

Efectividad de un programa de promoción de la salud sexual y de prevención de violencia de género en adolescentes*

FELIPE HURTADO MURILLO^{1,6}, FRANCISCO DONAT COLOMER^{2,6}, ROSA M. PELLICER FARO^{3,6}, AMPARO ROYO MARTÍNEZ^{4,6}, JAZMÍN RIPOLL PERELLÓ^{5,6}

RESUMEN

Estudio de intervención antes-después realizado en cuatro colegios, sobre una muestra de 202 estudiantes de segundo de bachillerato y ciclos formativos de grado medio. La intervención se hizo mediante sesiones educativas en grupos de 20-25 sujetos, con programación secuencial de conocimientos y actitudes. Los resultados reflejaron la eficacia del programa ya que tras su aplicación, se produjo un aumento significativo en las tasas de conocimientos y de actitudes afectivo-sexuales con independencia del sexo, tipo de colegio o de enseñanza. PALABRAS CLAVE: salud sexual, educación afectivo-sexual, adolescencia, violencia de género, prevención.

ABSTRACT

EFFECTIVENESS OF A PROGRAM FOR THE PROMOTION OF SEXUAL HEALTH AND THE PREVENTION OF GENDER VIOLENCE IN ADOLESCENTS. This paper describes a before-afterwards intervention study undertaken in four schools with a sample of 202 students from second year high school and formative cycles grades. The intervention was carried out by means of educational sessions in groups of 20-25 subjects with sequential programming of knowledge and attitudes. The results reflected the effectiveness of the program as after its application a significant increase in the rates of knowledge and of affective-sexual attitudes, with independence of the sex, type of school or teaching, took place. KEY WORDS: sexual health, affective-sexual education, adolescence, gender violence, prevention.

RESUM

EFFECTIVITAT D'UN PROGRAMA DE PROMOCIÓ DE LA SALUT SEXUAL I DE PREVENCIÓ DE LA VIOLÈNCIA DE GÈNERE EN ADOLESCENTS. Estudi d'intervenció abans-després en quatre col·legis, sobre una mostra de 202 estudiants de segon de batxiller i cicles formatius de grau mitjà. La intervenció es va fer mitjançant sessions educatives en grups de 20-25 subjectes, amb programació seqüencial de coneixements i actituds. Els resultats van reflectir l'eficàcia del programa ja que després de l'aplicació, es va produir un augment significatiu en les taxes de coneixements i d'actituds afectivosexuals amb independència del sexe, tipus de col·legi o d'ensenyament. PARAULES CLAU: salut sexual, educació afectivosexual, adolescència, violència de gènere, prevenció.

Los medios de comunicación informan continuamente sobre múltiples casos de violencia de género dirigida por el hombre contra la mujer. Los datos disponibles

sugieren que entre un 20 y un 50% de mujeres han sufrido actos de violencia en una relación de pareja y, que un 25% han vivido o viven una situación de violen-

* Accésit del II Premio de Investigación en Salud Mental Infantil y Juvenil convocado por esta revista.

1. Doctor en Psicología, especialista en Psicología Clínica y Sexología. 2. Doctor en Medicina, especialista en Ginecología y Obstetricia. 3. Diplomada Universitaria en Enfermería. Matrona. 4. Licenciada en Pedagogía. 5. Licenciada en Medicina. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. 6. Centro de Salud "Fuente San Luis". Valencia. Agencia Valenciana de Salud. Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana.

Correspondencia: hurtado_fel@gva.es

Efectividad de un programa de promoción de la salud sexual y de prevención...

cia (WHO, 1996, 1998; Eriksson, 1997); siendo importante señalar que las relaciones violentas se gestan desde sus comienzos, durante el noviazgo (Barnett, Miller-Perrin y Perrin, 1997).

Desde la década de los setenta se viene observando un aumento de este tipo de violencia y, aunque en los últimos años han aumentado considerablemente los conocimientos sobre su epidemiología, existen serias lagunas sobre los planteamientos basados en la evidencia en el ámbito de la atención primaria, relacionados con la prevención de la misma (Nadine Wathen, Harriet y MacNillan, 2003). Hay pocos estudios que hayan examinado la efectividad de las intervenciones educativas dirigidas a la juventud, como estrategias de prevención primaria para evitar la violencia de género posterior (Walther, 1986; Jaffe et al., 1992; Krajewski et al., 1996).

Ahora bien, la comparación de experiencias entre diferentes países, demuestra que la prevención efectiva de las conductas de riesgo sexual en adolescentes, es el resultado de acciones intersectoriales en las que medios de comunicación, sistema educativo y atención sanitaria tienen un papel complementario (Aggleton, Oliver y Rivers, 1999; UNICEF, 2001; Boonstra, 2002). Existen evidencias de la efectividad de los programas educativos en el medio escolar, tanto en el incremento de conocimientos como en el aumento de mayores habilidades comunicativas y de negociación (Frost y Darroch Forrest, 1995; Meyrick y Swan, 2001; Landrey et al., 2003; Pedlow y Carey, 2003; Robin et al., 2004).

Partiendo de los conocimientos publicados, sobre la efectividad de realizar intervenciones educativas programadas con adolescentes escolarizados, tanto para la promoción de la salud sexual como para la prevención de los distintos problemas que les afectan, nos hemos planteado como hipótesis de trabajo, que la transmisión secuencial tanto de conocimientos sexuales y de género correctos, como de actitudes afectivo-sexuales adecuadas mediante un programa educativo ajustado a necesidades evolutivas son medidas preventivas eficaces frente a la violencia de género.

En base a ello, nuestro objetivo ha sido doble: por un lado, evaluar en el alumnado de segundo de bachillerato y de ciclos formativos de grado medio los conocimientos y actitudes sobre violencia de género en la relación de pareja y, por otro, la efectividad del programa utilizado para aumentar conocimientos y mejorar tanto las actitudes como las habilidades sociales (comunicación,

asertividad, toma de decisiones y solución de conflictos).

Material y método

Hemos realizado un estudio multicéntrico de intervención antes-después, con adolescentes escolarizados en cuatro colegios (uno público y tres privados, uno religioso y tres laicos) del Departamento 10 de Salud de la Comunidad Valenciana, durante el curso académico 2004-2005.

Sujetos

La muestra inicial abarcaba a todos los adolescentes de segundo de bachillerato y ciclos formativos de grado medio, (202 sujetos, 44,1% hombres y 55,9% mujeres) con una edad media de 17,49 años. Tras la intervención educativa, en la evaluación final se produjo una pérdida experimental del 12,4% de sujetos, debido a cuestionarios incompletos y ausencias, quedando un total de 177 adolescentes (79 hombres y 98 mujeres).

Instrumento

Todas las variables se recogieron mediante cuestionario autoaplicado y anónimo, reflejando solamente la edad, el sexo y el número de identificación que aseguraba que el pretest y el postest pertenecían al mismo sujeto. El cuestionario de conocimientos y actitudes sobre la violencia de género constaba de 15 preguntas dicotómicas cerradas que se evalúan como verdadero y falso (Anexo 2).

Procedimiento

El cuestionario se entregó individualmente por los investigadores, para su cumplimentación, el mismo día de la sesión educativa inicial en el aula habitual de los y las alumnas. El pretest se entregó y contestó antes de las sesiones educativas, recogién dose y entregando en ese momento el postest con el mismo número de registro, para asegurar que tanto un cuestionario como el otro iban a ser contestado por el mismo sujeto. Los cuestionarios postest fueron cumplimentados, tres meses después de haberse realizado las sesiones educativas, guardando las mismas condiciones del pretest y fueron entregados a sus profesores que, posteriormente, los hicieron llegar a los investigadores.

Análisis de datos

Se realizó un doble análisis. Por un lado, un descriptivo de todas las variables cualitativas –sexo, tipo de colegio (público/privado) y tipo de enseñanza (laica/religiosa)–. Las puntuaciones directas fueron transformadas, para su mejor comprensión, en porcentajes. En cambio, la edad por ser cuantitativa se presenta en puntuación media y desviación estándar.

Por otro lado, se realizó un análisis comparando proporciones. En este caso se utilizó la prueba Chi cuadrado para medidas independientes, analizando lo que sabían globalmente *antes y después* de la intervención según sexos, tipo de colegio y tipo de enseñanza.

Para medir la eficacia de la intervención educativa, dado que todas las variables utilizadas son cualitativas y dicotómicas, se utilizó el Test de McNemar para medidas apareadas, con una significación para el test como para la prueba Chi cuadrado de $p < 0,05$.

Resultados

Los datos descriptivos de la muestra de segundo de bachillerato y de ciclos formativos de grado medio se pueden observar en la Tabla 1 (Anexo 1). Al comparar entre sexos el nivel de conocimientos y actitudes, que sobre la violencia de género tenían antes de recibir el programa educativo (Tabla 2.1), los datos reflejan que las mujeres superan en tasas de aciertos a los hombres, en dos tercios de las preguntas (en diez sobre quince), llegando a alcanzar diferencias estadísticamente significativas en cuatro de ellas: en la primera ($\chi^2=5,504$; $p < 0,05$), en la sexta ($\chi^2=13,112$; $p < 0,001$), en la novena ($\chi^2=6,801$; $p < 0,05$) y en la quinceava ($\chi^2=5,395$; $p < 0,05$). El grupo de hombres, por su parte, supera al de mujeres en tasas de aciertos en cinco de las quince preguntas, con diferencias significativas solamente en una de ellas, la segunda ($\chi^2=7,716$; $p < 0,05$).

Respecto a los errores, ambos grupos obtienen tasas por encima del 50% en las mismas dos preguntas, la décima y la catorceava; siendo en ésta última pregunta donde expresan el mayor nivel de desconocimiento, superando en más del 85% la tasa de error.

Tras la intervención educativa (Tabla 2.2) se produce, en la evaluación final, una pérdida del 12,4% de los sujetos experimentales debido a ausencias y a cuestionarios incompletos, quedando una muestra final de 177 sujetos (79 hombres y 98 mujeres). Comparando las

tasas de aciertos y errores se puede observar, como ambos grupos han aumentado el porcentaje de aciertos en casi todas las preguntas. Las mujeres mantienen la ventaja en tasas de aciertos, superando a los hombres en el mismo número de preguntas (diez de las quince). Las diferencias mostradas son significativas en tres preguntas: en la sexta ($\chi^2= 4,804$; $p < 0,05$), en la décima ($\chi^2=7,462$; $p < 0,01$) y en la onceava ($\chi^2=7,515$; $p < 0,01$). Los hombres superan a las mujeres en tasas de aciertos en cuatro preguntas, pero las diferencias son mínimas y no significativas.

Respecto a los errores, los datos reflejan en ambos grupos una disminución importante, no teniendo ninguna pregunta con tasas de errores superiores a las de aciertos. En la comparación de las tasas de aciertos y errores según el tipo de colegio, los datos globales reflejan que antes de la intervención educativa (Tabla 3.1), los y las adolescentes que reciben educación pública superan a los que asisten a la privada, en número de preguntas con mayores tasas de aciertos (en doce de las quince). Estas diferencias únicamente alcanzan nivel de significación estadística en una pregunta, la cuarta ($\chi^2=8,430$; $p < 0,01$). Por su parte, los y las adolescentes que reciben la educación en colegios privados, superan a los de la pública en tres preguntas, llegando a mostrar diferencias significativas en una de ellas, en la octava ($\chi^2=7,893$; $p < 0,01$).

En cuanto a las preguntas con tasas de errores que superan a las de aciertos, en ambos grupos están por encima del 50% en las dos preguntas que ya indicamos en la explicación entre sexos, la décima y la catorceava. Tras la intervención educativa se puede observar (Tabla 3.2), como ambos grupos han experimentado un aumento en las tasas de aciertos en la mayoría de las preguntas. Los y las adolescentes de la enseñanza pública mejoran en nueve de las quince preguntas, se mantienen en una de ellas y empeoran en cinco. Frente a éstos, los y las adolescentes de la enseñanza privada mejoran en trece de las quince preguntas y solamente empeoran ligeramente en dos.

El grupo de educación pública mantiene frente al de la privada la ventaja previa a la intervención, pero con diferencias mínimas y no significativas estadísticamente. En cambio, las y los adolescentes de la enseñanza privada superan en tasas de aciertos a los de la pública, en cinco preguntas; llegando a mostrar diferencias estadísticamente significativas en dos de ellas: en la tercera

($\chi^2= 12,325$; $p<0,001$) y en la décima ($\chi^2= 62,187$; $p<0,001$).

Respecto al número de preguntas con tasas de errores superiores a las de aciertos, mientras que en el grupo de educación pública solamente se mantiene en la décima pregunta, en el grupo de educación privada no hay ninguna pregunta en este sentido.

Pasando a valorar las diferencias en tasas de aciertos y errores según el tipo de enseñanza, religiosa o laica, los datos globales muestran que antes de la intervención educativa (Tabla 4.1), ambos grupos tienen similar número de preguntas en donde obtienen mayores tasas de aciertos que de errores (ocho en el grupo de enseñanza religiosa y siete en el de laica). Las diferencias reflejadas alcanzan niveles de significación estadística solamente en la pregunta octava ($\chi^2=5,492$; $p<0,05$), en la que superan los y las adolescentes de la enseñanza religiosa laica.

En relación con las preguntas en donde las tasas de errores superan a las de aciertos, ambos grupos, tal y como reflejamos anteriormente entre sexos y entre tipos de colegios, obtienen tasas por encima del 50% en las mismas dos preguntas, la décima y la catorceava.

Tras la intervención educativa podemos observar (Tabla 4.2), que ambos grupos han experimentado un aumento importante en tasas de aciertos en casi todas las preguntas. Los y las adolescentes del grupo de enseñanza religiosa, han aumentado tanto el número de preguntas con mayores tasas de aciertos (ocho antes y doce después) como la diferencia frente a las y los adolescentes del grupo laico (una antes y nueve después). Mostrando diferencias significativas en tres de ellas: en la sexta ($\chi^2=4,555$; $p<0,05$), en la octava ($\chi^2=4,555$; $p<0,05$) y en la décima ($\chi^2=6,626$; $p<0,05$). Los y las adolescentes de la enseñanza laica, por su parte, superan en tres preguntas a los de la enseñanza religiosa en tasas de aciertos, pero no llegan a alcanzar diferencias significativas en ninguna de ellas.

En las preguntas en donde las tasas de errores superan a las de aciertos, ambos grupos manifiestan una disminución importante y generalizada en las tasas de errores, no teniendo ninguna pregunta en la que las tasas de errores sean superiores a las de aciertos.

Finalmente, en la Tabla 5 aparecen reflejados los datos referentes a la eficacia de la intervención educativa. Se puede observar como, a excepción de dos preguntas –la séptima y la onceava donde hay una ligera

disminución–, en el resto hay un aumento en las tasas de aciertos después de la intervención, siendo estas diferencias estadísticamente significativas en diez de las quince preguntas, inferiores a 0,001 en ocho de ellas y en las dos restantes inferiores a 0,01.

De las dos preguntas (décima y catorceava) que antes de la intervención educativa mostraban unas tasas de errores superiores a las de aciertos, no queda ninguna tras la intervención y, además, la reducción del porcentaje erróneo ha sido tan sustancial, que ha permitido detectar esas diferencias como estadísticamente significativas ($p<0,001$).

Discusión

Significado, aplicación práctica de resultados y relación con publicaciones científicas similares

La violencia en las relaciones de pareja es un problema serio y preocupante en las sociedades occidentales. En España, el número de denuncias por malos tratos en mujeres a manos de su pareja se ha ido incrementando notoriamente, pasando de 19.535 en 1998 a 50.088 en 2003; en cambio a la inversa, las denuncias de malos tratos en hombres a manos de su pareja en 2003 fueron 8.861 (Instituto de la mujer, 2004). La alarma social desencadenada por el importante incremento de los últimos años, ha producido en el derecho español avances legislativos que se han actualizado en la Ley Orgánica 1/2004 de 28 de diciembre de Protección Integral contra la Violencia de Género (Boletín Oficial del Estado, 2004).

En la Comunidad Valenciana las medidas de lucha contra este tipo de violencia, se concretan en el Plan del Gobierno Valenciano 2005-2008 para combatir la violencia que se ejerce contra las mujeres (Generalitat Valenciana, 2006). Tanto la Ley Nacional como el Plan Autonómico plantean, como una de las medidas preventivas a realizar, la inclusión en el curriculum académico, desde la educación infantil hasta la universitaria, la formación en el respeto de los derechos y libertades fundamentales, la igualdad entre sexos, la formación para la prevención de conflictos y para la resolución pacífica de los mismos.

Globalmente, las diferentes normas de género y de poder entre sexos afectan tanto a los chicos como a las chicas en las actitudes sexuales, las conductas y la salud. Desafortunadamente, muchos programas educativos

sobre la relación entre sexos, dirigidos a trabajar las normas de género mediante crítica reflexiva, no alcanzan a la mayoría de los adolescentes, simplemente porque una alta proporción abandona la escolarización (Rogow y Haberland, 2005).

En estudios con parejas adolescentes, se han encontrado datos que indican que para un grupo significativo de jóvenes, las experiencias amorosas iniciales pueden encerrar una dinámica de violencia frecuentemente mutua, tanto física como psicológica (Avery-Leaf et al. 1997; Hilton, Harris y Rice, 2000; Foshee et al. 2001); ahora bien, en relación a las agresiones de naturaleza sexual, los chicos en sus relaciones de pareja cometen más este tipo de actos que las chicas (Fernández Fuertes y Fuertes Martín, 2005). Las mujeres adolescentes que han tenido una relación de pareja con violencia sexual, tienen más probabilidad de mostrar conductas sexuales de riesgo (infecciones de transmisión sexual, uso inconsistente del condón, miedo a negociar el uso del mismo y a hablar de la prevención del embarazo) y enfermizas actitudes, creencias y normas (Wingood et al. 2001). Asimismo, hay una asociación entre la existencia de violencia sexual hacia las mujeres en las relaciones íntimas y la manifestación de problemas en la salud mental, tales como síntomas depresivos, ideación e intentos de suicidio, consumo de alcohol y drogas (Ramos-Lira et al. 2001).

Comprender cuales son los factores de riesgo para el desarrollo de este tipo de violencia, es esencial a la hora de realizar intervenciones efectivas que reduzcan y prevengan su frecuencia. Con este objetivo se han desarrollado programas psicoeducativos con parejas, apoyándose en resultados de estudios tanto de parejas en conflicto crónico como con violencia en la pareja (Kaiser et al. 1998; Feldman, 1999; Dufore, 2000; Hurtado, Ciscar y Rubio, 2004), que han centrado la intervención educativa en el entrenamiento en habilidades de comunicación, asertividad y solución de conflictos, mostrando mejoras significativas en el grupo experimental frente al grupo de control.

Asimismo, se han planteado diversas investigaciones aplicando programas psicoeducativos a adolescentes y jóvenes para la prevención de la violencia de género en las relaciones íntimas, con mediciones pre y post intervención psicoeducativa. Los resultados han mostrado ganancias significativas en aumento de conocimientos y mejoras en las actitudes en contra de la violencia tanto

sexual como física y/o psicológica. Ahora bien, plantean que sería necesario valorar el impacto de los cambios en actitudes a largo plazo con investigaciones posteriores (González Méndez y Santana Hernández, 2001; Chang et al. 2005; Yom y Eun, 2005).

En nuestro estudio las mujeres, previamente a la intervención educativa, superan en tasas de aciertos a los hombres (en dos tercios de las preguntas). Tras la intervención educativa ambos grupos aumentaron los aciertos en todas las preguntas respecto a la situación inicial, aunque las mujeres siguieron apuntando mayores conocimientos y mantuvieron la ventaja previa. Estas diferencias en conocimientos, actitudes y habilidades entre sexos y a favor de las mujeres que nosotros hemos detectado, ya han sido reflejadas en otros estudios con poblaciones de adolescentes (Nahom et al. 2001; Caron et al. 2004; Hoppe et al. 2004; Kirby et al. 2004).

Respecto al tipo de colegio (público y privado), los y las adolescentes de la enseñanza pública obtuvieron mejores resultados antes de la intervención, pero tras la misma, ambos grupos experimentaron un aumento significativo en tasas de aciertos.

En relación al tipo de enseñanza (laica o religiosa), ambos grupos tuvieron similar número de preguntas con tasas de aciertos superiores a las de errores. Tras la intervención educativa ambos grupos reflejaron un aumento importante en los aciertos en casi todas las preguntas.

Concluyendo, la eficacia de la intervención educativa se hace patente al observar los datos, puesto que a excepción de dos preguntas, la séptima y la onceava donde hay una ligera disminución, en el resto las preguntas se produce un aumento destacable en las tasas de aciertos después de la intervención, siendo estas diferencias estadísticamente significativas en diez de las quince preguntas. No queda ninguna pregunta, tras la intervención, con tasas de errores superiores a las de aciertos, siendo tan sustancial la reducción del porcentaje erróneo que ha permitido detectar esas diferencias como estadísticamente significativas.

Posibles limitaciones y razones por las que los resultados pueden ser válidos

Dado que los resultados del estudio únicamente se podrán referir a los adolescentes que han participado en el mismo, es importante, sin embargo, contar con estos resultados, ya que han servido para mostrar tanto

Efectividad de un programa de promoción de la salud sexual y de prevención...

aumentos de conocimientos como mejoras en actitudes, con diferencias significativas tras la intervención. Datos que corroboran que la selección de la información, los materiales desarrollados y el procedimiento utilizados para educar, es adecuado y ajustado a la edad.

Indicaciones y directrices para futuras investigaciones

Sería necesario seguir realizando el programa educativo a más largo plazo y, asimismo, estudiando la evolución de los y las adolescentes en sus relaciones de pareja, para comprobar si los conocimientos, actitudes y habilidades sociales desarrolladas se mantienen en niveles óptimos a lo largo del tiempo y las utilizan de forma apropiada en sus relaciones de pareja.

Por otro lado, aunque la muestra no ha sido escasa, sería conveniente ampliar el número de sujetos estudiados, para confirmar tanto si las diferencias encontradas entre sexos, tipos de educación y de enseñanza se mantienen y, así, tenerlas en cuenta en el desarrollo de los programas educativos. Como también, si la secuenciación educativa, el procedimiento y los materiales utilizados siguen siendo efectivos para la promoción de la salud y la prevención de la violencia de género.

Agradecimientos

Este estudio ha sido financiado mediante un Proyecto de Investigación en Programas de Salud, Prevención y Predicción de Enfermedad de la Escuela Valenciana de Estudios de la Salud. Beca 056/2005. La investigación ha contado con la ayuda metodológica de la Unidad docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Valencia, en concreto con el apoyo de Francisca Gil Latorre.

Bibliografía

AGGLETON, P; OLIVER, C; RIVERS, K (1999). *An international review of the evidence: data from Europe*. London. Health Educational Authority. Reducing the rate of teenage conceptions.

AVERY-LEAF, S; CASCARDI, M; O'LEARY, K. D; CANO, A (1997). Efficacy of a dating violence prevention program on attitudes justifying aggression. *J Adolesc Health*, 21 (1), 11-7.

BARNETT, O; MILLER-PERRIN, C; PERRIN, R (1997). *Family violence across the lifespan. An Introduction*. Londres,

Sage.

BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO 313. (2004). *Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género*.

BOONSTRA, H. (2002). *Teen pregnancy: trends and lessons learned*. The Guttmacher Report on Public Policy. February, 7-10.

CARON, F; GODIN, G; OTIS, J; LAMBERT, L. D (2004). Evaluation of a theoretically based AIDS/STD peer education program on postponing sexual intercourse and on condom use among adolescents attending high school. *Health Educ Res*, 19 (2), 185-97.

CHANG, D. C.; CORNWELL, E.; SUTTON, E. R.; YONAS, M. A.; ALLEN, E. (2005). A multidisciplinary youth violence-prevention initiative: impact on attitudes. *J Am Coll Surg*, 201 (5), 721-3.

DUFORE, S. (2000). Marital similarity, marital interaction, and couples' shared view of their marriage. *The Sciences and Engineering*, 61 (3-B), 1693.

ERIKSSON, M. (1997). Violencia contra las mujeres (A4.0250/97), [documento www] <http://nodo50.ix.apc.org/mujeresred/violencia-ue/btm>.

FELDMAN, C. M. (1999). The role of conflict-based communication patterns in male physical aggression toward female partners. *The Sciences and Engineering*, 59 (11-B), 6062.

FERNÁNDEZ FUERTES, A. A; FUERTES MARTÍN, A. (2005). Violencia sexual en las relaciones de pareja de los jóvenes. *Sexología Integral*, 2 (3): 126-32.

FOSHEE, V. A.; LINDER, G. F.; MACDOUGALL, J. E.; BANGDIWALA, S. (2001). Gender differences in the longitudinal predictors of adolescent dating violence. *Prev Med*, 32 (2), 128-41.

FROST, J. J; DARROCH FORREST, J. (1995). Understanding the impact of effective teenage pregnancy prevention programs. *Fam Plann Perspect*, 27, 188-95.

GENERALITAT VALENCIANA (2006). *Plan de medidas del Gobierno Valenciano para combatir la violencia que se ejerce contra las mujeres 2005-2008*. Valencia, Conselleria de Bienestar Social.

GONZÁLEZ MÉNDEZ, R.; SANTANA HERNÁNDEZ, J. (2001). *Violencia en parejas jóvenes. Análisis y prevención*. Madrid, Pirámide.

HILTON, N. Z; HARRIS, G. T; RICE, M. E (2000). The functions of aggression by male teenagers. *J Pers Soc Psychol*, 79 (6), 988-94.

HOPPE, M. J; GRAHAM, L; WILSDON, A. ET AL. (2004).

Teens speak out about HIV/AIDS: focus group discussions about risk and decision-making. *J Adolesc Health*, 35 (4), 345.e27-35.

HURTADO, F; CISCAR, C; RUBIO, M (2004). El conflicto de pareja como variable asociada a la violencia de género contra la mujer: consecuencias sobre la salud sexual y mental. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 9 (1), 49-64.

INSTITUTO DE LA MUJER (2004). Denuncias de malos tratos a manos de su pareja. Violencia doméstica /un documento de elmundo.es. Disponible en: http://www.elmundo.es/documentos/2004/06/sociedad/malos_tratos/cifras.html.

JAFFE, P; SUDERMAN, M; REITZEL, D; KILLIP, S (1992). An evaluation of a secondary school primary prevention program on violence in intimate relationships. *J Fam Violence Vict*, 7, 129-46.

KAISER, A; HAHLWEG, K; FEHM-WOLFSDFORF, G; GROTH, T (1998). The efficacy of a compact psychoeducational group training program for married couples. *J Consult Clin Psychol*, 66 (5), 753-60.

KIRBY, D, B; BAUMLER, E; COYLE, K. K ET AL. (2004). The "Safer Choices" intervention: its impact on the sexual behaviors of different subgroup of high school students. *J Adolesc Health*, 35 (6), 442-52.

KRAJEWSKI, S. S; RYBARIK, M. F; DOSCH, M. F; GILMORE, G. D (1996). Results of a curriculum intervention with seventh graders regarding violence in relationships. *J Fam Violence*, 11, 93-112.

LANDREY, D. J; DARROCH, J. E; SINGH, S; HIGGINS, J (2003). Factors associated with the content of sex education in U.S. public secondary schools. *Perspect Sex Reprod Health*, 35 (6), 261-9.

MEYRICK, J; SWAN, C (2001). *Teenage pregnancy: an update on key characteristics of effective interventions*. Health Development Agency.

NADINE WATHEN, C; HARRIET, M. A; MACNILLAN, L (2003). Intervenciones contra la violencia de género. *Jama*, 12 (6), 281-94.

NAHOM, D; WELLS, E; GILLMORE, M. R ET AL. (2001). Differences by gender and sexual experience in adolescent sexual behavior: implications for education and HIV prevention. *J Sch Health*, 71 (4), 153-8.

PEDLOW, C.T; CAREY, M. P (2003). HIV sexual risk-reduction intervention for youth: A review and methodological critique of randomized controlled trials. *Behav Modif*, 27, 135-90.

RAMOS LIRA, L; SALTIJERAL MÉNDEZ, M. T; ROMERO MENDOZA, M; CABALLERO GUTIÉRREZ, M. A; MARTÍNEZ VÉLEZ, N. A (2001). *Salud Pública Mex*, 43 (3), 182-91.

ROBIN, L; DITTUS, P; WHITAKER, D; CROSBY, R; ETHIER, K; MEZOFF, J; MILLER, K; PAPPAS-DELUCA, K (2004). Behavioral interventions to reduce incidence of HIV, STD, and pregnancy among adolescents: a decade in review. *J Adolesc Health*, 34 (1), 3-26.

ROGOW, D; HABERLAND, N (2005). Sexuality and relationships education: Toward a social studies approach. *Sex education*, 5 (4), 333-44.

UNICEF (2001). *Teenage births in rich nations*. Florence. UNICEF Innocenti Research Centre.

WALTHER, D. J (1986). Wife abuse prevention: effects of information on attitudes of high school boys. *J Primary Prevention*, 7, 84-90.

WINGOOD, G. M; DICLEMENTE, R. J; MCCREE, D. H; HARRINGTON, K; DAVIES S. L (2001). Dating violence and the sexual health of black adolescent females. *Pediatrics*, 107 (5), E72.

ANEXO 1

Tabla 1. Descripción de la muestra de segundo de bachiller y ciclos formativos grado medio.

VARIABLES		N	(%)
SEXO	Hombres	89	(44,1)
	Mujeres	113	(55,9)
	Total	202	(100,0)
TIPO DE COLEGIO	Público	30	(14,9)
	Privado	172	(85,1)
	Total	202	(100,0)
TIPO DE ENSEÑANZA	Religiosa	85	(42,1)
	Laica	117	(57,9)
	Total	202	(100,0)
EDAD	Media	17,49	
	Desviación típica	1,16	
	Edad mínima	16,00	
	Edad máxima	27,00	

Tabla 2.1. Comparación de tasas de aciertos/errores y diferencias estadísticas, según prueba de Chi-cuadrado de Pearson para medidas independientes, entre sexos antes del programa de intervención educativa.

PREGUNTAS	ACIERTOS		ERRORES		ACIERTOS		ERRORES		χ^2	p
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)		
ANTES	HOMBRES [N = 89]				MUJERES [N = 113]					
1	55	(61,8)	34	(38,2)	87	(77,0)	26	(23,0)	5,504	0,019
2	66	(74,2)	23	(25,8)	63	(55,8)	49	(43,4)	7,716	0,021
3	80	(89,9)	9	(10,1)	100	(88,5)	13	(11,5)	0,099	0,753
4	70	(78,7)	19	(21,3)	93	(82,3)	20	(17,7)	0,426	0,514
5	81	(91,0)	8	(9,0)	100	(88,5)	13	(11,5)	0,338	0,561
6	46	(51,7)	43	(48,3)	86	(76,1)	27	(23,9)	13,112	0,000
7	78	(87,6)	11	(12,4)	103	(91,2)	10	(8,8)	0,658	0,417
8	69	(77,5)	20	(22,5)	91	(80,5)	22	(19,5)	0,273	0,602
9	79	(88,8)	10	(11,2)	109	(96,5)	3	(2,7)	6,801	0,033
10	27	(30,3)	62	(69,7)	44	(38,9)	69	(61,1)	1,616	0,204
11	85	(95,5)	4	(4,5)	110	(97,3)	3	(2,7)	0,504	0,478
12	56	(62,9)	33	(37,1)	57	(50,4)	56	(49,6)	3,146	0,076
13	72	(80,9)	16	(18,0)	91	(80,5)	22	(19,5)	1,329	0,514
14	9	(10,1)	80	(89,9)	13	(11,5)	100	(88,5)	0,099	0,753
15	71	(79,8)	18	(20,2)	103	(91,2)	10	(8,8)	5,395	0,020

Tabla 2.2. Comparación de tasas de aciertos/errores y diferencias estadísticas, según prueba de Chi-cuadrado de Pearson para medidas independientes, entre sexos después del programa de intervención educativa.

PREGUNTAS	ACIERTOS		ERRORES		ACIERTOS		ERRORES		χ^2	p
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)		
DESPUÉS	HOMBRES [N = 79]				MUJERES [N = 98]					
1	78	(98,7)	1	(1,3)	95	(96,9)	3	(3,1)	0,638	0,424
2	74	(93,7)	5	(6,3)	96	(98,0)	2	(2,0)	2,118	0,146
3	79	(100,0)	0	(0,0)	95	(96,9)	3	(3,1)	2,460	0,117
4	74	(93,7)	5	(6,3)	94	(95,9)	4	(4,1)	0,458	0,499
5	75	(94,9)	4	(5,1)	93	(94,9)	5	(5,1)	0,000	0,991
6	70	(88,6)	9	(11,4)	95	(96,9)	3	(3,1)	4,804	0,028
7	70	(88,6)	9	(11,4)	87	(88,8)	11	(11,2)	0,001	0,972
8	73	(92,4)	6	(7,6)	92	(93,9)	5	(5,1)	1,254	0,534
9	78	(98,7)	1	(1,3)	95	(96,9)	3	(3,1)	0,638	0,424
10	61	(77,2)	18	(22,8)	90	(91,8)	8	(8,2)	7,462	0,006
11	71	(89,9)	8	(10,1)	97	(99,0)	1	(1,0)	7,515	0,006
12	72	(91,1)	7	(8,9)	88	(89,8)	10	(10,2)	0,091	0,763
13	67	(84,8)	12	(15,2)	85	(86,7)	13	(13,3)	0,134	0,715
14	48	(60,8)	31	(39,2)	72	(73,5)	26	(26,5)	3,236	0,072
15	74	(93,7)	5	(6,3)	92	(93,9)	6	(6,1)	0,003	0,955

Tabla 3.1. Comparación de tasas de aciertos/errores y diferencias estadísticas, según prueba de Chi-cuadrado de Pearson para medidas independientes, entre tipos de colegios antes del programa de intervención educativa.

PREGUNTAS	ACIERTOS		ERRORES		ACIERTOS		ERRORES		χ^2	p
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)		
ANTES	PÚBLICO [N = 30]				PRIVADO [N = 172]					
1	21	(70,0)	9	(30,0)	121	(70,3)	51	(29,7)	0,001	0,969
2	22	(73,3)	8	(26,7)	107	(62,2)	65	(37,8)	1,466	0,480
3	29	(96,7)	1	(3,3)	151	(87,8)	21	(12,2)	2,074	0,150
4	30	(100,0)	0	(0,0)	133	(77,3)	39	(22,7)	8,430	0,004
5	27	(90,0)	3	(10,0)	154	(89,5)	18	(10,5)	0,006	0,939
6	18	(60,0)	12	(40,0)	114	(66,3)	58	(33,7)	0,445	0,505
7	29	(96,7)	1	(3,3)	152	(88,4)	20	(11,6)	1,887	0,170
8	18	(60,0)	12	(40,0)	142	(82,6)	30	(17,4)	7,893	0,005
9	27	(90,0)	3	(10,0)	154	(89,5)	18	(10,5)	0,006	0,939
10	11	(36,7)	19	(63,3)	60	(34,9)	112	(65,1)	0,036	0,850
11	30	(100,0)	0	(0,0)	165	(95,9)	7	(4,1)	1,265	0,261
12	21	(70,0)	9	(30,0)	92	(53,5)	80	(46,5)	2,826	0,093
13	27	(90,0)	3	(10,0)	136	(79,1)	36	(20,9)	2,007	0,367
14	5	(16,7)	25	(83,3)	17	(9,9)	155	(90,1)	1,211	0,271
15	29	(96,7)	1	(3,3)	145	(84,3)	27	(15,7)	3,271	0,071

Efectividad de un programa de promoción de la salud sexual y de prevención...

Tabla 3.2. Comparación de tasas de aciertos/errores y diferencias estadísticas, según prueba de Chi-cuadrado de Pearson para medidas independientes, entre tipos de colegios después del programa de intervención educativa.

PREGUNTAS	ACIERTOS		ERRORES		ACIERTOS		ERRORES		χ^2	p
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)		
DESPUÉS	PÚBLICO [N = 16]				PRIVADO [N = 161]					
1	16	(100,0)	0	(0,0)	157	(97,5)	4	(2,5)	0,407	0,524
2	16	(100,0)	0	(0,0)	154	(95,7)	7	(4,3)	0,724	0,395
3	14	(87,5)	2	(12,5)	160	(99,4)	1	(0,6)	12,325	0,000
4	15	(93,8)	1	(6,3)	153	(95,0)	8	(5,0)	0,049	0,824
5	16	(100,0)	0	(0,0)	152	(94,4)	9	(5,6)	0,942	0,332
6	16	(100,0)	0	(0,0)	149	(92,5)	12	(7,5)	1,279	0,258
7	16	(100,0)	0	(0,0)	141	(87,6)	20	(12,4)	2,241	0,134
8	16	(100,0)	0	(0,0)	149	(92,5)	12	(7,5)	1,279	0,258
9	16	(100,0)	0	(0,0)	157	(97,5)	4	(2,5)	0,407	0,524
10	3	(18,8)	13	(81,3)	148	(91,9)	13	(8,1)	62,187	0,000
11	16	(100,0)	0	(0,0)	152	(94,4)	9	(5,6)	0,942	0,332
12	16	(100,0)	0	(0,0)	144	(89,4)	17	(10,6)	1,869	0,172
13	12	(75,0)	4	(25,0)	140	(87,0)	21	(13,0)	1,715	0,190
14	8	(50,0)	8	(50,0)	112	(69,6)	49	(30,4)	2,552	0,110
15	15	(93,8)	1	(6,2)	151	(93,8)	10	(6,2)	0,000	0,995

Tabla 4.1. Comparación de tasas de aciertos/errores y diferencias estadísticas, según prueba de Chi-cuadrado de Pearson para medidas independientes, entre tipos de enseñanzas antes del programa de intervención educativa.

PREGUNTAS	ACIERTOS		ERRORES		ACIERTOS		ERRORES		χ^2	p
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)		
ANTES	RELIGIOSA [N = 85]				LAICA [N = 117]					
1	61	(71,8)	24	(28,2)	81	(69,2)	36	(30,8)	0,151	0,697
2	57	(67,1)	28	(32,9)	72	(61,5)	45	(38,5)	1,262	0,532
3	72	(84,7)	13	(15,3)	108	(92,3)	9	(7,7)	2,932	0,087
4	67	(78,8)	18	(21,2)	96	(82,1)	21	(17,9)	0,329	0,566
5	78	(91,8)	7	(8,2)	103	(88,0)	14	(12,0)	0,736	0,391
6	58	(68,2)	27	(31,8)	74	(63,2)	43	(36,8)	0,541	0,462
7	77	(90,6)	8	(9,4)	104	(88,9)	13	(11,1)	0,153	0,696
8	74	(87,1)	11	(12,9)	86	(73,5)	31	(26,5)	5,492	0,019
9	77	(90,6)	8	(9,4)	111	(94,9)	6	(5,1)	2,843	0,241
10	30	(35,3)	55	(64,7)	41	(35,0)	76	(65,0)	0,001	0,971
11	82	(96,5)	3	(3,5)	113	(96,6)	4	(3,4)	0,002	0,966
12	48	(56,5)	37	(43,5)	65	(55,6)	52	(44,4)	0,017	0,897
13	67	(78,8)	18	(21,2)	96	(82,1)	21	(17,9)	0,329	0,566
14	6	(7,1)	79	(92,9)	16	(13,7)	101	(86,3)	2,221	0,136
15	69	(81,2)	16	(18,8)	105	(89,7)	12	(10,3)	3,026	0,082

Tabla 4.2. Comparación de tasas de aciertos/errores y diferencias estadísticas, según prueba de Chi-cuadrado de Pearson para medidas independientes, entre tipos de enseñanzas después del programa de intervención educativa.

PREGUNTAS	ACIERTOS		ERRORES		ACIERTOS		ERRORES		χ^2	p
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)		
DESPUÉS	RELIGIOSA [N = 82]				LAICA [N = 95]					
1	81	(98,8)	1	(1,2)	92	(96,8)	3	(3,2)	0,749	0,387
2	78	(95,1)	4	(4,9)	92	(96,8)	3	(3,2)	0,343	0,558
3	81	(98,8)	1	(1,2)	93	(97,9)	2	(2,1)	0,207	0,649
4	80	(97,6)	2	(2,4)	88	(92,6)	7	(7,4)	2,216	0,137
5	79	(96,3)	3	(3,7)	89	(93,7)	6	(6,3)	0,644	0,422
6	80	(97,6)	2	(2,4)	85	(89,5)	10	(10,5)	4,555	0,033
7	74	(90,2)	8	(9,8)	83	(87,4)	12	(12,6)	0,363	0,547
8	80	(97,6)	2	(2,4)	85	(89,5)	10	(10,5)	4,555	0,033
9	80	(97,6)	2	(2,4)	93	(97,9)	2	(2,1)	0,022	0,882
10	76	(92,7)	6	(7,3)	75	(78,9)	20	(21,1)	6,626	0,010
11	80	(97,6)	2	(2,4)	88	(92,6)	7	(7,4)	2,216	0,137
12	74	(90,2)	8	(9,8)	86	(90,5)	9	(9,5)	0,004	0,949
13	74	(90,2)	8	(9,8)	78	(82,1)	17	(17,9)	2,403	0,121
14	58	(70,7)	24	(29,3)	62	(65,3)	33	(34,7)	0,603	0,437
15	79	(96,3)	3	(3,7)	87	(91,6)	8	(8,4)	1,713	0,191

Tabla 5. Comparación de tasas de aciertos/errores y diferencias estadísticas, según Test de McNemar para medidas apareadas, antes/después del programa de intervención educativa.

PREGUNTAS	ANTES [N = 202]				DESPUÉS [N = 177]				p
	ACIERTOS	ERRORES	ACIERTOS	ERRORES	ACIERTOS	ERRORES	ACIERTOS	ERRORES	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	
1	142	(70,3)	60	(29,7)	173	(97,7)	4	(2,3)	0,000
2	129	(64,2)	72	(35,8)	170	(96,0)	7	(4,0)	0,000
3	180	(89,1)	22	(10,9)	174	(98,3)	3	(1,7)	0,000
4	163	(80,7)	39	(19,3)	168	(94,9)	9	(5,1)	0,000
5	181	(89,6)	21	(10,4)	168	(94,9)	9	(5,1)	0,115
6	132	(65,3)	70	(34,7)	165	(93,2)	12	(6,8)	0,000
7	181	(89,6)	21	(10,4)	157	(88,7)	20	(11,3)	0,424
8	160	(79,2)	42	(20,8)	165	(93,8)	11	(6,3)	0,001
9	188	(93,5)	13	(6,5)	173	(97,7)	4	(2,3)	0,227
10	71	(35,1)	131	(64,9)	151	(85,3)	26	(14,7)	0,000
11	195	(96,5)	7	(3,5)	168	(94,9)	9	(5,1)	0,804
12	113	(55,9)	89	(44,1)	160	(90,4)	17	(9,6)	0,000
13	163	(81,1)	38	(18,9)	152	(85,9)	25	(14,1)	0,127
14	22	(10,9)	180	(89,1)	120	(67,8)	57	(32,2)	0,000
15	174	(86,1)	28	(13,9)	166	(93,8)	11	(6,2)	0,006

Efectividad de un programa de promoción de la salud sexual y de prevención...

ANEXO 2 (Cuestionario)

Conocimientos y actitudes sobre la violencia de género

Rodee V (verdadero) o F (falso) al responder a las siguientes afirmaciones.

- | | | |
|---|---|---|
| 1. La mayor agresividad de los varones se debe a su mayor nivel de testosterona. | V | F |
| 2. En la mayoría de los casos en los que alguien acecha furtivamente a una mujer, el acosador suele ser una expareja de la víctima. | V | F |
| 3. Muchas mujeres informan a terceros de su situación de violencia, pero no acuden en primer lugar a los profesionales, sino a amigos y familiares. | V | F |
| 4. Los ingredientes genéricos del ideal estético y de atractivo son juventud y delgadez en la mujer frente a fortaleza y potencia en el hombre. Polarizando lo bueno y lo deseable para cada sexo. | V | F |
| 5. La violencia humana entre los sexos es innata, estando determinada por el código genético. | V | F |
| 6. Al aumentar la capacidad de decisión de la mujer frente a actitudes de desigualdad, hace que crezca también el conflicto y las reacciones violentas. | V | F |
| 7. La transformación de actitudes y valores en la educación y en los medios de comunicación, tiene un importante papel tanto en el mantenimiento y promoción de la violencia de género como en su erradicación. | V | F |
| 8. El agresor de género suele ser un demente o un alcohólico y por eso ejerce la violencia. | V | F |
| 9. El maltratador a veces se arrepiente, pide perdón y concede una aparente luna de miel, en la que la víctima cae confiada. | V | F |
| 10. Las mujeres que toleran la existencia de la violencia doméstica es porque consideran a su pareja como un hombre enfermo al que tienen que de cuidar. | V | F |
| 11. El hombre agresor de género suele negar, minimizar y/o culpabilizar a su pareja frente a los actos de violencia. | V | F |
| 12. Los ataques de agresividad son consecuencia de la falta de educación emocional y sentimental en los hombres. | V | F |
| 13. El ataque de agresión en la relación de pareja suele surgir de modo súbito ante un conflicto de intereses o una discusión. | V | F |
| 14. La rabia, la ira y el enfado son emociones diferentes que conducen a la agresión y determinan el comportamiento. | V | F |
| 15. Una de las claves fundamentales de la lucha contra la violencia doméstica es la provisión de un alojamiento seguro y una protección legal eficaz. | V | F |