

Una pieza que falta en la educación sexual en Colombia: enseñar a los jóvenes sus derechos

A missing piece in sexual education in Colombia: teach young people their rights

Julien Brisson y Claudia Patricia Pérez-Múnera

Recibido 3 octubre 2023 / enviado para modificación 17 febrero 2024 / Aceptado 23 febrero 2024

RESUMEN

Objetivos Una parte esencial de la educación sexual integral es enseñar a los jóvenes cómo acceder a los servicios de salud sexual y reproductiva (SSSR) y explicar sus derechos en relación con el acceso a esos servicios (por ejemplo, aclarar si se requiere el consentimiento de los padres). El objetivo de nuestro estudio fue determinar si los pacientes jóvenes de clínicas de SSSR en Colombia: a) recibieron educación sexual en la escuela, b) fueron informados de cómo acceder a los SSSR y c) se les explicaron sus derechos para acceder a los SSSR.

Métodos Se aplicó una encuesta a pacientes jóvenes de 10 a 24 años que se presentaron en dos clínicas de Profamilia en Cali y Medellín. El objetivo era hacer un análisis transversal con las variables de sexo y edad.

Resultados En total, 812 participantes respondieron a la encuesta. La mayoría de los participantes respondieron haber recibido educación sexual en la escuela (84,2%, IC 95% 81,6-86,6). Sin embargo, solo al 63,3% (IC 95% 59,6-66,9) de esos participantes se les enseñó cómo tener acceso a SSSR, y la mitad (49,7%, IC 95% 46,0-53,4) respondió que les explicaron sus derechos a tener acceso a SSSR con su educación sexual en la escuela.

Conclusiones A partir de los resultados, se nota que a una porción importante de los jóvenes le falta partes esenciales de la educación sexual. Así, es fundamental promover mayores esfuerzos para enseñar a los jóvenes, como parte de la educación sexual integral, cómo acceder a SSSR en su comunidad. El objetivo es que los jóvenes sepan cómo utilizar los servicios sanitarios que necesitan.

Palabras Clave: Colombia; educación sexual; jóvenes; salud sexual; salud reproductiva (*fuentes: DeCS, BIREME*).

ABSTRACT

Objective An essential part of comprehensive sex education is teaching young people how to access sexual and reproductive health services (SRHS) and explaining their rights in relation to their access to SRHS (e. g., clarifying whether parental consent is required). The aim of our study was to determine whether young patients in SRHS clinics in Colombia: a) received sex education in school, b) were informed about how to access SRHS, and c) were explained about their rights to access SRHS.

Method Young patients aged 10-24 years presenting at two Profamilia clinics in Cali and Medellín were invited to answer a survey. The goal was to conduct a cross-sectional analysis with the variables of sex and age.

Results In total, 812 participants responded to the survey. Most participants received sex education in school (84.2%, 95% CI: 81.6-86.6). However, only 63.3% (95% CI: 59.6-66.9) of those participants were taught how to access SRH and half (49.7%, 95% CI 46.0-53.4) had responded that they were explained their rights to access SRHS with their sex education at school.

JB: Antrop. Ph D. Bioética. Dalla Lana School of Public Health, University of Toronto, Canada. School of Public Health, University of Montreal. Montreal, Canada.

j.brisson@utoronto.ca

CP: Psicol. Departamento de Jóvenes, Educa y Psicología, Profamilia. Medellín, Colombia. cpperez@profamilia.org.co



DOI: <https://doi.org/10.15446/rsap.V26n2.111406>

Conclusions From the results, it is clear that a significant portion of young people are missing essential parts of sex education. As such, it is critical to promote greater efforts to teach young people, as part of comprehensive sexuality education, how to access SRHS in their community. The goal is for young people to know how to use the health services they need.

Key Words: Colombia; sex education; young people; sexual health; reproductive health (*source: MeSH, NLM*).

Datos de las últimas décadas han demostrado que la educación sexual integral en las escuelas tiene implicaciones positivas para la salud pública (1-5). Por ejemplo, se encuentran estudios han mostrado que la educación sexual integral ayuda a los jóvenes a usar más frecuentemente el condón, lo que previene el contagio de infecciones de transmisión sexual (ITS) y ayuda a evitar embarazos no deseados (6-8). Sin embargo, aunque la enseñanza de las medidas preventivas es fundamental en la educación sexual, no es un fin en sí mismo para promover la salud y el bienestar de los jóvenes.

Los jóvenes necesitan que les enseñemos a tener acceso a servicios de salud sexual y reproductiva (SSSR) (p. ej., explicar de manera adecuada cómo tener acceso a contraceptivos, abortos seguros, pruebas y tratamientos de ITS, etc.). De manera general, los jóvenes no saben cómo acceder a las clínicas en su comunidad, porque no es un tema que se les explique de manera sistemática, sea en su casa o en la escuela (9). La Organización Mundial de la Salud aboga por que haya más esfuerzos para ayudar los jóvenes a tener acceso a los servicios de salud que necesitan (10), de ahí la pertinencia de enseñar a los jóvenes a cómo tener acceso a los servicios de salud que necesitan, por ejemplo, como parte de la educación sexual en las escuelas.

Así, una parte esencial de la educación sexual integral para los jóvenes tiene que incluir explicaciones sobre cómo concretamente tener acceso a servicios de salud en su comunidad e informarles sobre sus derechos a tener acceso a esos servicios (11). Por ejemplo, es esencial darles instrucciones que expliquen dónde se ubican las clínicas de SSSR en su comunidad, aclarar si el consentimiento de los padres es necesario, precisar si deben pagar, o explicar a quién pueden hablar si necesitan información sobre el tema (p. ej., trabajador social, enfermera) (12). La razón es que los jóvenes tengan acceso a los servicios de salud necesarios para su bienestar.

El objetivo de nuestro estudio fue determinar: 1) si los pacientes jóvenes de clínicas de SSSR recibieron educación sexual en la escuela, 2) si fueron informados sobre cómo acceder a los SSSR y 3) si se les explicaron sus derechos a acceder a los SSSR como parte de su educación sexual. Obtener este tipo de información descriptiva es importante porque permite orientar intervenciones de salud pública, así como mejorar el contenido de los programas de educación sexual en las escuelas.

MÉTODOS

Diseño de la investigación

Jóvenes de 10 a 24 años que se presentaron en clínicas de Profamilia en Medellín y Cali fueron invitados a responder a una encuesta, la primera parte de la cual preguntaba por la salud sexual y reproductiva de los participantes, en tanto que la segunda parte indagaba en torno a la demografía. Profamilia es una red de clínicas sin ánimo de lucro que ofrece servicios de salud sexual y reproductiva en Colombia (incluyendo servicios amigables para los jóvenes). Los participantes invitados leyeron una hoja de información que les explicaba el propósito de la investigación. Se les explicó que la encuesta era anónima. Una vez que los participantes terminaron de llenar la encuesta, la depositaron en una caja cerrada (solo el investigador principal tenía acceso a las encuestas en la caja). Además, a los participantes se les explicó que el hecho de responder (o no responder) la encuesta no impactaría en la calidad de los servicios que iban a recibir en Profamilia.

Al principio, las recepcionistas de Profamilia iban a ofrecer a todos los jóvenes de 10 a 24 años responder a la encuesta, lo que habría representado un reclutamiento sistemático. Sin embargo, explicaron que debido a las altas tasas de pacientes en las clínicas, no era posible invitar a todos los jóvenes pacientes a que se presentaron a la recepción. Así, la estrategia de muestreo se cambió a un enfoque de muestreo de conveniencia. Las recepcionistas invitaron a los participantes cuando fue oportuno. Para calcular las tasas de participación marcaron un calendario para cada invitación.

Seleccionamos la franja de edad de 10 a 24 años porque se ajusta a la definición actualizada de adolescencia en el ámbito de la salud mundial (13). La adolescencia es una fase caracterizada por la ambigüedad de definición. Sin embargo, la ampliación de la definición de esta franja de edad tiene importantes fines metodológicos; nos permite examinar exhaustivamente la transición de la infancia a la edad adulta y explorar los puntos en común y las diferencias entre los adolescentes más jóvenes y los mayores.

Análisis de los datos

Las variables principales de análisis fueron sexo y edad. El objetivo era determinar si hay diferencias entre los sexos y los grupos de edad sobre la recepción de la educación sexual en la escuela y su contenido. Por el hecho de que las

variables eran categóricas, se hicieron pruebas de chi-cuadrado de independencia para analizar la relación entre las variables. La significación estadística se evaluó como $p < 0,05$. Los intervalos de confianza se calcularon al 95%. Los porcentajes se redondearon a la décima más próxima, incluidos los intervalos de confianza.

Debido a los diferentes niveles de participación por la categoría edad, los datos tuvieron que ser recodificados para ayudar con los análisis. Las nuevas categorías son: jóvenes adolescentes (11-16 años), adolescentes mayores (17-19 años) y adultos jóvenes (20-24 años). Los datos fueron analizados en la versión 29.0 del programa informático SPSS (14).

Ética de investigación

El Comité Ético de Investigación de la Universidad de Montreal, Canadá evaluó y aprovechó el proyecto de investigación (número de referencia: CERSES-19-049-P). Luego, el Comité Ético de Investigación de Profamilia (que incluía un abogado) evaluó y aprovechó el proyecto.

El consentimiento de los padres no fue pedido para responder a la encuesta. Hay jóvenes que usan los servicios de Profamilia sin estar acompañados de sus padres. En estos casos, sería complicado pedir el consentimiento de los padres. Sin embargo, lo más importante, el nivel de riesgo para responder al cuestionario, era muy bajo, lo que justificaba no pedir el consentimiento paterno (15).

RESULTADOS

Características demográficas de los participantes

En total, 1272 jóvenes fueron invitados a responder al cuestionario. De estos, hubo 812 que llenaron el cuestionario de manera adecuada para el análisis de los datos, lo que significa una tasa de participación de 63,8% (Tabla 1). La mayoría de los participantes contestó la encuesta en la clínica de Medellín (73,0%) y los otros en la clínica de Cali (27,0%).

Hubo una menor tasa de participación de los más jóvenes (los participantes más jóvenes tenían 11 años); la mi-

Tabla 1. Características demográficas de los participantes

Ciudad	Medellín 593	Cali 219	Total 812
Participantes, n			
Edad, n (%)			
11-16	169 (28,5)	41 (18,7)	210 (25,9)
17-19	177 (29,8)	81 (37,0)	258 (31,8)
20-24	222 (37,4)	91 (41,6)	313 (38,5)
Datos que faltan	25 (4,2)	6 (2,7)	31 (3,8)
Sexo, n (%)			
Masculino	54 (9,1)	10 (4,6)	64 (7,9)
Femenino	533 (89,9)	209 (95,4)	742 (91,4)
Datos que faltan	6 (1,0)	0 (0,0)	6 (0,7)
Estrato, n (%)			
1	111 (18,7)	55 (25,1)	166 (20,4)
2	236 (39,8)	47 (21,5)	283 (34,9)
3	178 (30,0)	71 (32,4)	249 (30,7)
4	24 (4,4)	16 (7,3)	40 (4,9)
5	7 (1,2)	11 (5,0)	18 (2,2)
6	0 (0,0)	3 (1,4)	3 (0,4)
Datos que faltan	37 (6,2)	16 (7,3)	53 (6,5)
Personas desplazadas, n (%)			
Sí	75 (12,6)	8 (3,7)	83 (10,2)
No	466 (78,6)	193 (88,1)	659 (81,2)
Datos que faltan	52 (8,8)	18 (8,2)	70 (8,6)
Nacionalidad, n (%)			
Colombiana	555 (93,6)	199 (90,9)	754 (92,9)
Venezolana	10 (1,7)	4 (1,8)	14 (1,7)
Datos que faltan	34 (5,7)	16 (7,3)	50 (6,2)

tad de los participantes tenía entre 16 y 20 años (50,2%), y la mayoría eran mujeres (91,4%), lo que representa la misma proporción de pacientes que usan los servicios de Profamilia en Colombia. Los participantes tenían la oportunidad de definir su propio género (incluyendo trans), sin embargo, limitaron sus respuestas a hombre y mujer. La mayoría eran de los tres estratos más bajos (86,0%); uno de cada diez era una persona desplazada (10,2%); la mayoría contestó ser de nacionalidad colombiana (92,9%), y una minoría dijo ser de nacionalidad venezolana (1,7%).

Datos por género

Los participantes fueron invitados a responder si recibieron educación sexual en la escuela. Es importante precisar que no se les presentó una definición de educación sexual. Es necesario mencionarlo porque hay diferentes niveles de calidad de educación sexual, entonces se dejó a discreción de los participantes determinar si recibieron educación sexual, lo que puede representar un sesgo de los datos.

En la Tabla 2 se nota que la mayoría de los participantes respondió haber recibido educación sexual en la escuela

Tabla 2. Recepción de educación sexual en la escuela, recepción de educación sobre cómo tener acceso a SSSR, y recepción de educación sobre los derechos de acceso por sexo

	Recepción de educación sexual en la escuela			Recepción de educación sobre cómo tener acceso a SSSR			Recepción de educación sobre el derechos a tener acceso a SSSR		
	Sí	No	No sé/Datos que faltan	Total	Sí	No	Total	Sí	No
Sexo n (%)									
Masculino	48 (75,0)	13 (20,3)	3 (4,7)	64	28 (58,3)	20 (41,7)	48	22 (45,8)	26 (54,2)
Femenino	634 (85,4)	93 (12,5)	15 (2,0)	742	404 (63,7)	230 (36,3)	634	318 (50,2)	316 (49,8)
Datos que faltan	2 (0,3)	2 (1,9)	2(10,0)	6	1 (0,2)	1 (0,4)	2	0 (0,0)	2 (0,6)
Valor p	0,026	0,077			0,455		0,563		
Edad ¹ n (%)									
Jóvenes adolescentes	189 (90,0)	17(8,1)	4 (1,9)	105 (55,6)	84 (44,4)	189	79 (41,8)	110(58,2)	189
Adolescentes mayores	217 (84,1)	34 (13,2)	7 (2,7)	132 (60,8)	85 (39,2)	217	112 (51,6)	105 (48,4)	217
Jóvenes adultos	254 (81,2)	50 (16,0)	9 (2,9)	181 (71,2)	73 (28,7)	254	132 (52,0)	122 (48,0)	254
Datos que faltan	24 (3,5)	7 (6,5)	0 (0,0)	15 (3,5)	9 (3,6)	24	17 (5,0)	7 (2,0)	24
Valor p	0,023	0,031			0,002		0,067		
Total	684 (84,2)	108		812	433 (63,3)	251 (36,7)	684	340	344
n (%)		(13,3)	20 (2,5)					(49,7)	(50,3)
[95%IC]	[81,6-86,6]	[11,1-15,8]			[59,6-66,9]	[33,1-40,4]		[46,0-53,4]	[46,6-54,0]

Jóvenes adolescentes (11-16 años), adolescentes mayores (17-19 años) y jóvenes adultos (20-24 años).

(84,2%, IC 95% 81,6-86,6). Hubo una diferencia estadísticamente significativa, de acuerdo con la cual un poco más de mujeres contestaron haber recibido educación sexual en la escuela, en comparación con sus compañeros masculinos (p=0,026). Sin embargo, de los participantes que respondieron haber recibido educación sexual en la escuela, solo a dos de tres se les explicó cómo acceder a los SSSR (63,3%, IC 95% 59,6-66,9), pero incluso menos reportaron haber sido informados en torno a su derecho a tener acceso a SSSR (49,7%, IC 95% 46,0-53,4). Para las últimas dos preguntas, no hubo diferencias significativas entre los sexos.

Datos por edad

En la Tabla 2 se encuentra que hay diferencias significativas entre los grupos de edad. Los datos muestran que los participantes más jóvenes tienen más probabilidades de haber recibido educación sexual en la escuela que los mayores (p=0,023). No se ha explorado en el contexto de este estudio las razones que explican por qué los más jóvenes recibieron más educación sexual que los mayores, lo que invita a más investigaciones para explorar este fenómeno.

Con referencia al tema de la educación sobre cómo tener acceso a SSSR, se observan también diferencias significativas entre los grupos de edad (p=0,002). Sin embargo, en comparación con la primera pregunta, el grupo de los más jóvenes recibió menos educación sobre cómo tener acceso a SSSR en comparación con los mayores. En relación con la recepción de la educación sobre los derechos a tener acceso a SSSR, no hubo una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos de edad. No obstante, se puede observar que, en general, para cada grupo de edad hay proporciones más bajas sobre el tema que en la categoría anterior.

De las dos últimas categorías (recepción de educación sobre cómo tener acceso a SSSR y recepción de educación sobre los derechos a tener acceso a SSSR), es importante señalar que los resultados presentados en la Tabla 2 se basan en los participantes que respondieron haber recibido educación sexual en la escuela. Si ponemos los resultados en relación con todos los participantes (incluidos los que no recibieron educación sexual), la proporción para las dos últimas categorías es aún menor. De los que declararon haber sido instruidos sobre cómo a acceder a la SSSR, la proporción pasa del 63,3% al 53,3% (IC 95% 49,8-56,8), y de los que respondieron que se les había instruido sobre su derecho a acceder a la SSSR, la proporción pasa del 49,7% al 41,9% (IC 95% 38,5-45,4).

DISCUSIÓN

Nuestro estudio demuestra que la gran mayoría de los participantes reportó haber recibido educación sexual en

la escuela (84,2%). Es importante notar que los participantes no fueron interrogados sobre el nivel o la calidad de su educación sexual. Próximos estudios sobre el tema deberían tomar ese elemento en consideración y encontrar formas de medir esta diferencia potencial. Otros estudios indicaron que jóvenes colombianos no se sintieron satisfechos con el nivel de educación sexual que recibieron en la escuela (16-17), por ejemplo, porque lo que se les enseñó era “demasiado básico”, y se quejaron de que la enseñanza no abordaba temas importantes como los contraceptivos.

Sin embargo, al examinar las proporciones de participantes que declararon haber recibido una educación sexual que incluía enseñarles cómo acceder a los SSSR y educarles sobre su derecho a acceder a los SSSR, se hace evidente que estas proporciones son aún más bajas. Esto indica una brecha significativa en la provisión de educación sexual integral para los adolescentes colombianos, ya que parecen faltar elementos cruciales.

El tema de la educación sexual en las escuelas es, sin duda, un asunto polémico, en el que diversos grupos mantienen puntos de vista divergentes sobre la mejor manera de salvaguardar el bienestar de los jóvenes. Mientras algunos abogan por una educación sexual integral, otros favorecen un enfoque basado únicamente en la abstinencia. Sin embargo, con independencia del enfoque elegido, es crucial que demos prioridad a enseñar a los jóvenes a acceder a los SSSR y a educarlos sobre sus derechos en este sentido. Nunca se insistirá lo suficiente en la importancia de estos conocimientos, ya que repercuten directamente en la salud y el bienestar de nuestros jóvenes.

Los resultados de este artículo refuerzan la necesidad acuciante de un plan de estudios de educación sexual integral que incluya información sobre el acceso a los SSSR y la comprensión de los propios derechos. Los datos ponen claramente de manifiesto una importante laguna en los actuales programas de educación sexual que se imparten a los jóvenes. Si abordamos esta carencia y nos aseguramos de que los jóvenes disponen de los conocimientos necesarios, podremos capacitarles para tomar decisiones informadas sobre su salud sexual y reproductiva, mejorando así su bienestar general.

Limitaciones

Es fundamental contextualizar los datos de esta investigación, especialmente en relación con el sesgo de representación, por el hecho de que los participantes de este estudio no son representativos de todos los jóvenes en Colombia. Los participantes eran pacientes en una clínica de Profamilia en Cali y Medellín, lo que sugiere que son personas que potencialmente tienen más conocimientos sobre salud sexual y reproductiva que los jóvenes que no acceden a los servicios de Profamilia, por el hecho de que no sepan cómo acceder a esos servicios. Además, los jóvenes

de Cali y Medellín no son representativos de los jóvenes de otras partes del país (por ejemplo, la costa Caribe).

Otra limitación para tener en cuenta es la falta de definición de la educación sexual impartida a los participantes, lo que significa que existe un posible sesgo de medición. Por ejemplo, si los participantes recibieron educación basada únicamente en la abstinencia, esto no constituye una educación sexual integral.

Además, es crucial tener en cuenta la presencia de sesgos de recuerdo, sobre todo entre los participantes de más edad. Aunque es posible que hayan recibido previamente información sobre el acceso al RSSS y sus derechos, también puede ocurrir que no recuerden estos detalles con exactitud o no los recuerden en absoluto (18)♣

Financiamiento: Este estudio fue financiado por medio de una beca de investigación de Julien Brisson, de los Canadian Institutes of Health Research (CIHR).

Conflictos de intereses: Ninguno.

REFERENCIAS

1. Goldfarb ES, Lieberman LD. Three decades of research: The case for comprehensive sex education. *J Adolesc Health*. 2021; 68(1):13-27. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.07.036>.
2. Stanger-Hall KF, Hall DW. Abstinence-only education and teen pregnancy rates: Why we need comprehensive sex education in the US. *PloS One*. 2011; 6(10):e24658. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0024658>.
3. Fonner VA, Armstrong KS, Kennedy CE, O'Reilly KR, Sweat MD. School based sex education and HIV prevention in low-and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *PloS One*. 2014; 9(3):e89692. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0089692>.
4. Kohler PK, Manhart LE, Lafferty WE. Abstinence-only and comprehensive sex education and the initiation of sexual activity and teen pregnancy. *J Adolesc Health*. 2008; 42(4):344-51. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2007.08.026>.
5. De Castro F, Rojas-Martínez R, Villalobos-Hernández A, Allen-Leigh B, Breveman-Bronstein A, Billings DL, Uribe-Zúñiga P. Sexual and reproductive health outcomes are positively associated with comprehensive sexual education exposure in Mexican high-school students. *PloS One*. 2018; 13(3):e0193780. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0193780>.
6. Reis M, Ramiro L, de Matos MG, Diniz JA. The effects of sex education in promoting sexual and reproductive health in Portuguese university students. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2011; 29:477-85. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2011.11.266>.
7. Minaya J, Owen-Smith A, Herold J. The impact of sex education on HIV knowledge and condom use among adolescent females in the Dominican Republic. *Int J Adolesc Med Health*. 2008; 20(3):275-82. <https://doi.org/10.1515/IJAMH.2008.20.3.275>.
8. Boti N, Hussen S, Shegaze M, Shibus S, Shibiru T, Zerihun E, Godana W, Abebe S, Gebretsadiq W, Desalegn N, Temtime Z. Effects of comprehensive sexuality education on the comprehensive knowledge and attitude to condom use among first-year students in Arba Minch University: a quasi-experimental study. *BMC Res Notes*. 2019; 12(1):1-7. <https://doi.org/10.1186/s13104-019-4746-6>.
9. Patton GC, Coffey C, Cappa C, Currie D, Riley L, Gore F, Degenhardt L, Richardson D, Astone N, Sangowawa AO, Mokdad A. Health of the world's adolescents: a synthesis of internationally comparable data. *The Lancet*. 2012; 379(9826):1665-75. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60203-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60203-7).

10. World Health Organization. Global Accelerated Action for the Health of Adolescents (AA-HA!): Guidance to support country implementation. Geneva: World Health Organization; 2017.
11. Unesco. International technical guidance on sexuality education: An evidence-informed approach. Geneva: World Health Organization; 2018.
12. Brisson J, Ravitsky V, Williams-Jones B. "Fostering autonomy" for adolescents to access health services: a need for clarifications. *J Adolesc Health*. 2021; 68(6):1038-9. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2021.03.007>.
13. Sawyer SM, Azzopardi PS, Wickremarathne D, Patton GC. The age of adolescence. *Lancet Child Adolesc Health*. 2018; 2(3):223-8. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(18\)30022-1](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(18)30022-1).
14. IBM Corp. IBM SPSS Statistics for Macintosh, version 29.0. IBM Corp; 2023.
15. Council for International Organizations of Medical Sciences. International ethical guidelines for health-related research involving humans. 4th ed. Geneva: World Health Organization; 2017.
16. Brisson J, Ravitsky V, Williams-Jones B. Colombian adolescents' perceptions of autonomy and access to sexual and reproductive health care services: An ethical analysis. *J Adolesc Res*. 2021; 39(2):298-327. <https://doi.org/10.1177/07435584211014862>.
17. Brisson J, Ravitsky V, Williams-Jones B. Colombian youth express interest in receiving sex education from their parents. *Sex Cult*. 2023; 27(1):266-89. <https://doi.org/10.1007/s12119-022-10012-8>.
18. Hassan E. Recall bias can be a threat to retrospective and prospective research designs. *Internet J Epidemiol*. 2006; 3(2):339-412.