14 sesiones de 35 a 45 minutos cada una, a lo largo de un semestre	NA	NA	0	NA	Aumentos en ubicación del control y variables de relación parental; sin cambio en autoeficacia, iniciación sexual o uso del condón

**APÉNDICE CUADRO 1. Resumen de estudios incluidos (continúa)**

Estudio	Entorno	Nombre y descripción de la intervención	Diseño del estudio y tamaño de la muestra	Población	Teorías	¿Usó un enfoque participativo centrado en el educando?	¿Se incluyó género o poder?	Duración de la intervención	Efecto significativo e independiente en				Otros resultados positivos significativos reportados
									ITS	Maternidad	Embarazo	ITS o embarazo combinados	
Mitchell-DiCenso et al., 1997 <sup>98</sup>	Canada; Hamilton, ON; escuelas	McMaster Teen Program: pequeños grupos mixtos; incluye información precisa sobre el sistema reproductivo y pubertad; ofrece estrategias para desarrollar relaciones responsables y habilidades de comunicación y solución de problemas; y proporciona práctica para implementar decisiones	ECA; 3,374 participantes; cinco seguimientos: inmediatamente después del programa y luego anualmente durante cuatro años	Estudiantes mujeres y hombres en los grados 7° y 8°; edad promedio, 12.6	Modelo cognitivo-conductual	Sí (aprender y practicar habilidades de toma de decisiones y solución de problemas)	No	10 sesiones de una hora	NA	NA	0	NA	No se reportaron efectos positivos
Nicholson y Postrado, 1992 <sup>99</sup>	Estados Unidos; Dallas, TX, Memphis, TN, Omaha, NE, y Wilmington, DE; comunidad	Girls Inc. Preventing Adolescent Pregnancy Program: Incluye "Growing Together" (para participantes y padres de familia con el fin de aumentar la comodidad y habilidad en la comunicación sobre sexualidad). "Will Power/ Won't Power" (capacitación en asertividad para posponer la iniciación sexual). "Taking Care of Business" (para aumentar la motivación de los participantes con el fin de evitar el embarazo a través de la educación y planeación de carrera) y "Health Bridge" (conecta a los participantes con servicios de salud, incluidos los de salud reproductiva)	Cohorte longitudinal con grupo de comparación; 343 participantes; seguimiento: 2 años	Mujeres adolescentes en sitios de Girls Inc.; 12 a 15 años de edad al inicio del estudio	Teoría del aprendizaje social y modelo de opciones de vida	Sí (interactivo, incluye ejercicios, escenificaciones y filmes)	Sí	Growing Together: cinco sesiones de 2 horas; Will Power/ Won't Power: seis sesiones de 2 horas; Taking Care of Business: nueve sesiones de 2 horas. Los participantes pueden integrarse en tantos programas como deseen	NA	NA	0 (Participación en uno o más componentes relacionados con la disminución de la probabilidad de quedar embarazada, pero marginalmente significativa)	NA	Sin cambios en tener relaciones sexuales sin control de la natalidad

**APÉNDICE CUADRO 1. Resumen de estudios incluidos (continúa)**

Estudio	Entorno	Nombre y descripción de la intervención	Diseño del estudio y tamaño de la muestra	Población	Teorías	¿Usó un enfoque participativo centrado en el educando?	¿Se incluyó género o poder?	Duración de la intervención	Efecto significativo e independiente en				Otros resultados positivos significativos reportados	
									ITS	Maternidad	Embarazo	ITS o embarazo combinados		
Philliber et al., 2002 <sup>100</sup>	Estados Unidos; Nueva York, NY; agencias juveniles que dan atención a poblaciones marginadas después del horario escolar	Children's Aid Society–Carrera: este programa se enfoca en la reducción del embarazo; usa un modelo de desarrollo juvenil (que incluye componentes de empleo, académicos, deportes individuales y de arte), combinado con educación integral en sexualidad, provisión de anticonceptivos y servicios médicos y de salud mental	RCT, 484 participantes; seguimiento: tres años	Adolescentes en desventaja (55% mujeres, 45% hombres); edades de 13 a 15 años	Enfoque positivo de desarrollo de la juventud; los principios incluyen el tratamiento de la familia y visualizar a cada persona joven como potencial puro—"una promesa" en lugar de "un riesgo"	Sí (incluye actividades interactivas, discusiones grupales y reflexión crítica)	Sí	3 años, todo el año, los participantes asisten alrededor de 16 horas al mes (actividades disponibles cinco días a la semana, alrededor de 3 horas diarias)	NA	NA (solo se hizo análisis bivariado; demasiado pocos nacimientos para analizar)	+	(las mujeres participantes tuvieron un tercio de la probabilidad de embarazarse que las mujeres de control; no hubieron diferencias entre los hombres)	NA	Las mujeres también redujeron la probabilidad de ser sexualmente activo y elevada probabilidad de haber usado condón y anticonceptivos hormonales; el hecho de haber recibido buenos servicios de salud fue significativo tanto para hombres como mujeres
Ross et al., 2007 <sup>101</sup> (también Obasi et al., 2006; <sup>102</sup> Doyle et al., 2010 <sup>103</sup> )	Tanzania; región rural de Mwanza; escuelas, comunidad, servicios de salud	MEMA kwa Vijana: Programa de multi-componentes para reducir el VIH, las ITS, el embarazo y las conductas sexuales de riesgo; incluye educación en sexualidad en escuelas (se enfoca en la provisión de información precisa, promoción de conductas específicas deseables y el abordaje de ideas equivocadas), servicios de salud sexual y reproductiva amigables para jóvenes, distribución de condones basada en la comunidad, actividades para elevar el nivel de conciencia en toda la comunidad	ECA; 9,645 participantes; seguimiento de cohorte a los tres años y encuesta transversal a los 9 años post intervención	Mujeres y hombres adolescentes en edades $\geq 14$ que cursaban los grados 4 a 6 en escuelas primarias gubernamentales, edad promedio, 15.7	Teoría del aprendizaje social	Sí (participativa, incluye teatro, relatos y juegos)	Sí (sí pero en forma limitada)	Tres años: 12 sesiones de 40 minutos por año (participantes iniciando el 7° grado recibieron solamente un año del componente basado en escuelas, quienes entran al 6° grado recibieron dos años y quienes entraron al 5° grado recibieron tres años)	– (aumento de gonorrea en el grupo de intervención a los tres años para mujeres, pero desapareció a los nueve años)	NA	0	NA	Aumento en conocimientos y actitudes sobre situaciones donde las mujeres pueden rehusarse a las relaciones sexuales (significativo a los tres años, no a los nueve); menos parejas para los hombres; más uso de condón reportado en dos medidas para hombres (significativo a los tres años, no a los nueve) y para mujeres en una medida (medida a los tres años diferente de la de nueve años)	

**APÉNDICE CUADRO 1. Resumen de estudios incluidos (continúa)**

Estudio	Entorno	Nombre y descripción de la intervención	Diseño del estudio y tamaño de la muestra	Población	Teorías	¿Usó un enfoque participativo centrado en el educando?	¿Se incluyó género o poder?	Duración de la intervención	Efecto significativo e independiente en				Otros resultados positivos significativos reportados	
									ITS	Maternidad	Embarazo	ITS o embarazo combinados		
Smith, Weinman y Parrilli, 1997 <sup>104</sup>	Estados Unidos; Houston, TX; clínicas de salud de adolescentes en hospitales públicos	Educación para motivación en uso del condón: grupo pequeño, se enfoca en prevención de ITS y uso del condón	Cohorte controlada longitudinal; 205 participantes; seguimiento: seis meses	Mujeres que acuden a clínica de salud de adolescentes; edad promedio, 17.3	Modelo de información, motivación y habilidades conductuales	Sí (incluyó juegos, entrenamiento para responder a parejas que se rehúsan a usar condones y demostración de uso del condón)	No	Una clase de 30 a 45 minutos	0	NA	NA	NA	No se reportaron otros resultados	
Thurman et al., 2008 <sup>105</sup> (también Shain et al., 1999 <sup>106</sup> )	Estados Unidos; San Antonio, TX; clínicas de salud pública	Project SAFE: intervención conductual basada en grupos; ayuda a que los participantes reconozcan el riesgo de contraer ITS, se comprometan a un cambio de conducta y adquieran las habilidades necesarias para provocar el cambio; cubre guiones sexuales de género, relaciones y poder	ECA; 148 entrevistados; seguimiento: seis a 12 meses	Mujeres negras y latinas que acuden a clínicas de salud pública; edades de 14 a 18	Modelo de creencias de salud, teoría de autoeficacia, modelos de toma de decisiones y teoría de difusión	Sí (escenificación, video interactivo, juegos y discusiones de grupo)	Sí	Tres sesiones de 3 horas	+	(intervención con menos probabilidad de tener una ITS (gonorrea o clamidia))	NA	NA	NA	Resultados conductuales que incluyen variables relacionadas con múltiples parejas y ducha vaginal
Walter et al., 1993 <sup>107</sup>	Estados Unidos; Nueva York, NY; escuelas secundarias	AIDS prevention curriculum: pretende mejorar conocimientos y creencias relacionadas con el SIDA y enseñar habilidades necesarias para aplicar conductas preventivas	Cohorte controlada longitudinal; 1,201 participantes; seguimiento: tres meses	Estudiantes de escuela secundaria pública (41.5% hombres, 58.5% mujeres); noveno y 11° grados; edad promedio, 15.7	Modelo de creencias de salud, teoría cognitivo social y modelo de influencia social	Sí (incluye aclaración de valores; escenificaciones; habilidades de negociación para retrasar la iniciación sexual y el uso de condones; y habilidades necesarias para obtener condones y usarlos correctamente)	No	Seis períodos de sesiones de 1 clase	0	NA	NA	NA	Efectos significativos para conocimiento, creencias (acerca de la susceptibilidad al VIH, beneficios y barreras de la prevención, normas sobre la participación en la prevención del SIDA), autoeficacia para aplicar acciones de prevención del SIDA y reducir niveles de conducta sexual de riesgo	

**APÉNDICE CUADRO 1. Resumen de estudios incluidos (continúa)**

Estudio	Entorno	Nombre y descripción de la intervención	Diseño del estudio y tamaño de la muestra	Población	Teorías	¿Usó un enfoque participativo centrado en el educando?	¿Se incluyó género o poder?	Duración de la intervención	Efecto significativo e independiente en				Otros resultados positivos significativos reportados
									ITS	Maternidad	Embarazo	ITS o embarazo combinados	
Wang et al., 2005 <sup>108</sup>	China; comunidad suburbana de Shanghai	Comprehensive sex education: cubre abstinencia, anticoncepción y conductas saludables y sexuales más seguras; incluye varios componentes individuales: facilitación de discusiones grupales; conferencias; videos; materiales informativos; provisión de servicios de salud reproductiva; consejería y anticonceptivos	Cohorte controlada longitudinal; 2,042 entrevistados; seguimiento: inmediatamente post intervención	Mujeres y hombres solteros; edades de 15 a 24; edad promedio, 18.5 (54–57% eran ≤18)	No indicada	No es claro, posiblemente limitado (las discusiones grupales cubrieron el uso correcto del condón, habilidades necesarias en la negociación sexual y toma de decisiones, pero los métodos de enseñanza no fueron especificados)	No	20 meses	NA	NA	0	NA	Efecto significativo para la reducción de sexo bajo coerción, mayor uso de anticonceptivos y mayor uso del condón
Wight et al., 2002 <sup>109</sup> (también Henderson et al., 2007 <sup>110</sup> )	Reino Unido; Escocia; escuelas	SHARE: pretende reducir los embarazos no deseados, reducir el sexo no seguro y mejorar la calidad de las relaciones sexuales; incluye sesiones sobre relaciones, anatomía masculina y femenina, imagen corporal positiva, embarazo, anticoncepción, ITS, condones, habilidades de comunicación, resistencia a la presión para tener relaciones sexuales, embarazo y paternidad, y negociación del uso del condón	ECA; 5,854 entrevistados; seguimiento: dos y 4.5 años	Dos cohortes sucesivas de estudiantes mujeres y hombres cursando el tercer año de escuela secundaria; edades de 13 a 14	Modelos cognitivos psicosociales e interpretaciones sociológicas	Sí (trabajo de grupo reducido, juegos, video interactivo y escenificación)	No	20 sesiones: 10 en tercer año de escuela secundaria y 10 en el cuarto año	NA	NA	0	NA	No hubo diferencias en resultados conductuales; los hombres reportaron menos arrepentimiento del primer coito con la pareja más reciente; los puntajes de conocimientos sobre salud sexual aumentaron para hombres y mujeres

Notas: ECA= Ensayo Controlado Aleatorizado. NA=No analizado.