

ASOCIACIÓN ENTRE NIVEL EDUCATIVO Y SALUD SEXUAL DE JÓVENES CHILENOS DE 15 A 29 AÑOS

ASSOCIATION BETWEEN EDUCATIONAL LEVEL AND SEXUAL HEALTH OF CHILEAN YOUTH BETWEEN 15 AND 29 YEARS OF AGE

RESUMEN

La salud sexual de jóvenes puede verse impedida o dificultada en su desarrollo por barreras educativas. Este artículo analiza una barrera educativa para el desarrollo de la salud sexual de jóvenes chilenos entre 15 y 29 años: el nivel educativo. Se realizó un análisis secundario de la Novena Encuesta Joven del Instituto Nacional de la Juventud, consistente en análisis descriptivos, asociación de las variables a través de la prueba Chi-cuadrado y el cálculo de Odds Ratio. Los resultados indican que quienes tienen estudios de enseñanza básica completa o incompleta tienden a no usar métodos anticonceptivos en la última relación sexual, tienen bajos niveles de conocimiento sobre las formas de transmisión de VIH, y más altos niveles de violencia en la pareja. Se discute la necesidad de extender la cobertura de los programas de educación sexual para brindar una educación de calidad que permita un mayor bienestar sexual en jóvenes.

Palabras claves. salud sexual; conducta sexual; derechos sexuales; educación sexual.

ABSTRACT

The sexual health of young people can be impeded or hampered in their development by educational barriers. This paper analyses an educational barrier for the development of sexual health in young Chileans between 15 and 29 years of age: educational level. A secondary analysis of the Ninth Youth Survey of the National Institute of Youth was carried out, consisting of descriptive analysis, association of variables through the Chi-square test and the calculation of Odds Ratio. The results indicate that those who have complete or incomplete basic education tend not to use contraceptive methods in the last sexual intercourse, have low levels of knowledge about the forms of HIV infection, and higher levels of violence in the relationship. The need to extend the coverage of sex education programs to provide quality education that allows greater sexual well-being in young people is discussed.

Keywords. sexual health; sexual behavior; reproductive rights; sex education.

INTRODUCCIÓN

La salud sexual corresponde a un concepto multi-dimensional referido al bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad^{1,2}. En cuanto directriz global de desarrollo humano³ se instala como una serie de desafíos a los Estados para garantizar las condiciones para su fomento⁴ en base a sistemas de seguimiento periódicos⁵. Al respecto, la Política de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud de Chile⁶ articula esfuerzos por la reducción del embarazo adolescente y de infecciones de transmisión sexual (ITS) con un énfasis en el virus de inmunodeficiencia humana (VIH)⁷. Mientras que la investigación en el plano nacional se ha centrado en producir indicadores desde una óptica de factores de riesgo individuales, tales como la edad de inicio sexual, rendimiento académico, consumo de sustancias, entre otros⁸⁻¹¹.

Frente a esta situación, se torna necesario complementar el abordaje individual desde una perspectiva que puntualice en factores socio-estructurales, es decir, desarrollar investigaciones que aporten evidencias necesarias para la mejora de servicios estatales que focalicen en garantizar el acceso a un bienestar sexual de la población¹². Dentro de dichos factores, destaca la educación⁷ como una de las aristas principales para el desarrollo de políticas vinculadas a la salud sexual de la población a partir de la estrategia de la educación sexual¹³⁻¹⁷.

No obstante, en el plano educativo existen una serie de barreras al aprendizaje y la participación¹⁸ que obstaculizan una serie de procesos educativos excluyendo a ciertos sujetos y grupos. En este terreno, destaca la existencia de una barrera de acceso a los contenidos de educación sexual caracterizada por la cobertura que garantiza el Estado chileno^{19,20}, la cual solamente es obligatoria durante la enseñanza media^{21,22}.

Esta situación adquiere mayor relevancia al considerar que estudios previos muestran una marcada tendencia nacional por un inicio sexual cada vez más temprano tanto en hombres como en mujeres^{11,12} y con una diferencia de género cada vez más estrecha entre ambos grupos²³, que no está siendo abarcada por el sistema educativo. La evidencia nacional destaca que la menor cantidad de años de estudio constituye una barrera en el desarrollo de la salud sexual⁹, mientras que la evidencia internacional puntualiza en la importancia de la educación sexual en edades tempranas como un factor relevante para una óptima salud sexual de la población²⁴.

En virtud de lo anterior, el presente estudio analiza la asociación existente entre el nivel educativo y una serie de indicadores de salud sexual de jóvenes chilenos sexualmente activos entre 15 y 29 años.

MATERIALES Y MÉTODOS

Participantes. Se efectuó un análisis de datos secundarios provenientes de la Novena Encuesta Nacional de Juventud desarrollada por el Instituto Nacional de la Juventud (INJUV) en el año 2018. La muestra estuvo constituida por 9500 jóvenes, hombres y mujeres, de entre 15 y 29 años residentes en todas las regiones del país, tanto en zonas urbanas como rurales. Se aplicó un muestreo probabilístico, polietápico y estratificado para la selección de participantes con un criterio de proporcionalidad entre regiones.

En esta investigación solamente se emplearon los datos de aquellos jóvenes sexualmente activos. De tal manera, la muestra final estuvo compuesta por N=6668 participantes sexualmente activos de entre 15 y 29 años con una media de 23.65 (SD=3.86).

Instrumento. Se emplearon los índices educativos y referidos a salud sexual de la Novena Encuesta de Juventud de la INJUV. En términos de las variables educativas se consideró el último nivel educativo alcanzado agrupado en cuatro grupos: 1) educación básica completa o incompleta, 2) educación media científico-humanista completa o incompleta, 3) educación media técnico-profesional completa o incompleta, y 4) estudios superiores o de postgrado.

Las variables de salud sexual incorporadas fueron el uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual (no/si) y en la última (no/si); el contagio de alguna ITS (si/no); el conocimiento de tres formas de transmisión de VIH reales (no/si) y el reconocimiento de las formas tres falsas de transmisión (no/si). Asimismo, incorporando elementos sociales de la salud sexual, se consideró haber experimentado violencia en la pareja en términos físico (si/no), psicológicos (si/no), sexuales (si/no), económicos (si/no) y cibernéticos (si/no).

Plan de análisis. Los datos del estudio fueron analizados por medio del software estadístico Jamovi 1.1.9.0. En primer lugar, se realizó un análisis estadístico descriptivo para la caracterización de las variables. Luego se analizó la asociación entre las variables referidas a la salud sexual con el nivel educativo, por medio del uso de tablas de contingencia y coeficiente chi-cuadrado para evaluar inicialmente el nivel de asociación entre variables. Con ello, y a través del cálculo de Odds

Ratio (OR) en aquellas asociaciones que resultaron significativas, se analizó la razón de probabilidad de ocurrencia las variables referidas a la salud sexual en virtud del nivel educativo alcanzado. Las significancias estadísticas fueron consideradas por un valor $p < .05$.

RESULTADOS

Análisis descriptivo. En primer lugar, de acuerdo al nivel educativo, la muestra estuvo compuesta mayoritariamente por quienes tenían estudios superiores o de postgrado (48.9%), seguido por el grupo que había cursado o cursaba enseñanza media científico-humanista (30.7%) y técnico-profesional (15.7%). En último lugar, se encontraban quienes tenían estudios de enseñanza básica completa o incompleta con un 4.7%.

En cuanto a las variables referidas a la salud sexual, la Tabla 1 sistematiza la distribución de frecuencias de las respuestas de los participantes. Destaca el bajo porcentaje de uso de métodos anticonceptivos tanto en la primera como en la última relación con un 27% y 21.5%, respectivamente. Asimismo, el bajo conocimiento de formas reales y falsas de transmisión de VIH con un 57.3% y 55.22% de tres de respuestas correctas cada una.

Asociación entre salud sexual y nivel educativo. En la Tabla 2 se sistematiza los resultados descriptivos de las variables de educación sexual desagregados de acuerdo al nivel educativo de los participantes, además de incorporar los resultados de la asociación entre las variables por medio de la prueba Chi-cuadrado. Tal como se aprecia, tanto el uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual como las violencias psicológica, sexual, económica y cibernética no presentan una asociación estadísticamente significativa en función del nivel educativo.

Tabla 1: Distribuciones de frecuencias de variables relativas a la salud sexual

Variable	No	Si	Total
MAC. P.	73.0%	27.0%	100.0% (6668)
MAC. U.	78.5%	21.5%	100.0% (6668)
ITS	96.5%	3.5%	100.0% (5930)
VIH. R.	42.70%	57.3%	100.0% (6668)
VIH. F.	44.8%	55.2%	100.0% (6668)
V. Fis.	93.0%	7.0%	100.0% (4009)
V. Psi.	86.7%	13.3%	100.0% (4008)
V. Sex.	98.4%	1.6%	100.0% (3393)
V. Eco.	95.7%	4.3%	100.0% (4002)
V. Cib.	96.4%	3.6%	100.0% (3997)

MAC. P. = Uso de métodos anticonceptivo en la primera relación sexual; MAC. U. = Uso de métodos anticonceptivos en la última relación sexual; ITS = Contagio de alguna infección de transmisión sexual; VIH R. = Conocimiento de tres formas reales de transmisión de VIH; VIH F. = Conocimiento de tres formas falsas de transmisión de VIH; V. Fis = Violencia física en la pareja; V. Psi. = Violencia psicológica en la pareja; V. Sex. = Violencia sexual en la pareja; V. Eco. = violencia económica en la pareja; V. Cib. = Violencia cibernética en la pareja

Tabla 2: Frecuencias de variables referidas a la salud sexual según nivel educativo

N.E.	MAC. P. $\chi^2(3, N=6661)=7,279, p.=.064$			MAC. U.** $\chi^2(3, N=6661)=13.390, p.=.004$			ITS*** $\chi^2(3, N=5925)=19.628, p.<.001$			VIH R.*** $\chi^2(3, N=6661)=31.537, p.<.001$		
	No	Si	Total	No	Si	Total	No	Si	Total	No	Si	Total
EGB	79.6 %	20.4 %	100.0 % (313)	85.9 %	14.1 %	100.0 % (313)	98.6 %	1.4 %	100.0 % (279)	56.5 %	43.5 %	100.0 % (313)
EMCH	72.7 %	27.3 %	100.0 % (2047)	79.2 %	20.8 %	100.0 % (2047)	97.6 %	2.4 %	100.0 % (1815)	44.1 %	55.9 %	100.0 % (2047)
EMTP	72.2 %	27.8 %	100.0 % (1043)	77.9 %	22.1 %	100.0 % (1043)	97.0 %	3.0 %	100.0 % (913)	41.9 %	58.1 %	100.0 % (1043)
ES	72.9 %	27.1 %	100.0 % (3258)	77.4 %	22.6 %	100.0 % (3258)	95.5 %	4.5 %	100.0 % (2918)	40.7 %	59.3 %	100.0 % (3258)
Total	73.0 %	27.0 %	100.0 % (6661)	78.5 %	21.5 %	100.0 % (6661)	96.5 %	3.5 %	100.0 % (5925)	42.7 %	57.3 %	100.0 % (6661)
NE	VIH M.*** $\chi^2(3, N=6661)=248.733, p.<.001$			V. Fis.* $\chi^2(3, N=4008)=8.236, p.=.041$			V. Psi. $\chi^2(3, N=4007)=4.306, p.=.230$			V. Sex. $\chi^2(3, N=3992)=1.408, p.=.704$		
	No	Si	Total	No	Si	Total	No	Si	Total	No	Si	Total
EGB	62.6 %	37.4 %	100.0 % (313)	88.3 %	11.7 %	100.0 % (206)	84.0 %	16.0 %	100.0 % (206)	97.5 %	2.5 %	100.0 % (204)
EMCH	51.4 %	48.6 %	100.0 % (2047)	92.7 %	7.3 %	100.0 % (1240)	87.4 %	12.6 %	100.0 % (1239)	98.4 %	1.6 %	100.0 % (1238)
EMTP	56.2 %	43.8 %	100.0 % (1043)	93.6 %	6.4 %	100.0 % (636)	88.4 %	11.6 %	100.0 % (637)	98.7 %	1.3 %	100.0 % (635)
ES	35.4 %	64.6 %	100.0 % (3258)	93.6 %	6.4 %	100.0 % (1926)	86.0 %	14.0 %	100.0 % (1925)	98.4 %	1.6 %	100.0 % (1915)
Total	44.8 %	55.2 %	100.0 % (6661)	93.0 %	7.0 %	100.0 % (4008)	86.7 %	13.3 %	100.0 % (4007)	98.4 %	1.6 %	100.0 % (3992)
NE	V. Eco. $\chi^2(3, N=4001)=1.267, p.=.737$			V. Cib. $\chi^2(3, N=3996)=1.778, p.=.620$								
	No	Si	Total	No	Si	Total						
EGB	94.1 %	5.9 %	100.0 % (205)	95.1 %	4.9 %	100.0 % (205)						
EMCH	95.8 %	4.2 %	100.0 % (1238)	96.1 %	3.9 %	100.0 % (1236)						
EMTP	95.6 %	4.4 %	100.0 % (637)	96.9 %	3.1 %	100.0 % (637)						
ES	95.8 %	4.2 %	100.0 % (1921)	96.6 %	3.4 %	100.0 % (1918)						
Total	95.7 %	4.3 %	100.0 % (4001)	96.4 %	3.6 %	100.0 % (3996)						

N.E. = Nivel educativo; EGB = Educación general básica; EMCH = Enseñanza media científico-humanista; EMTP = Enseñanza media técnico-profesional; ES = Educación superior. MAC. P. = Uso de métodos anticonceptivo en la primera relación sexual; MAC. U. = Uso de métodos anticonceptivos en la última relación sexual; ITS = Contagio de alguna infección de transmisión sexual; VIH R. = Conocimiento de tres formas reales de trasmisión de VIH; VIH F. = Conocimiento de tres formas falsas de transmisión de VIH; V. Fis. = Violencia física en la pareja; V. Psi. = Violencia psicológica en la pareja; V. Sex. = Violencia sexual en la pareja; V. Eco. = violencia económica en la pareja; V. Cib. = Violencia cibernética en la pareja. *Significativo con un valor $p.<.05$; **significativo con un valor $p.<.01$; ***significativo con un valor $p.<.001$

La Tabla 3 presenta los resultados del cálculo de OR en función del nivel educativo para aquellas variables que evidenciaron tener una asociación estadísticamente significativa. En primer lugar, destaca que la razón entre quienes reportan no usar algún tipo de método anticonceptivo en la última relación sexual versus quienes sí, es 1.602 (IC95%: 1.145 – 2.242) mayor en el grupo con estudios de enseñanza básica completa o incompleta en comparación con quienes cursan o han cursado la enseñanza media científico-humanista, así como 1.730 (IC95%: 1.218 – 2.456) veces mayor en comparación quienes cursan o han cursado la enseñanza media técnico profesional, y 1.784 (IC95%: 1.284 – 2.480) en comparación con el grupo con estudios superiores o de postgrado.

Por otro lado, la razón entre quienes reportan haberse contagiado de algún tipo de ITS versus quienes no, es .307 (IC95%: .113 - .836) veces menor en el grupo que solamente tiene estudios de enseñanza básica en comparación quienes cuentan con estudios superiores o de postgrado.

La razón entre identificar 2 o menos formas falsas de transmisión de VIH versus identificar 3 correctamente es 1.581 (IC95%: 1.238 – 2.020) veces mayor en quienes tienen estudios de enseñanza básica completa o incompleta en comparación con quienes tienen estudios de enseñanza media científico-humanista, 1.306 (IC95%: 1.008 – 1.694) veces mayor en comparación con el grupo de educación media técnico profesional, y 3.062 (IC95%: 2.409 – 3.893) veces mayor en el grupo de estudios superiores o de postgrado.

Finalmente, la razón entre haber experimentado violencia física en la pareja versus no haberla experimentado es 1.685 (IC95%: 1.046 – 2.714) veces mayor en quienes tienen estudios de enseñanza básica completa o incompleta en comparación con quienes tienen estudios de enseñanza media científico-humanista, 1.914 (IC95%: 1.126 – 3.253) veces mayor en comparación con el grupo de educación media técnico profesional, y 1.916 (IC95%: 1.206 – 3.044) veces mayor en el grupo de estudios superiores o de postgrado.

Tabla 3: Odds ratio entre nivel educativo y variables de salud sexual

N.E.	Salud Sexual				
	MAC. U.	ITS	VIH. R.	VIH. F.	V. Fis.
	OR	OR	OR	OR	OR
	IC95%	IC95%	IC95%	IC95%	IC95%
EGB	1	1	1	1	1
EMCH	1,602 (1.145 - 2.242)**	.585 (.209 - 1.641)	1.652 (1.300 - 2.100)***	1.581 (1.238 - 2.020)***	1.685 (1.046 - 2.714)*
EMTP	1.730 (1.218 - 2.456)**	.477 (.166 - 1.375)	1.805 (1.398 - 2.329)***	1.306 (1.008 - 1.694)*	1.914 (1.126 - 3.253)*
ES	1.784 (1.284 - 2.480)***	.307 (.113 - .836)*	1.894 (1.498 - 2.394)***	3.062 (2.409 - 3.893)***	1.916 (1.206 - 3.044)**

N.E., Nivel Educativo; EGB, Educación General Básica = 0; EMCH, Educación Media Científico Humanista = 1; EMTP, Educación Media Técnico Profesional = 3; ES, Estudios Superiores = 4. OR, Odds ratio; IC, Intervalo de Confianza. MAC. U.: Uso de métodos anticonceptivos en la última relación sexual (0 = Si, 1 = No). ITS: Contagio de ITS (0 = No, 1 = Si). VIH R.: Conocimiento de tres formas reales de transmisión de VIH (0 = Si, 1 = No). VIH. F.: Conocimiento de tres formas falsas de transmisión de VIH (0 = Si, 1 = No). V. Fis.: Violencia física en la pareja (0 = No, 1 = Si). *Significativo con un valor p<.05; **significativo con un valor p<.01; ***significativo con un valor p<.001.

DISCUSIÓN

La investigación es concordante con los estudios previos realizados a nivel nacional^{17,23} y se evidencian indicadores alarmantes respecto de las prácticas de riesgo y el manejo de información como factor protector. En este sentido destaca que solo 2 de cada 10 jóvenes usó algún tipo de método anticonceptivo en su última relación sexual y que 6 de cada 10 reconocen correctamente tres formas reales y falsas de transmisión de VIH.

Sin embargo, lo anterior contrasta con una baja tasa de contagios de ITS en términos generales, la cual abarca solamente el 3.5% de los casos. Asimismo, se evidencian bajos índices de violencia en la pareja, siendo el más frecuente la violencia psicológica presente en el 13.3% de las ocasiones, seguido de la violencia física con un 7% y la violencia económica con un 4.3%.

Particularizando sobre el análisis de la asociación del nivel educativo y la salud sexual en jóvenes chilenos, es posible concluir que la política actualmente vigente, al centrarse exclusivamente en educación media^{22,23}, es una de las principales barreras que produce exclusión de la formación en materia de sexualidad a niños y niñas desde edades tempranas^{19,20}. En esta línea, se evidencia que el grupo con estudios de enseñanza básica completa o incompleta muestra tener la menor frecuencia de uso de métodos anticonceptivos en la última relación sexual en comparación con el resto de los niveles educativos. La misma situación se repite en el reconocimiento de las formas de transmisión reales y estereotipadas de VIH. Mientras que tiene la frecuencia más alta de experiencias de violencia física en la pareja.

Estos antecedentes, se corresponden con estudios previos al indicar la necesidad de implementar planes y programas de educación sexual desde los primeros niveles educativos^{9,29}, más aún en la población nacional que ha experimentado una tendencia por un inicio sexual cada vez más temprano^{11,23}. En virtud de ello, las apuestas por extender la cobertura de la educación sexual cobran una gran relevancia en el país como apuesta por garantizar el acceso como un primer nivel relevante para fomentar el bienestar sexual¹². Al respecto, cabe destacar que recientemente la Cámara de Diputados de Chile, por falta de quorum, rechazó la tramitación de un proyecto de ley de educación sexual enfocado esta extensión de la cobertura, perpetuando la exclusión sistemática que ha existido en esta materia en el país.

Finalmente, es importante destacar los resultados de la asociación entre el nivel educativo y el reporte de contagio de ITS, donde se evidencia que el grupo con un menor porcentaje de contagio es el compuesto por quienes tienen estudios de enseñanza básica completa o incompleta, mientras que el más alto es el grupo con estudios superiores o de postgrado. Esto se expresa en que la razón de proporción entre el no uso versus el uso es de .0307 veces menor en el grupo de enseñanza básica en comparación con el grupo de estudios superiores. Cuestión que abre la discusión hacia cuáles son los factores que llevan al grupo con más estudios a tener reportar más contagios, entre los cuales se puede encontrar un abandono de la educación superior en estas materias^{21,22}.

Agradecimiento

Se agradece al Instituto Nacional de la Juventud (IN-JUV) por poner a disposición pública la base de datos que posibilita la investigación.

Fuente de financiamiento

La investigación se realiza bajo el apoyo de la Beca Doctorado Nacional N° 21201606 de la Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo (ANID).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Measuring sexual health: conceptual and practical considerations and related indicators. Geneva: WHO; 2010.
2. World Health Organization. Defining sexual health. Report of technical consultation on sexual health. 28-31 January 2002, Geneva. Geneva: WHO; 2006.
3. United Nations. Report of the International Conference on Population and Development. El Cairo, 5-13 September 1994. New York: UN; 1995.
4. Artilles LA. A diez años de El Cairo y Beijing. Rev Cub Salud Publica. 2006;32(1):1-9.
5. Galdos S. La Conferencia de El Cairo y la afirmación de los derechos sexuales y reproductivos como base para la salud sexual y reproductiva. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2013;30(3):455-460.
6. Chile. Ministerio de Salud. Política Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva [Internet]. Santiago: MINSAL; 2018 [consultado el 20 oct 2020]. Disponible es: https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2018/03/POLITICA-NACIONAL-DE-SALUD-SEXUAL-Y-REPRODUCTIVA-.pdf.

7. Cubillos J. Los marcos interpretativos en la política chilena de salud sexual y reproductiva. *Papers*. 2019;104(4):635-660.
8. González E, Molina T. Inicio sexual en contexto de sexo casual y su asociación a comportamientos de riesgo en salud sexual y reproductiva en adolescentes. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2019;84(1):7-17.
9. González, E, Molina, T, Montero, A, Martínez, V. Factores asociados al inicio sexual en adolescentes de ambos sexos de nivel socioeconómico medio-bajo de la Región Metropolitana. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2013;78(1):4-13.
10. González, E, Molina, T, Montero, A, Martínez, C, Leyton, C. Comportamientos sexuales y diferencias de género en adolescentes usuarios de un sistema público de salud universitario. *Rev Med Chile*. 2007;135(10):1261-1269.
11. Leal I, Molina T, Luttge C, González E, González D. Edad de inicio sexual y asociación a variables de salud sexual y violencia en la relación de pareja en adolescentes chilenos. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2018;83(2):149-160.
12. Collumbien M, Busza J, Cleland J, Campbell O. *Social science methods for research on sexual and reproductive health*. Geneva: WHO; 2012.
13. Macintyre A, Montero A, Sagbakken, M. From disease to desire, pleasure to the pill: a qualitative study of adolescent learning about sexual health and sexuality in Chile. *BMC Public Health*. 2015;15(1):1-14.
14. Macintyre A, Montero, A, Sagbakken, M. Sexuality? A million things come to mind": reflections on gender and sexuality by Chilean adolescents. *Reprod Health Matters*. 2015;23(46):85-95.
15. Montero A. Educación sexual: un pilar fundamental en la sexualidad de la adolescencia. *Rev Med Chile*. 2011;139(10):1249-1252.
16. Obach, A, Sadler, M, Jofré, N. Salud sexual y reproductiva de adolescentes en Chile: el rol de la educación sexual. *Rev Salud Pública*. 2017;19(6):848-854.
17. Castro-Sandoval, G, Carrasco-Portiño, M, Solar-Bustos, F, Catrien-Carrillo, M, Garcés-González, C, Marticoarena-Guajardo, C. Impacto de las políticas de educación sexual en la salud sexual y reproductiva adolescente en el sur de Chile, periodo 2010-2017. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2019;84(1):28-40.
18. Booth, T, Ainsco, M. *Guía para la inclusión educativa: desarrollando el aprendizaje y la participación en las escuelas*. Santiago: CSIE-FCF; 2012.
19. Arenas, L. *Aportes para una historia de la educación sexual en Chile (1990-2016)*. Buenos Aires: La Porfiada Editorial; 2016.
20. Dides, C, Fernández, C. *Primer informe. Salud Sexual y Salud Reproductiva y Derechos Humanos en Chile. Estado de la situación 2016* [Internet]. Santiago: Fundación MILES; 2016 [consultado el 20 oct 2020]. Disponible en: http://www.mileschile.cl/documentos/Informe_DDSSRR_2016_Miles.pdf
21. *Aprueba reglamento para el ejercicio del derecho a recibir educación, información y orientación en materia de regulación de la fertilidad del 2011*. Decreto N° 49 (28 mar, 2013).
22. *Fija normas sobre información, orientación y prestaciones en materia de regulación de la fertilidad del 2010*. Ley 20.418 (2 feb, 2010).
23. Instituto Nacional de la Juventud. *8va Encuesta Nacional de Juventud, 2015*. Santiago: Gobierno de Chile; 2015.
24. Sánchez A, Baena M. Educación sexual: ¿qué etapa formativa es idónea para iniciarla, en base al nivel de conocimientos alcanzado por alumnos universitarios de Murcia?. *Docencia e Investigación*. 2017;(27):59-80.