

La implementación de la Línea de Intervención en Sexualidad y Relaciones Igualitarias del Programa Forma Joven en la ciudad de Granada, según las opiniones del personal docente y sanitario involucrado.

Implementation of the Comprehensive Sexual Education program inside the Forma Joven Strategy in Granada, based on the opinions of the healthcare and education professionals involved.

Palenzuela Carrasco P¹, Cano-Caballero Gálvez MD^{1,2}, Jurado López AR¹.

1- Universidad de Granada, Granada.

2- IBS de Granada

Correspondencia

Pedro Palenzuela Carrasco
Calle Miguel Arredondo, 7, 1º A
28045 – Madrid. España
Dirección electrónica: pedropalenc@gmail.com

Fecha de recepción: 18 de octubre de 2021. **Fecha de aceptación:** 24 de noviembre de 2021

Resumen

En Andalucía, según las directrices del Ministerio de Sanidad para promover una sexualidad sana, se instauró el Programa Forma Joven (PFJ), que incluye la Línea de Intervención en Sexualidad y Relaciones Igualitarias (LISRI). **Objetivo:** Presentar los puntos fuertes y débiles, así como los aspectos de mejora de la implementación de la LISRI del PFJ en los Institutos de Granada capital, según el personal docente y sanitario implicado. **Metodología:** Análisis descriptivo con metodología cualitativa mediante análisis del discurso de entrevistas semiestructuradas realizadas dos a docentes y cuatro a personal sanitario referente del PFJ en Institutos de Educación Secundaria (IES) y Unidades de Gestión Clínica (UGC) de Granada capital. Se realizó un análisis de contenido con apoyo del programa informático NVIVO-Nuevo. **Resultados:** Puntos fuertes: acercamiento del adolescente al personal sanitario, el uso de una metodología participativa en las intervenciones, y mejora de las habilidades profesionales del equipo formador. Puntos débiles: falta de sistematización en la implementación, ausencia de evaluación de resultados, y la nula adaptación de la carga laboral de las personas referentes del programa. Estrategias de mejora: establecer una formación reglada para las personas que implementan el programa, e iniciar las intervenciones en educación integral en sexualidad (EIS) con anterioridad, adaptando el contenido según la edad. **Conclusión:** La LISRI se ha demostrado como un programa útil en la promoción de la EIS, aunque es necesaria más implicación institucional para solucionar dificultades tales como la falta de sistematización y evaluación del programa, y un mayor apoyo a las personas que lo implementan.

Palabras clave: salud sexual, educación sexual, adolescente, desarrollo de programa,

implementación de plan de salud.

Abstract

In Andalucía, according to the Health Ministry and to promote sexual health, the “Programa Forma Joven” (PFJ) was established, including a CSE section called “Línea de Intervención en Sexualidad y Relaciones Igualitarias” (LISRI). **Objective:** to study the strengths, weaknesses, and improvement strategies in the implementation of the LISRI of the PFJ in the high schools of Granada city, according to the teachers and healthcare providers involved. **Methodology:** A descriptive analysis was conducted with qualitative methods, by analysing the speech in semi-structured interviews. Two teachers and four healthcare providers in charge of the PFJ in high schools and health care units in Granada were interviewed. A content analysis was conducted using NVIVO-Nuevo software. **Results:** Strengths: improvement of the relationship between adolescents and healthcare providers, the use of interactive dynamics during the interventions, and the improvement of professional skills of those conducting the interventions. Weaknesses: the lack of systematisation in the implementation of the program, the lack of evaluation of results, and the basal workload of those coordinating the program not being adjusted. Improvement strategies: establishing standardised training for the facilitators of the program, and the earlier start of the interventions in CSE, adapting the content to the age of the adolescents. **Conclusion:** The LISRI has been found to be useful in promoting CSE, although a stronger compromise on behalf of education and health institutions is needed to overcome difficulties such as the lack of systematisation and evaluation of the program, as well as more support to the people implementing it.

Keywords: sexual health, sex education, adolescent, program development, health plan implementation.

Todos los autores aceptan la versión enviada. No se recibió financiación de ninguna fuente. No existen conflictos de intereses.

Información de interés: el artículo ha sido creado en base al Trabajo de Fin de Grado de Medicina de Pedro Palenzuela Carrasco.

INTRODUCCIÓN

La salud sexual y la sexualidad son ejes esenciales en el desarrollo de los seres humanos, las cuales engloban determinantes de la salud como el género y la educación. Sin embargo, vienen rechazadas de forma sistemática por ser vistas como temas tabú, que cuesta abordar en la vida pública, familiar y educativa (1).

La visión de la sexualidad desde el tabú afecta directamente a las personas adolescentes y al desarrollo de su sexualidad, dificultando la comunicación entre adolescentes, familias y entorno educativo (2) (3). Dicha comunicación se ha demostrado esencial para el desarrollo de una

sexualidad sana (4), y cuando ésta no es satisfactoria, las personas adolescentes recurren a fuentes de información menos fiables como: internet, pornografía, o amistades; fuentes no contrastadas o falsas, poco realistas, y no adaptadas a su edad (5).

Ante esta situación, la Educación Integral en Sexualidad (EIS) se ha demostrado como una herramienta esencial para promover la salud sexual y un desarrollo psicosocial íntegro en la persona. Las intervenciones estudiadas en EIS en los últimos años, han demostrado la validez y beneficios de ésta en la promoción de la salud, mejora de la calidad de vida de la juventud, y posteriormente en su vida adulta (6). Desde una perspectiva de la salud física: disminuye

los embarazos no deseados, la tasa de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), demora la iniciación de las relaciones sexuales, garantiza un mayor uso del preservativo, entre otras. Desde una perspectiva de salud mental y pública: influye positivamente en actitudes y una autoidentidad más equitativa en relación con el género, lo que resulta en una disminución de la violencia y discriminación en base al género, desarrollo de relaciones más fuertes y saludables, entre otras. Según la edición revisada del manual “Orientaciones técnicas internacionales sobre educación en sexualidad: un enfoque basado en la evidencia” del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), cabe destacar la mayor eficacia y efectos positivos de estas intervenciones cuando tienen un enfoque de género, y se complementan con elementos comunitarios como la distribución de preservativos e involucración de progenitores y docentes en las intervenciones (7).

En España, la promoción y garantía de los derechos sexuales, en especial de las personas jóvenes, se basa las recomendaciones específicas propuestas por el Ministerio de Sanidad (8), las cuáles proponen una intervención desde la Salud Pública, la Educación y la Atención Sanitaria, que garantice el acceso a una información veraz y actualizada en dispositivos de atención sanitaria y comunitaria donde se aborda la sexualidad saludable, prevención de ITS, anticoncepción, agresiones y abusos sexuales. El Ministerio insta a las Comunidades Autónomas a establecer medidas concretas y adaptadas a las características propias de cada región, haciendo hincapié en la accesibilidad y adaptación a la diversidad de la juventud.

Para responder a esta demanda en Andalucía, basado en la acción intersectorial de varias Consejerías de la Junta de Andalucía, instituciones públicas y agentes sociales, como Ayuntamientos y asociaciones de madres y padres, se creó el Programa Forma Joven (PFJ). Una estrategia de salud dirigida a promover entornos y conductas saludables entre la juventud. Dentro de éste

se promueve la EIS a la juventud mediante la Línea de Intervención en Sexualidad y Relaciones Igualitarias (LISRI) (9). Para la implementación de dichas intervenciones se cuenta con un manual redactado por la Junta de Andalucía que usa como base el manual internacional de la UNFPA sobre EIS (7).

El PFJ fue implementado por primera vez en el curso 2001-2002, con un crecimiento paulatino, llegando al 52% de los centros donde se imparte educación secundaria en Andalucía en 2011, siendo éste el primer año en que se realizó una evaluación del programa por parte de los profesionales sanitarios participantes (10). No constan posteriores evaluaciones promovidas desde los órganos que respaldan este programa.

El objetivo principal de este estudio es presentar los puntos fuertes y débiles, así como los aspectos y estrategias de mejora de la implementación de la Línea de Intervención en Sexualidad y Relaciones Igualitarias del Programa Forma Joven en los Institutos de Educación Secundaria de la ciudad de Granada, Andalucía, según la opinión del personal docente y sanitario implicado.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño del estudio: análisis descriptivo transversal con metodología cualitativa mediante análisis del discurso de entrevistas semiestructuradas.

Población: docentes y personal sanitario referente del PFJ en Institutos de Educación Secundaria (IES) y Unidades de Gestión Clínica (UGC) de la ciudad de Granada.

Criterio de inclusión: haber sido o ser actualmente referente del programa Forma Joven en una UGC o IES de Granada capital.

Criterios de exclusión: para IES ser privado o concertado, y para UGC no llevar a cabo la LISRI dentro del PFJ.

Elección de la muestra: se tomaron como muestra las 14 UGC y los 19 IES públicos que conforman el Distrito Sanitario y Educativo de Granada ciudad. Las personas participantes fueron elegidas por conveniencia, según criterios de inclusión y exclusión, y voluntariedad de participación, atendiendo a que toda la población era elegible.

Recogida de datos: el método elegido fue la entrevista semiestructurada, para la que se creó un guion basado en los contenidos de los manuales de referencia en la implementación de la LISRI y sus estrategias para la evaluación de programas de EIS (Tabla 2). Para acceder al personal sanitario y docente fue necesaria la aprobación del proyecto por parte del Comité de Ética de la Universidad de Granada. Tras su aprobación, los contactos iniciales con los centros se realizaron mediante correo electrónico a los IES, a través de la Delegación de Educación, y a las UGC mediante llamada telefónica. Se pudo contactar con todas las UGC y cinco IES usando la técnica de la bola de nieve, mediante la cual personas ya contactadas nos facilitaron nuevos contactos. Finalmente, se consiguieron realizar cuatro entrevistas a personal sanitario y dos a personal docente. Durante las entrevistas, previo consentimiento de la persona entrevistada, se grabó el audio para facilitar su posterior transcripción literal y análisis.

Método de análisis de datos: para dar respuesta a los objetivos se usó la técnica cuantitativa de análisis de contenido, mediante la cual se analizó el discurso de las entrevistas, atendiendo a los ítems propuestos en relación a la implementación del PFJ y la LISRI, así como aquellos ítems emergentes que se revelaron en las entrevistas. Para la realización del análisis de datos se usó el software informático NVIVO Nuevo, al cual se importaron los documentos que contenían las transcripciones literales de las seis entrevistas. Las entrevistas se anonimizaron mediante un código para proteger la identidad de las personas entrevistadas y de sus centros, tras lo cual se inició el proceso de codificación y clasificación de la información contenida en las transcripciones. Cada entrevista fue considerada como una unidad de muestreo, asignando los segmentos de las entrevistas al código correspondiente, según el libro de códigos creado a priori, el cual se fue modificando según los códigos que surgían del discurso emergente. De esta forma se analizaron todas las unidades de muestreo varias veces, aplicando los nuevos códigos que iban surgiendo, hasta asegurar la

completa codificación de los textos. (Tabla 1).

RESULTADOS

Atendiendo al objetivo del estudio, los resultados se han estructurado en puntos fuertes, puntos débiles y estrategias de mejora de la implementación del PFJ, en concreto de la LISRI, según las entrevistas a las cuatro sanitarias y dos docentes referentes del programa, cuyas citas se encuentran en la tabla 3.

Los puntos fuertes son:

1. Que la LISRI, capacita al alumnado con conocimientos y herramientas para eliminar tabúes sobre sexualidad.
2. El uso de una metodología docente que fomenta la participación activa del alumnado, dejando espacio para preguntas e inquietudes, y la creación de un espacio seguro en el que el alumnado se sienta cómodo para expresarse.
3. La mejora de la relación entre profesionales docentes y sanitarios para resolver problemas del alumnado.
4. El incremento de la confianza de la juventud en el personal sanitario.
5. La mejora de capacidades profesionales del personal referente, en cuanto a que obliga a una formación constante y realizar tareas fuera de la rutina laboral.

Los puntos débiles son:

1. El declive en la implicación de las Consejerías que iniciaron el programa para facilitar su implementación y reconocimiento, la falta de relevancia que se le otorga al PFJ como programa de educación y prevención en salud por parte de las direcciones de IES y UGC del PFJ, y la falta de sistematización en su implementación.
2. La adaptación insuficiente de la carga laboral y ausencia de una formación reglada, por lo que el programa depende de la voluntad y el tiempo libre de cada referente.
3. La falta de continuidad en la coordinación del programa en los centros

por traslados, abandono y/o relevo nulo o insuficiente a la nueva persona referente.

4. La distribución desigual del número de IES entre las UGC, que atiende a criterios de proximidad en lugar de la carga laboral y recursos humanos del equipo formador.
5. La falta de continuidad, tiempo y número insuficiente de intervenciones, lo que deriva en la reducción del contenido de las formaciones y la dificultad para garantizar un espacio seguro para el alumnado.
6. Que algunas familias y parte del profesorado no perciben la educación afectivo-sexual como parte fundamental de los currículos educativos.

Las estrategias de mejora propuestas son:

1. Implicar a la administración general del PFJ para garantizar la formación del personal referente del PFJ, usando métodos atractivos y adaptados su carga laboral, que faciliten su implicación y alimenten su motivación.
2. Designar a un equipo encargado del PFJ que se dedique principalmente a implementar y evaluar el programa, y no como complemento a su carga laboral basal. Incluyendo en este equipo a personal sanitario joven para facilitar la conexión con el alumnado.
3. Establecer una ratio de personal sanitario referente del PFJ e IES asignados, que garantice una distribución equitativa de la carga de trabajo.
4. Comenzar con anterioridad las formaciones en sexualidad y relaciones igualitarias, y la importancia de adaptar los contenidos de las formaciones a la edad del alumnado.
5. Incluir a las familias en las intervenciones del PFJ y/o en talleres específicos.

DISCUSIÓN

La escasa literatura sobre el Programa Forma Joven y su evaluación señala a que es efectivo en su intención de servir como

programa de prevención y educación en salud a la juventud, siendo la LISRI la más exitosa en relación a sus objetivos como programa de educación afectivo-sexual (11)(12)(13). Sin embargo, los resultados de este trabajo nos muestran que la eficacia del PFJ depende de muchos factores que influyen en su implementación y la pueden condicionar negativamente. Esto nos lleva a considerarlo como un programa eficaz en su planteamiento teórico, pero cuya eficacia en la práctica se ve mermada por factores negativos y dificultades en la implementación, que podrían llegar a ser solucionados, como expresan las personas entrevistadas.

El principal factor que influye en la implementación del programa, señalado tanto por este estudio como por el de Serrano y col en 2012 (14), es la falta de sistematización en la implementación, de la mano de la escasa relevancia que se le otorga al programa por parte de la directiva de institutos, UGC y la propia administración general del programa, que no facilitan la labor de las personas que lo coordinan. Esto puede ser la causa subyacente tanto de los puntos débiles resaltados en las entrevistas, como de los puntos débiles que surgen de la puesta en comparación con la literatura, tal y como son la falta de una evaluación reglada en los centros donde se implementa, que contemple la implementación y la repercusión sobre el alumnado; y la desactualización de los contenidos teóricos del manual de la LISRI cuya última versión es del 2010.

Las limitaciones principales del estudio han derivado principalmente de la pandemia por SARS-CoV2. Suponiendo una mayor dificultad para contactar con los centros y una discontinuidad en la implementación del programa, lo que resultó en un menor número de entrevistas del esperado. Complicando de esta manera llegar a una saturación de los datos, que sumado a la demografía y localización tan específicas hacen difícil la extrapolación de los resultados al resto del programa en Andalucía. Sin embargo, con el fin de garantizar la precisión del análisis de los datos, se ha usado el método de triangulación, mediante el cual se maximizan

las fuentes de información y se comparan entre ellas. En este caso la información viene desde la perspectiva del personal sanitario, la del personal docente, y de la información extraída de la página oficial del Forma Joven. Nos hubiese gustado poder comparar la implementación del programa con otros puntos de Andalucía y en áreas con características demográficas diferentes, como en áreas rurales. Pero en la literatura existen pocos estudios sobre la evaluación del PFJ, y solo una referencia que hable de la implementación del programa, una tesis doctoral sobre el PFJ enmarcada en el cuarto curso de educación secundaria de la ciudad de Sevilla (15).

Buscando otros programas de EIS en España con los que poder comparar los resultados de este estudio, se encontró el estudio sobre el programa asturiano de EIS “Ni ogros ni princesas”, dentro del cual hay una parte de los resultados basada en entrevistas a grupos focales en la que se extrajeron una serie de propuestas de mejora del programa. Estas propuestas quieren dar solución a las dificultades encontradas en la implementación, coincidiendo en gran parte estas dificultades con las presentadas en este estudio. Se destacan la falta de tiempo para la EIS, la sobrecarga laboral de las personas que implementan el programa, y la falta de apoyo institucional al programa (16).

De cara al futuro, sería necesario seguir líneas de investigación que indaguen en la implementación del programa, así como su correlación con la eficacia y su impacto en el alumnado, en concordancia a otros estudios sobre el PFJ (14). También cabe destacar la necesidad de más líneas de estudio orientadas a los contenidos de las intervenciones en educación afectivo-sexual del PFJ, motivado por la dificultad a la hora de explorar en profundidad los contenidos de las intervenciones en sexualidad y relaciones igualitarias durante las entrevistas realizadas en este estudio, y por la revisión bibliográfica en la que se demuestra una gran preocupación por el contenido de dichas intervenciones y los efectos que los contenidos explícitos, ocultos y ausentes en relación a diversidad sexual y otras temáticas

dentro de la educación afectivo-sexual puedan tener sobre la juventud (17)(18)(19).

BIBLIOGRAFÍA

1. OPS/OMS. Determinantes sociales de la salud - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. 2019. p. 657. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>
2. Morales-Castillo M. Parental beliefs in the parenting process and their relations with adolescent behavior. *Psicol USP*. 6 de julio de 2020;31.
3. González Cano-Caballero M. Información y confianza sobre el uso de las vacunas. El caso del virus del papiloma humano. [Sevilla]: Universidad de Sevilla; 2018.
4. Rueda Aguilar EF. Ajuste psicosocial en la adolescencia: especial atención a las diferencias de género. En: Molero Jurado M del M, Martos Martínez Ä, Barragán Martín AB, Simón Márquez M del M, Sisto M, Del Pino Salvador RM, et al., editores. *Variables psicológicas y educativas para la intervención en el ámbito escolar: nuevas realidades de análisis*. Madrid: Dykinson; 2020. p. 89-102.
5. Liang M, Simelane S, Fortuny Fillo G, Chalasani S, Weny K, Salazar Canelos P, et al. The State of Adolescent Sexual and Reproductive Health. *J Adolesc Heal*. 1 de diciembre de 2019;65(6):S3-15.
6. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Organización Mundial de la Salud (OMS). Promoción de la salud sexual. Recomendaciones para la acción. En: Reunión de Consulta convocada por: Organización Panamericana de la Salud (OPS) Organización Mundial de la Salud (OMS) En colaboración con la Asociación Mundial de Sexología (WAS). OPS; 2000. p. 1-49.
7. UNESCO, ONUSIDA, UNFPA, UNICEF, Mujeres O, OMS. Orientaciones técnicas internacionales sobre educación en sexualidad: un enfoque con base en la evidencia. 2º

- Revisad. 2018. 1-147 p.
8. Ministerio de Sanidad C y BS. Protección de la salud - Adolescencia - Ganar salud con la juventud - Recomendaciones específicas [Internet]. 2002. Disponible en: <https://www.msbs.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/adolescencia/ganarSalud/recomendacionesEspecificas.htm>
 9. Forma Joven – Red profesional [Internet]. Disponible en: <https://www.formajoven.org/>
 10. Forma Joven | Salud Pública Andalucía [Internet]. Disponible en: <http://www.saludpublicaandalucia.es/nuestro-trabajo/promocion-de-la-salud/forma-joven>
 11. Sáez Fernández E, Cambil Martín J. Impacto y evaluación de un programa de salud en adolescentes. *Actual Medica*. 2012;97(787):37-40.
 12. Lima-Serrano M, Lima-Rodríguez JS. Effect of the school health promotion strategy “Forma Joven”. *Gac Sanit*. 1 de enero de 2019;33(1):74-81.
 13. Torres Calles JM. Desarrollo de hábitos de vida saludable en secundaria a través del Programa Forma Joven. *Int J Dev Educ Psychol Rev INFAD Psicol*. 11 de junio de 2016;1(1):165.
 14. Serrano ML, de Jesus SN, Rodríguez JSL. Attitudes of adolescents regarding health: Evaluation of a school-based health promotion program in Seville, Spain. *Salud Colect*. 2012;8(1):46-60.
 15. Lima-Serrano M. Evaluación de la implantación y del efecto del programa Forma Joven sobre actitudes y comportamientos del alumnado de cuarto curso de Educación Secundaria Obligatoria en Sevilla, España. [Sevilla]: Universidad de Sevilla; 2013.
 16. García-Vázquez J, Ordóñez AL, Álvarez ÓS. Evaluación de proceso del programa de educación afectivo-sexual Ni ogros ni princesas. *Glob Health Promot*. 15 de junio de 2012;19(2):78-86.
 17. Calvo García G, Sierra Nieto JE, Caparrós Martín E. Derechos humanos y educación afectivo-sexual en la adolescencia: el programa educativo Forma Joven. *Educ Soc Rev d'intervenció socioeducativa*. 2018;68(68):79.
 18. Granero Andújar A. Las identidades y corporalidades LGTBI en la educación afectiva-sexual: ¿cuál es su presencia y tratamiento en los folletos de este campo educativo? *Experiencias pedagógicas e innovación educativa Aportaciones desde la praxis docente e investigadora*. 2018.
 19. Granero Andújar A. Presencia y tratamiento del colectivo lgtbiq en la educación afectiva-sexual desarrollada en el marco del programa forma joven. [Almería]: Universidad de Almería; 2020.

Puntos básicos del estudio

Lo que sabemos sobre el tema

- Los programas de Educación Integral en Sexualidad son útiles para promover una sexualidad sana entre la población, especialmente la juventud.
- La Línea de Intervención en Sexualidad y Relaciones Igualitarias del Programa Forma Joven se ha demostrado como un programa útil en materia de Educación Integral en Sexualidad
- Es necesario llevar a cabo evaluaciones con mayor periodicidad y contemplando diferentes aspectos del programa, como su implementación, para su mejoría.

Las aportaciones de este estudio

- Dar a conocer la necesidad de un mayor apoyo por parte de las instituciones a las personas que implementan el programa, para garantizar formación y tiempo que poder dedicarle al programa.
- Esbozar las necesidades y dificultades concretas que se han encontrado en la población estudiada, como son la falta de continuidad y tiempo de las intervenciones.
 - Sentar unas primeras nociones de la situación del programa desde la perspectiva de las personas que lo implementan para plantear futuros trabajos centrados en una evaluación íntegra la línea de intervención y expandirlo al resto de Andalucía.

Esquema global del estudio

Número de centros contactados	Número de contactos con referentes del PFJ	Número final de entrevistas
14 UGC - Por vía telefónica e email	10 profesionales sanitarios referentes del PFJ	4 a personal sanitario
19 IES - Por vía telefónica e email	5 personal docente o de orientación referente del PFJ	2 a personal docente
Perfil de las personas entrevistadas		
Entrevista	Profesión	Formación específica para el PFJ
ES1 – UGC	Enfermería	Autodidacta al inicio y luego realizó un curso de formador de formadores por interés propio, que aún no ha podido poner en práctica por el COVID-19
ES2 – UGC	Medicina	Autodidacta y complementa con cursos que busca por interés propio
ES3 – UGC	Medicina	Diploma de curso largo en sexología
ES4 – UGC	Enfermería	Por cuenta propia un máster en sexología, y por parte de la administración se le facilitaron diversos cursos de formación en hábitos saludables y jóvenes, prevención y jornadas del PFJ "cuando el programa estaba en su esplendor"
ED5 – IES	Docente	Acudió a dos reuniones organizadas por el Centro de Profesorado (CEP) de Granada, con temática del PFJ
ED6 – IES	Docente	No tiene formación previa relacionada o que facilite el PFJ

- El diseño del estudio ha sido un análisis de contenido siguiendo metodología cualitativa de las entrevistas a las personas referentes del programa en IES y UGC de Granada.

TABLAS

Tabla 1. Libro de códigos usados para el análisis de contenidos de las entrevistas

Categoría	Subcategoría 1	Subcategoría 2	Subcategoría 3
Factores externos influyentes en la implementación de la LISRI y del PFJ	Apoyos al programa (instituciones)	Administración General PFJ	
		UGC	
		IES	
	Demografía		
	SARS-COV 2		
	Relación personal sanitario-docente		
Relación con familias			
Factores internos influyentes en la implementación de la LISRI y del PFJ	Perfil de la persona referente del PFJ	Formación	
		Experiencia	
		Intereses personales	
	Perfil del equipo sanitario formador		
Organización y contenidos del PFJ	Proceso administrativo	Instauración del PFJ en los IES	
		Requisitos para ser personal referente	
	Planificación de intervenciones		
	Temporalidad de las líneas de intervención del PFJ dentro de la ESO		
	Evaluación del programa		
Línea de Intervención en Sexualidad y Relaciones Igualitarias	Asesorías		
	Actividades grupales (talleres e intervenciones)	Duración y número	
		Contenido teórico	Orientación y Diversidad Sexual
			Prácticas sexuales responsables y prevención de riesgos derivados
			Relaciones igualitarias y prevención de VdG
	Sexualidad como parte de la vida		

		Metodología docente		
Valoración del personal docente y sanitario del PFJ y la LISRI	Impacto sobre el alumnado			
	Repercusiones profesionales y personales de ser referente del PFJ			
	Valoración de la implementación del PFJ y la LISRI	Puntos fuertes en la implementación		
		Puntos débiles en la implementación		
		Estrategias de mejora de la implementación		

Tabla 2. Guión entrevista semiestructurada a referente del programa en UGC | IES

Bloque temático	Pregunta a la persona referente del programa (UGC IES)
Programación del contenido teórico del Programa Forma Joven	<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Cuéntanos sobre ti, cuándo empezaste, cómo y por qué? 2. Requisitos para entrar como referente de forma joven 3. Datos demográficos de la UGC IES 4. ¿Cuál es la estructura logística y administrativa del Programa Forma Joven en tu centro? ¿Qué importancia tiene el PFJ en tu centro? 5. ¿Cuál es la situación con los colegios(públicos/privados) UGC? 6. ¿Qué profesionales realizan las intervenciones en los IES? <ol style="list-style-type: none"> a. ¿Qué áreas del compendio general del programa Forma Joven se llevan a cabo? (Educación Emocional, Estilos de vida saludable, Sexualidad y Relaciones Igualitarias, Uso positivo de las TIC, Prevención de consumo) 7. Temporalidad de las intervenciones ¿En qué cursos se llevan a cabo cada una de las áreas? 8. ¿Cuántos alumnos reciben las formaciones del programa?
Línea de Intervención en Sexualidad y Relaciones Igualitarias	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dentro de esta línea de intervención, ¿qué actividades, metodología e iniciativas se han realizado? 2. Duración de las actividades, y distribución detallada de las mismas a lo largo de los cursos 3. ¿Qué bloques temáticos se han tratado dentro de dichas actividades? De todos los temas propuestos por el manual: <ol style="list-style-type: none"> a. La sexualidad como parte de la vida b. Orientación y diversidad sexual c. Prácticas sexuales responsables y prevención de riesgos derivados d. Relaciones igualitarias y prevención de la violencia de género 4. ¿Se han detectado casos VdG, bullying a personas LGBT+, abuso? 5. ¿Hay disponibilidad de consultas individuales para el alumnado? (Asesorías) 6. ¿Qué preguntas hacen los alumnos en los buzones/ las charlas? 7. ¿Quién lleva a cabo las intervenciones, y qué formación tiene? 8. ¿Cómo era la relación con el personal docente sanitario? ¿Se encuentran presentes los profesores en las intervenciones? 9. Adaptación a la pandemia del SARS-covid19 10. ¿Se evalúa la eficacia de las intervenciones? ¿De qué forma?
Percepción por parte de la persona coordinadora del Programa	<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Cuáles diría que son los puntos fuertes de la Línea de Intervención en Sexualidad y Relaciones Igualitarias del PFJ en su UGC IES? 2. ¿Cuáles diría que son los puntos débiles de la Línea de Intervención en Sexualidad y Relaciones Igualitarias del PFJ

Forma Joven	en su UGC IES? 3. ¿Qué cree que podrían mejorar dichas intervenciones en sexualidad y relaciones igualitarias, y cómo? 4. Hábleme sobre el impacto que ve de este proyecto en el alumnado y en la salud pública de su UGC 5. ¿Los progenitores tienen algún papel en la formación? ¿Algún problema por parte de los progenitores? 6. ¿Recibe algún tipo de ayuda, guía o respaldo por parte de la administración general del PFJ? 7. ¿Qué repercusiones positivas tiene para su vida profesional y/o personal el ser persona referente del PFJ?
--------------------	---

Tabla 3. Citas extraídas de las entrevistas que justifican los resultados.

Resultado	Cita
Punto fuerte 1	"Siempre es bueno que nuestros alumnos sepan de estos temas, los traten con naturalidad y estén informados de estos temas, especialmente de sexualidad, donde tanto tabú hay." – ED5
Punto fuerte 2	"El hecho de empezar preguntándoles a ellos, que nos van a la típica charla de PowerPoint en la que voy a contarte lo que tienes que saber de sexualidad porque yo soy el que sabe de esto. Yo creo que simplemente el hecho de preguntarles pues ya, imagino que es las habilidades de comunicación de cada cual, y vean que pueden expresarse, que no se escandalizan, que los llevas bien. No es difícil, les das un poco de pie y lo están deseando." – ES3
Punto fuerte 3	"Mira, yo creo que el hecho de que compartamos trabajo con el CS me parece una pasada si funciona bien. (...) Porque es distinto que venga un profe y te hable de sexualidad, pero cuando viene una persona los niños le atienden muchísimo mejor, para ellos les hacen unas preguntas más atrevidas. (...) y es importante que venga un médico, que llega más, y saben qué preguntar al alumnado, que yo por ejemplo si tuviera que dar una charla o alguien que no tiene tanto conocimiento." – ED5
Punto fuerte 4	"Puede servir de punto de conexión entre los adolescentes y sus médicos de cabecera, porque los médicos de cabecera muchas veces tenemos la sensación de que perdemos desde niños a que son adultos y vuelven a venir de forma independiente a consultar de temas de sexualidad o de cualquier otro tema, durante toda la adolescencia van a los centros de salud a indicación "porque sus padres creen que tienen un problema de salud" no van por ellos mismos." – ES2
Punto fuerte 5	"Te obliga a innovar, a formarte, a explorar otras habilidades de comunicación, de manejo de grupos, te obliga a ponerte al día. Y luego es que el contacto con gente siempre te enriquece, y dices "fíjate tú que bonito este lo que ha dicho " y luego nosotros los talleres los evaluamos, y decimos pues en el taller este fíjate tú que me pasó esto, y te cuestionas muchas cosas, te hacen revisar cuestiones tuyas." – ES3
Punto débil 1	"¿Y cuándo te referías antes que el PFJ va en tierra de nadie a qué te referías? A que la implicación que tenía antes el SAS y la consejería de educación era muy estrecha, era muy bien coordinada y donde los sanitarios tenían un papel muy relevante. Después le dieron un giro a partir de hace unos 3 años, donde ya quisieron que el instituto fuera el principal promotor y que nosotros estar de apoyo y ellos hacer las intervenciones. (...) Y no sé en nuestros IES cómo se llevará, con los IES con los que estábamos trabajando no estaban de acuerdo en que esa línea se siguiera porque el personal docente ya estaba saturado y no querían hacer nada diferente porque se tenían que formar, etc." – ES4
Punto débil 2	"Dentro del centro no lo ven como algo prioritario, me da a mí la impresión. Y que yo sentía que no estaba integrado en un programa de forma joven, que aunque el IES está adscrito, me da a mí la impresión de que lo dejan a que haya una serie de intervenciones y ya. " – ES2
Punto débil 3	"Pues al coger la plaza el compañero que llevaba el programa había cogido plaza en otro sitio, y entonces me dijeron "pues como lo llevaba este chico, pues te toca a ti". (...) "No hay ningún proceso de selección porque tampoco había muchos candidatos." – ES1

Punto débil 4	"El problema es que no hay apoyo, el problema es que tienes que sacar tu tiempo de quitárselo de otras actividades." – ES4
Punto débil 5	"Y creo que la enfermera del CS tendrá mucho trabajo, pero nos vendría mejor más horas. E incluso empezar con grupos de alumnos más pequeñitos (sexualidad)." – ED6
Punto débil 6	"Para mi los puntos débiles, es que todavía la sociedad no ve la sexualidad como parte fundamental del individuo, es como si fuese ahí un cajón que lo abres y lo cierras. El problema existe todavía en los padres, imagínate que tenemos ahora el pin parental, que lo dice todo. Que los padres todavía no aceptan que la sexualidad se nace y se muere con ella. Y que ciertos profesores también. Entonces te puedes encontrar con que haya colegios que no quieren actividades que se trate la sexualidad, y que eso viene caído del cielo y tú te lo apañas como puedas. Mi punto débil entonces en el programa y en todo, de hecho, todavía en la consulta de medicina no se pregunta por nada sexual. El punto débil es que no se ve como algo fundamental en la vida del individuo, es el punto débil en todas las facetas." – ES4
Estrategia de mejora 1	"Eso se puede hacer si la administración se implica, porque no toda l agente tiene esa motivación, pero si la administración te proporciona los medios es mucho más fácil. Entonces la implicación de las instituciones es fundamental, si no se implican el programa no funciona." – ES4
Estrategia de mejora 2	"Para mi tendrían que ser más continuadas y personal dedicado más exclusivamente. No puedes ir sacando tiempo de los rincones. Tiene que ser una actividad que tenga un espacio, un tiempo y unos profesionales para que tenga buena repercusión. Sino se queda un poco coja. " – ES4 "Porque nosotros nos vamos haciendo mayores, y los niños conectan muy bien con nuestros resis, porque por edad los ven más parecidos, funciona muy bien el binomio estudiante-residente." – ES3
Estrategia de mejora 3	"Yo me lo estaba proponiendo de repartirnos los centros y decir, pues empezamos en primero que le vamos a dar higiene de dientes, en segundo alimentación saludable, higiene, pero luego los más grandecitos sexualidad, bullying, y hacerlo programado y todos los años, que al final después de toda la etapa de primaria que todos los niños le hayamos dado una temática que hayamos visto interesantes. Yo creo que podríamos hacer unas cosas maravillosas. (...) Pues lo primero que hubiera un ratio de personal sanitario del centro por tanto centros educativos, (...) Pero como estoy yo sola." – ES1
Estrategia de mejora 4	"Al principio empezábamos en 4º de la eso y 1º de Bachillerato, pero nos fuimos dando cuenta tanto nosotros como los orientadores/responsables de los centros, que teníamos que adelantarlo un poquito, que a veces llegaban un poco tarde los talleres." – ES3
Estrategia de mejora 5	"Entonces yo creo que forma joven tiene que hacer un planteamiento para trabajar con lo que son los padres, no sé cómo, si a través de video conferencias, o charlas que se monten en el centro por las tardes, o por las mañanas que aquí hay sitio para hacer formación. Yo creo que sí, ahí deberíamos centrarnos también." – ED6