



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
CONOCIMIENTOS Y CONCEPTOS PSICOLÓGICOS
RELACIONADOS CON SALUD REPRODUCTIVA EN
MAESTROS DE ESCUELAS SECUNDARIAS Y
PERSONAL DE SALUD
TESIS
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
PRESENTA

JULIO CESAR BURGOS OVIEDO
MARIA ANGELICA GARCIA ROJO

DIRECTORA DE TESIS:

MTRA. NAZIRA CALLEJA BELLO

MÉXICO, D. F.

1998

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

262671



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas

Tesis Digitales

Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**DEDICAMOS ESTE TRABAJO Y EXPRESAMOS NUESTRO AMOR
Y AGRADECIMIENTO A:**

Nuestros padres con los que Dios nos ha bendecido:

✠ Antonio García

✠ Pedro Burgos

✠ Dolores Rojo

✠ María Luisa Oviedo

POR SU AMOR, FE Y APOYO INCONDICIONAL

Nuestros hermanos y sobrinos

Que llenan de dicha nuestra vida

✠ A Nazira Calleja por compartir su ser y encauzar nuestros pensamientos

A todos los educadores que se comprometen en su gran labor, especialmente a:

✠ Mtra. Aida María Rodríguez

✠ Mtra. Lucy Reidl

✠ Mtro. José Francisco Fernández

✠ Lic. Lilia Joya

Por recorrer con nosotros el camino

A quienes participaron y abrieron las puertas de sus instituciones para la realización de esta investigación

A tí Cesar por coincidir y hacer placentera la realización de este trabajo

A tí Angie por todo el apoyo y el cariño que mostraste a lo largo de esta aventura



ÍNDICE

Resumen	II
Introducción	III
Capítulo I. Salud sexual y salud reproductiva	1
1.1 Antecedentes	
1.2 Definiciones	
1.3 Investigaciones	
1.3.1 En adolescentes	
1.3.1.1 Experiencia sexual	
1.3.1.2 Aborto	
1.3.1.3 Embarazo	
1.3.1.4 Enfermedades de transmisión sexual y SIDA	
1.3.1.5 Uso de condón	
1.3.1.6 Conocimientos sobre sexualidad	
1.3.1.7 Educación sexual	
1.3.2 En padres de familia	
1.3.2.1 Comunicación padres-hijos	
1.3.2.2 Educación sexual	
1.3.3 En educadores sexuales	
1.3.3.1 Docentes	
1.3.3.2 Personal de salud	
1.3.4 Capacitación en educadores sexuales	



Capítulo II. Educación para la salud sexual

23

- 2.1 Educación para la salud
- 2.2 Enfoques de educación para la salud
 - 2.2.1 Enfoque conservador vs. progresista
 - 2.2.2 Educación sanitaria vs. Educación en salud
 - 2.2.3 Educación para la salud en México
- 2.3 Educación para la salud sexual y reproductiva
- 2.4 Los educadores sexuales
- 2.5 El perfil del educador sexual

Capítulo III. La enseñanza de la salud reproductiva en México

43

- 3.1 Antecedentes
- 3.2 Instituciones educativas
- 3.3 Instituciones de salud

Capítulo IV. Derechos sexuales y reproductivos

58

- 4.1 Políticas internacionales
- 4.2 Derechos sexuales y reproductivos

Capítulo V Investigación

65

- ☐ Planteamiento del problema
- ☐ Planteamiento de hipótesis



Método	70
☐ Tipo de estudio	
☐ Muestreo y sujetos	
☐ Variables	
Variables independientes	
Variables dependientes	
Variables sociodemográficas	
Variables de formación como educador sexual	
☐ Instrumentos	
☐ Procedimiento	
☐ Análisis estadístico	
 Resultados	 84
 Capítulo VI. Discusión y conclusiones	 116
Sugerencias y limitaciones	
 Referencias	 129
 Anexos	

*"La tarea del maestro no es rellenar exámenes, sino
abrir cauces para el desarrollo del pensamiento"
(Claparede, 1975 citado en López, 1993, p. 8)*

FALTA PAGINA

No. **I**

RESUMEN

En fechas recientes se ha reconocido en diversos foros nacionales e internacionales que el mejoramiento de la salud reproductiva de la población es un factor indispensable para el desarrollo sostenible de los pueblos (Alcalá, 1995). La promoción de la salud reproductiva a través de acciones de difusión y educación, especialmente dirigida a los jóvenes, requiere de personal capacitado en estos temas.

El objetivo de esta investigación fue identificar y comparar los conocimientos y los conceptos psicológicos sobre salud reproductiva (relaciones prematrimoniales, condón, masturbación, SIDA, embarazo adolescente y educación sexual); de profesores de escuelas secundarias y de personal de centros de salud, y determinar de qué manera están influidos por su género, edad, estado civil, nivel de escolaridad, experiencia en impartir cursos sobre sexualidad, cursos tomados y formación profesional.

Participaron en la investigación 129 personas, 63 profesores de escuelas de nivel medio básico y 66 trabajadores de centros de salud del primer nivel de atención (médicos, enfermeras y trabajadoras sociales), que imparten y no imparten temas relacionados con sexualidad o salud reproductiva.

Se utilizó un cuestionario con 44 preguntas de conocimientos sobre diversos temas relacionados con la sexualidad y la salud reproductiva, una hoja para cada estímulo de los conceptos a definir, de acuerdo con la técnica de redes semánticas y una cédula sociodemográfica, para identificar características personales de los participantes.

El promedio general en conocimientos sobre salud reproductiva de la muestra fue de 5.49 (en escala de 1 a 10). Para los profesores fue de 5.40, en tanto que para el personal de salud, fue de 5.58. Se encontraron diferencias significativas por la formación profesional de los sujetos y por su experiencia como educadores sexuales.

Ambos grupos difieren en los significados psicológicos que elaboraron para cada uno de los conceptos sobre salud reproductiva. Aunque, coinciden en conceptualizar a la educación sexual como necesaria e indispensable.

Se concluye que la capacitación de los educadores sexuales es necesaria y urgente para un mejor estado de salud, particularmente sexual y reproductiva, de los adolescentes y la población en general.



INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas el interés de los organismos nacionales e internacionales en la reproducción humana ha aumentado de manera notable, considerándosele cada vez más como un factor de mayor importancia para el estado de salud general de la población.

Baste mencionar la Conferencia Internacional sobre Población y el Desarrollo (CIPD) celebrada en El Cairo en 1994, donde se enarbó el derecho universal a la salud sexual y reproductiva. Este derecho se traduce en la decisión libre e informada sobre el momento de iniciar la vida sexual y reproductora así como sobre el uso de métodos para el control de la natalidad, en el respeto a la integridad física y en el derecho a no sufrir discriminación ni coerción en los asuntos relacionados con la vida sexual y reproductora de la persona.

En México, el interés en la salud reproductiva se ve reflejado en la aparición y actividad de organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, tanto académicas como de asistencia. Por citar algunas: la Asociación Mexicana para el Estudio de la Sexualidad (AMES), la Fundación Mexicana para la Planeación Familiar (Mexfam), el Instituto Mexicano de Investigación en Familia y Población (IMIFAP), el Centro de Orientación para Adolescentes (CORA), el Instituto Nacional de Perinatología (INPer) y la Dirección de Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud.

Se ha considerado que la promoción de la salud reproductiva no debe restringirse al uso de métodos para el control de la natalidad, al espaciamiento de los nacimientos o a la atención maternoinfantil.



Es necesario tomar en cuenta la relación entre la salud reproductiva y la sexualidad (Alcalá, 1995; Porter, 1993) e incluso comprender cómo el desarrollo sexual determina en gran medida la salud reproductiva de los individuos. De este modo, además de los indicadores habituales de la salud maternoinfantil (mortalidad materna y perinatal, tasa de uso de métodos anticonceptivos), a la salud reproductiva se incorporan otros, como las tasas de embarazo adolescente, embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual.

Es común que los representantes de los organismos mencionados recomienden el desarrollo de programas educativos dirigidos a la población y a los profesionales de la salud (Alcalá, 1995, Chelala, 1992, López y Zúñiga, 1994). Al respecto se considera fundamental la creación y ejecución de programas de educación sexual destinados a prevenir el embarazo en adolescentes y la adquisición de enfermedades de transmisión sexual en la población.

Tratando de responder a esta necesidad, la Secretaría de Educación Pública, a través de la Dirección General de Educación Media Básica, a partir de 1993, decidió incorporar la asignatura de "Orientación Educativa" en la que se revisan temas relacionados con la conducta sexual de los jóvenes. Sin embargo, los programas de educación sexual que se han incorporado tienen poco fundamento en la investigación, lo cual ha llevado a que éstos no reflejen realmente las necesidades de la población, en lo que se refiere a edad, contenidos y metodología didáctica (Pick, 1994).

Por su parte, la Secretaría de Salud, en sus Centros de Salud Comunitaria promueve la educación sexual y reproductiva a través de módulos de atención, formados por un médico, una enfermera y una trabajadora social —debería incluirse un psicólogo—, quienes orientan de manera particular a la población que llega a consulta y realizan cursos y pláticas sobre reproducción, métodos



anticonceptivos, embarazo adolescente, enfermedades de transmisión sexual y SIDA.

En ocasiones, a solicitud de las escuelas secundarias o por iniciativa propia, este grupo interdisciplinario acude a las instituciones a informar, orientar y prevenir a los jóvenes. Sin embargo, estas actividades y los programas que se imparten, no han sido evaluados.

Así, identificar y comparar los conocimientos sobre sexualidad y los conceptos psicológicos de profesores y personal de salud resulta relevante y constituye un primer paso para la elaboración de un programa de capacitación acorde a sus necesidades, debido a que ambos grupos tienen la gran responsabilidad de educar a las nuevas generaciones, desde un enfoque de educación para la salud, donde lo necesario es que los educadores posean, además de la información necesaria para desempeñar sus funciones como promotores, la objetividad para hacerlo, evitando mitos, prejuicios y creencias falsas.

Por otro lado, se debe considerar que cualquier educador, sea docente o personal de salud, además de los conocimientos, transmite sus propias creencias con respecto a la materia que imparte —incluso su propia concepción del mundo— (Eagleton, 1980; Ruiz, 1985) y aún más, que su propia actitud influye de manera determinante en la actitud de los educandos hacia la materia (Mager, 1986). Asimismo, dado que el área de la sexualidad está en estrecha relación con la formación de los valores y las actitudes de cualquier persona, resulta imprescindible que quienes se encarguen de la educación sexual de las nuevas generaciones, en este caso profesores y personal de salud, puedan distinguir entre sus propias opiniones y el conocimiento que deben impartir. Lo anterior ha sido recomendado incluso por organizaciones como el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia



(UNICEF) y la Organización Mundial de la Salud (World Health Organization, 1989).

Estos tres organismos, en el documento titulado "La salud reproductiva de los adolescentes, una estrategia para la acción", destacan la falta de conciencia y sensibilidad de personas que suelen influir sobre las opiniones de los adolescentes (educadores, personal de salud, religiosos, líderes juveniles y los padres) hacia los problemas particulares de los jóvenes, lo cual puede deberse a la falta de preparación, a la desinformación o incluso a la vergüenza que manifiestan al abordar temas relacionados con la sexualidad.

La presente investigación se enmarca en el Instituto Nacional de Perinatología, que efectúa a través de su Departamento de Educación en la Comunidad, el "Programa educativo para adolescentes: salud reproductiva". Este programa es evaluado y revisado cada vez que se imparte en escuelas secundarias del Distrito Federal, por alumnas de la carrera de pedagogía que realizan prácticas profesionales y servicio social en este departamento. Sin embargo, la cobertura es limitada y se desarrollan anualmente de dos a cuatro cursos.

Considerando la necesidad de que más jóvenes se beneficien de este programa, se planeó la realización de un taller para profesores y personal de salud que trabajaran con adolescentes y estuvieran interesados en promover la salud sexual y reproductiva. Un primer paso sería establecer contacto con ellos e identificar y comparar sus conocimientos y sus conceptos psicológicos relacionados con salud reproductiva, lo cual contribuiría al desarrollo de un programa de capacitación sobre salud reproductiva acorde a sus necesidades, que repercutiera en un mejor estado de salud sexual, tanto de los adolescentes como de la población en general; se planeaba que, una vez diseñado el curso para profesores y personal



de salud, fueran ellos quienes reprodujeran el "Programa educativo para adolescentes: salud reproductiva", desarrollado en el INPer.

El presente estudio tuvo como propósito cubrir este primer paso. Para ello se solicitó la participación de 63 profesores de educación media básica y 66 trabajadores del sector salud, que realizan y no realizan actividades educativas en salud reproductiva, a quienes se les aplicó un cuestionario de conocimientos que abarcan los temas: anatomía y fisiología de los órganos reproductivos, conducta sexual, comportamiento reproductivo, problemas relacionados con la salud reproductiva, métodos anticonceptivos, enfermedades de transmisión sexual y factores sociales que alientan el embarazo adolescente. También se administraron seis palabras estímulo (relaciones prematrimoniales, condón, masturbación, SIDA, embarazo adolescente y educación sexual), que se trabajaron con la técnica red semántica. Se analizó de qué manera las variables género, edad, estado civil, nivel de escolaridad, experiencia en impartir cursos sobre sexualidad, cursos tomados y formación profesional, influyen en sus conocimientos.

También se efectuó una amplia revisión de la literatura actual sobre el tema, que se desglosa de la siguiente manera:

En el capítulo I se presentan definiciones de salud sexual y salud reproductiva; se destaca la necesidad de rebasar el concepto limitado que reduce la salud reproductiva a la atención materno infantil y al control de la natalidad, y de asumir una perspectiva amplia, que vincule a la salud reproductiva con el desarrollo de la sexualidad. Se reportan resultados de estudios sobre salud reproductiva y sexualidad.



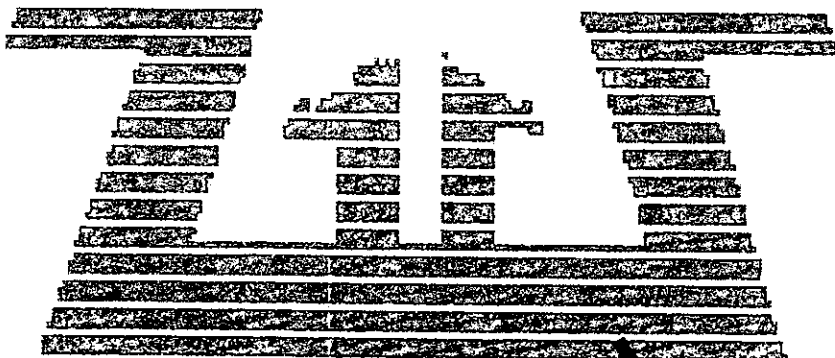
En el capítulo II se describe cómo los enfoques filosóficos conservador y progresista, analizados por Frondizi (1985) y el convencional y mediatizador que agregan Werner y Bower (1984) de la educación han influido en la formación de enfoques particulares de educación para la salud.

A partir de esta revisión, se caracteriza la práctica de la educación sexual en México. Se incluye una discusión sobre la naturaleza e importancia de las actitudes, conocimientos y habilidades didácticas de los educadores para la obtención de los resultados esperados en las actividades de educación para la salud. Por último, se comentan las características que idealmente deben presentar las personas que se dediquen a promover la salud reproductiva mediante actividades educativas.

En el Capítulo III se revisan los esfuerzos de instituciones educativas y de salud en la promoción de la salud sexual y reproductiva, haciéndose hincapié en los contenidos de las materias de educación media básica que incluyen estos temas y en las políticas, estrategias, acciones y metas de la Secretaría de Salud.

En el Capítulo IV se analizan las políticas internacionales en materia de salud sexual y reproductiva, y el derecho básico del ser humano para alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva.

En el Capítulo V se describe la metodología que se empleó para investigar los conocimientos y los conceptos psicológicos de los profesores de secundaria y el personal de salud y los resultados obtenidos. En el Capítulo VI se presenta la discusión y las conclusiones derivadas de los hallazgos de este estudio a la luz de la investigación previa.



CAPITULO I

[REDACTED]



CAPÍTULO I.

SALUD REPRODUCTIVA Y SALUD SEXUAL

1.1 Antecedentes

El interés de organismos nacionales e internacionales en la reproducción humana ha aumentado de manera notable, considerándosele cada vez más como un factor de gran importancia para el estado de salud general de la población. Baste mencionar la Conferencia Internacional sobre Población y el Desarrollo (CIPD) celebrada en el Cairo en 1994 y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (CCMM) efectuada en Beijing en 1995, donde se puntualizaron como acuerdos internacionales las definiciones de **Salud reproductiva** –abarcando aspectos psicológicos y sociales– y de **Salud sexual** con sus respectivos derechos.

Las principales situaciones que propiciaron las nuevas conceptualizaciones de salud reproductiva y salud sexual son:

- ♦ Necesidad de planificación familiar para tener pocos embarazos y más espaciados
- ♦ Demanda de grupos de mujeres para la satisfacción de necesidades de la mujer en general y no sólo como madres
- ♦ Incremento de enfermedades de transmisión sexual (SIDA)
- ♦ Reconocimiento de las necesidades particulares de los adolescentes



- ♦ Reconocimiento de las necesidades particulares y responsabilidades de los varones

A partir de la preocupación por la salud reproductiva y sexual, en nuestro país la educación sexual se ha introducido, tanto en el sector público como privado, en el sentido de que cuando el bienestar y la salud se convierten en prioridades para la sociedad, la sexualidad pasa a ser un ámbito de interés público. Sin lugar a dudas, los programas de salud y de planificación familiar han abierto los principales espacios de oportunidad para estudiar la sexualidad y para ofrecer servicios educativos y de salud que empiezan a superar el enfoque biologicista.

En este capítulo se definen los conceptos de salud reproductiva y de salud sexual, se destaca la necesidad de rebasar el concepto limitado, que reduce la salud reproductiva a la atención materno infantil y al control de la natalidad, asumiendo una perspectiva amplia que vincula a la salud reproductiva con el desarrollo de la sexualidad, además se presenta un panorama de las investigaciones que sobre sexualidad y salud reproductiva se han realizado.

1.2 Definiciones

La **salud reproductiva** se define como un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos.

La atención de la salud reproductiva se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y el bienestar reproductivos para evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva (CCMM, 1995).



Se reconoce a las personas como capaces de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos de procrear, y con libertad para decidir hacerlo o no, cuándo y con qué frecuencia. El hombre y la mujer tienen el derecho a obtener información y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables de su elección para la regulación de la fecundidad, que no estén legalmente prohibidos, así como el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos (CCMM, 1995).

La **salud sexual** es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como la integración en el ser humano de lo somático, lo emocional, lo intelectual y lo social de la conducta sexual, para lograr un enriquecimiento positivo de la personalidad humana que facilite sus posibilidades de comunicación y de dar y recibir amor (Urbina y Pérez, 1994).

En la CCMM se enfatizó que la **salud sexual** está encaminada al mejoramiento de la vida y de las relaciones personales, y los servicios de salud sexual no deberían estar meramente orientados al asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual (CCMM, 1995).

Esto permite considerar que la promoción de la salud reproductiva no debe restringirse al uso de métodos para el control de la natalidad, al espaciamiento de los nacimientos o a la atención maternoinfantil. Es necesario tomar en cuenta la relación entre la salud reproductiva y la sexualidad e incluso comprender cómo el desarrollo sexual determina en gran medida la salud reproductiva de los individuos; de este modo, además de los indicadores habituales de la salud maternoinfantil (mortalidad materna y perinatal, tasa de uso de métodos anticonceptivos), a la salud reproductiva se incorporan otros, como las tasas de embarazo adolescente, embarazos no deseados y de enfermedades de transmisión sexual (Alcalá, 1995, Porter, 1993).



Como se puede observar, estos conceptos incluyen a la reproducción en un marco más amplio que el institucional de la familia, para ubicarla a lo largo de toda la vida de las personas. El conceptualizar la reproducción como un proceso y no sólo como un hecho, plantea la posibilidad de lograr una reproducción sana en determinado momento de la vida, permitiendo en fases previas al embarazo prepararse y educarse para ello, y en etapas posteriores garantizar el cuidado de los órganos reproductivos.

Los programas de planificación familiar realizados en instituciones de salud se ven ampliados y rebasados, a partir de la conceptualización de salud reproductiva, lo cual obliga a ofrecer estrategias a quienes no tienen como punto de referencia a la familia, por ejemplo, los adolescentes, cuyo objetivo no es formalizar una pareja.

Lo importante es que cuando una persona inicie su actividad sexual tenga la capacidad para decidir si quiere o no tener hijos, así como para asumir la responsabilidad concomitante al manejo de las potencialidades de su cuerpo.

Es así como el concepto de **salud reproductiva** permite reconocer que no basta un programa de planificación familiar, o un programa sólo para las mujeres unidas en matrimonio o en una relación estable, sino que se requieren múltiples y concertadas acciones de prevención.

De esta manera, las estrategias en salud reproductiva debieran proyectarse hacia las de planificación de la vida, porque es en este concepto global donde se ubica lo que la gente piensa o decide (Careaga, 1996).



Estos conceptos básicos, apoyados por los acontecimientos mundiales, exigen transformar el proceso de formulación de políticas en esta esfera y las discusiones entre educadores sexuales sobre abordar o no los temas relacionados con salud reproductiva y sexualidad, sobre hacerlo a fondo o superficialmente; sobre mandar a los adolescentes a realizar maquetas y esperar a que ellos den la clase o a que otra persona hable con ellos de "estos delicados temas"; no deberían existir; no se trata de discutir si se debe o no hacer, es un derecho mundial.

Es necesario que los profesores y el personal de salud, conozcan estas nuevas conceptualizaciones y que además puedan distinguir entre lo que significa sexualidad y sexo, ya que comúnmente estas palabras han sido utilizadas como sinónimos y con frecuencia se relacionan con el coito. Rubio (1994) define a la sexualidad como: la construcción "...en la mente del individuo a partir de las experiencias que tiene desde temprano en la vida y que la hacen significar e integrar las experiencias del placer erótico con su ser hombre o mujer (género), sus afectos que le vinculan con otros seres humanos y con su potencialidad reproductiva..." (p.43). El sexo, en cambio, se refiere únicamente a "la condición orgánica que distingue en una especie dos tipos de individuos que desempeñan distinto papel en la reproducción. El sexo es un carácter hereditario transmitido por los cromosomas sexuales" (Salvat, 1976; p. 3022).

1.3 INVESTIGACIONES

La investigación sobre salud reproductiva y sexualidad en México, ha respondido a diversas inquietudes, por ejemplo: la aparición y expansión de la epidemia del virus de inmunodeficiencia humana (VIH/SIDA), el problema demográfico vinculado a la salud de las mujeres, el inicio temprano de la reproducción y el avance de los conocimientos académicos en las ciencias sociales, las ciencias de



la salud y las ciencias del comportamiento (Liguori y Szasz, 1996; Pick, Givaudan y Saldívar-Garduño, 1996).

Las investigaciones se presentan de acuerdo con la siguiente clasificación: adolescentes, padres de familia, educadores sexuales y capacitación de educadores sexuales.

1.3.1 En adolescentes

1.3.1.1 Primera experiencia sexual

En una encuesta realizada por el CONAPO entre jóvenes de escuelas de educación media superior se encontró que el promedio de edad de la primera experiencia sexual es de 16.5 años, iniciando los varones su actividad sexual con una amiga en el 54.75% de los casos, con su novia en el 22.4%, con una prostituta en el 18.3% y con la esposa 1.3%; mientras que las mujeres inician su actividad sexual con el novio en el 76% de los casos, en el 10% con un amigo y en el 8.4% con el esposo (Liguori y Szasz, 1996).

La primera relación sexual, en la mayoría de los casos, se presenta en forma imprevista, no planeada, sin información y sin métodos anticonceptivos (Liguori y Szasz, 1996). Las adolescentes sexualmente activas están menos dispuestas a usar métodos anticonceptivos, que las mujeres de mayor edad y cuando lo hacen, recurren por lo general a métodos poco efectivos (retiro y ritmo).

1.3.1.2 Aborto

El conocimiento y uso de anticonceptivos en los adolescentes es importante porque muchas veces se recurre al aborto frente a la presencia de embarazos no



deseados. En un ejercicio de estimación realizado por el CONAPO, se calculan 220 mil abortos anuales en el periodo 1990-92. Se afirma que una de cada cinco mujeres entre quince y cuarenta años de edad ha experimentado algún aborto y 6% de ellas han tenido más de uno (citado en Pérez y Maldonado, 1997). Se ha detectado que el 40% de abortos ocurren entre mujeres adolescentes y debido, en parte, a la clandestinidad y a las circunstancias en que se realiza, constituye la tercera causa de muerte materna (Population Reference Bureau, 1993).

1.3.1.3 Embarazo

En relación con el embarazo adolescente, se ha encontrado que del total de nacimientos reportados en 1990, el 16% corresponde a mujeres menores de 20 años, sumando un total de 450 mil (Welti, 1995).

En cuanto a los problemas vinculados con el embarazo precoz, Welti (1995) señala los siguientes:

- ♦ Peligro a la salud de la madre y el hijo.

Las investigaciones muestran una mayor proporción de muertes en el primer año de vida entre los hijos de madres menores de veinte años en relación con las mujeres que tienen sus hijos después de esta edad. De igual manera, el embarazo a una edad temprana provoca desafíos en el desarrollo físico de la adolescente, además de anemia, complicaciones durante el embarazo y el parto (López, 1994).

- ♦ Consecuencias emocionales en la adolescente tales como: depresión, angustia, miedo, sentimientos de inseguridad y actitudes de rechazo e indiferencia.
- ♦ Consecuencias sociales: deserción escolar, confusión de roles, mayor demanda de servicios de salud y crecimiento poblacional.



En un estudio realizado por Carrasco y col. (1994) se encontró que la escolaridad promedio de las adolescentes embarazadas que entrevistaron era de 8 años y que al momento de la concepción ya todas habían abandonado sus estudios porque "no les gustaban", sus planes a futuro eran poco definidos, no usaban métodos anticonceptivos porque argumentaron que hacen daño, aunque no supieron especificar en qué, pero estaban convencidas de ello pues "todo el mundo lo dice". También se encontraron antecedentes de embarazos tempranos en personas cercanas a ellas; igualmente hubo casos de madres con múltiples parejas o que vivían con una persona distinta al padre de la participante.

El perfil psicológico de las adolescentes embarazadas describe a mujeres con pocas expectativas académicas y laborales, baja autoestima y asertividad y poca comunicación con la madre. El embarazo temprano para las adolescentes suele ser una vía de ascenso en la escala del poder familiar y acceso a un "estatus de mujer" (Pérez y Maldonado, 1997).

Pick y col. (1994) reportan que la escolaridad de los jóvenes se relaciona con un uso mayor de métodos anticonceptivos, con la posibilidad de decidir cuándo tener relaciones sexuales y con qué frecuencia y con una mayor participación en la decisión del número de hijos que se planea tener.

1.3.1.4 Enfermedades de transmisión sexual y SIDA

Por otra parte, las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) también representan un factor de riesgo; los adolescentes son una población susceptible de contagiarse de enfermedades graves como el SIDA, la gonorrea o la sífilis; esto por la falta de información para prevenirlas —desconocimiento de qué son y cuáles son sus síntomas—; además, por ignorancia, falta de cuidado o pena, no acuden a los servicios de salud, lo que agrava aún más el problema.



Se piensa que uno de cada 20 adolescentes contraen una ETS, y las tasas más altas de incidencia se registran en jóvenes de 15 a 24 años de edad (Family Core International, 1995).

La Organización Mundial de la Salud informa que desde 1981 hasta principios de 1996, existían 22,000,000 de personas infectadas con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) en todo el mundo (Solorio, 1996).

Los grupos juveniles son el blanco más importante del VIH/SIDA, un 31.6% de los casos acumulados corresponde al grupo de 20 - 29 años y, 37.8% a los de 30 - 39 años. Si se toma en cuenta que el SIDA es la última fase de un largo proceso viral, que toma 10 años como tiempo medio entre la adquisición del virus y la enfermedad, se habla de que la infección ocurrió en el 70% de los casos en la adolescencia y juventud (citado en Pérez y Maldonado, 1997).

Por su parte, Patullo y col. (1994) evaluaron los conocimientos y las actitudes con respecto al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), encontrando importantes limitaciones en la información de los más de tres mil estudiantes de secundaria kenianos que participaron en el estudio, lo cual al parecer determina la práctica no protegida de las relaciones sexuales en la mayoría de los jóvenes sexualmente activos.

1.3.1.5 Uso de condón

Se sabe que el uso del condón es una forma de prevenir el contagio por VIH/SIDA; partiendo de esta premisa, Botello (1996) entrevistó a 20 adolescentes varones con el objeto de conocer la representación social que tienen del condón y encontró que los grupos sociales de referencia son muy importantes para los jóvenes. Los adolescentes conocen el condón y saben para qué sirve; sin



embargo, no lo utilizan con todas las personas con las que tienen relaciones sexuales; algunos consideran que los hombres que expresan utilizarlo lo hacen para presumir y obtener prestigio dentro de su grupo.

Los jóvenes perciben el condón como incómodo, molesto, etc. y consideran que es responsabilidad tanto del hombre como de la mujer su uso. Tienen desconfianza por los condones que se dan en las clínicas del sector salud o en algunas Organizaciones No Gubernamentales.

Wilson y col. (1994) analizaron los factores relacionados con el uso y no uso del condón en una muestra de 241 jóvenes estadounidenses negros sexualmente activos. Cabe destacar que entre los factores asociados con el no uso del condón están la edad (a mayor edad, los jóvenes hacen menos uso del condón), lo cual puede relacionarse con hábitos arraigados, con información limitada y con la insatisfacción de la pareja por el uso del condón.

1.3.1.6 Conocimientos sobre sexualidad

En general, se reporta que los conocimientos hacia la sexualidad de los adolescentes son deficientes (Corona, 1987; Castillo, 1989; Pick, 1994; Pérez y Maldonado, 1997; Ligouri y Szasz, 1994; Carrasco y col., 1994).

Cáceres y col. (1992) encuestaron a 110 adolescentes peruanos y encontraron niveles medio-bajos de conocimiento sobre sexualidad y SIDA. A mayor conocimiento hay más apertura, en los varones, al uso de anticonceptivos. Los niveles de machismo son similares en ambos sexos, y se asocian a menores niveles de conocimiento sobre sexualidad. Un 27% de los adolescentes reportó tener práctica heterosexual (39% de los varones y 4% de las mujeres); además, 6% de los varones manifiestan tener prácticas homosexuales. Pese a la corta



edad promedio del grupo (14.7 años), más de la quinta parte del mismo refirió haber mantenido relaciones sexuales y comportamiento riesgoso —nivel de actividad sexual, número de parejas y contactos homosexuales— para enfermedades de transmisión sexual y embarazo no deseado.

En 1992, el DIF realizó una encuesta nacional a jóvenes de 12 a 19 años, estudiantes de secundaria y preparatoria oficial que vivían en zonas urbanas, semiurbanas y rurales; se encontró que el 68% tiene conductas positivas hacia la percepción de su propia sexualidad. El 44% siempre ha recibido orientación sexual por parte de sus familiares, un 26% la recibe algunas veces y el restante 30% nunca la ha recibido. Para el 59%, la educación sexual que reciben es adecuada y un 26% manifiesta tener temores en relación con la sexualidad. El 12% de los encuestados ha tenido relaciones sexuales, de ellos un 70%, las considera adecuadas y satisfactorias, en tanto que un 12% expresa insatisfacción total (citado en Pérez y Maldonado, 1997).

Los jóvenes perciben sus necesidades de entrenamiento y están motivados para recibirlo, situación que resulta favorable para cualquier esfuerzo de intervención (Cáceres y col., 1992).

1.3.1.7 Educación sexual

En un estudio que realizó el CONAPO, en 1988 sobre sexualidad y familia en jóvenes de educación media superior, el 39.4% de los varones identificaron al maestro (varón) como canal principal del que han recibido información sobre sexualidad, y entre las mujeres, la maestra ocupa el segundo lugar de importancia con el 37.6% (sólo la madre la supera con un 64.7%) Estos datos resaltan aún más el compromiso de los docentes y educadores para los logros y límites de la educación sexual.



Baird (1993) encontró que de un total de 81 adolescentes hombres y mujeres mexicanos, el 85% ha recibido alguna clase de educación sexual en la escuela, pero sólo el 8% creía que los maestros deberían ser los responsables de la educación sexual. Las actitudes de los jóvenes eran conservadoras, la mayoría indicaba que la gente (principalmente mujeres) debería casarse antes de tener relaciones sexuales y que el sexo sin amor no está bien.

Carrasco y col. (1994) obtuvieron que las participantes en su investigación, adolescentes primigestas con edades entre 15 y 19 años tenían escasos conocimientos sobre aspectos relacionados con sexualidad. Las madres de las participantes reportaron no haber hablado con sus hijas del tema porque no lo consideraron necesario, ya que "la escuela se encarga de eso".

Los jóvenes estudiantes de secundaria de la ciudad de México, reportan que los mitos y valores que se difunden en las instituciones educativas, eclesiásticas y familiares favorecen una visión muy confusa y bloquean la comprensión y asimilación de mensajes de información preventiva (Castillo, 1989; Rodríguez, 1994).

Por otra parte, se han llevado a cabo estudios en los que se evalúa la efectividad de los programas de educación sexual impartidos en ambientes escolares. En ellos, por lo general, se reportan resultados positivos como el retraso del inicio de las relaciones sexuales, la disminución del número de contactos y parejas sexuales y el aumento en el uso del condón (Kirby y col., 1994).



1.3.2 En padres de familia

1.3.2.1 Comunicación padres—hijos

En un estudio realizado por Guivaudan y Pick (1994) se encontró que tanto hijos como hijas se comunican con mayor frecuencia con su madre que con su padre en todos los aspectos, ya sean generales o relacionados con su vida afectiva y con su sexualidad. Los padres y madres dicen tener mayor comunicación con los hijos que la que ellos perciben. La calidad de la comunicación sobre sexualidad con el padre es percibida como mala por la mayoría de las hijas y por el 50% de los hijos. Sin embargo, la mayoría de los padres la consideran buena. Por otro lado, se observa que existe una mayor comunicación con las madres.

En este estudio se encontró que los temas relacionados con sexualidad son poco abordados dentro de la familia, reportándose obstáculos en la comunicación, tales como la falta de confianza y dificultad para iniciar una conversación sobre estos tópicos, aunque tanto los padres como los adolescentes manifestaron interés por hablar de estos temas dentro de la familia, por lo que las autoras proponen diseñar estrategias para mejorar la comunicación intergeneracional, enfatizando el aspecto de placer y sentido de la vida que puede proporcionar el ejercicio sano de la sexualidad.

Existen datos que indican que el tener un familiar que se haya embarazado premaritalmente o en la adolescencia, está asociado con una actividad sexual a edades tempranas, a esto también se ha relacionado la falta de información por parte de la madre sobre la posibilidad de un embarazo después de la primera menstruación y comunicación poco frecuente entre madre y adolescente sobre problemas personales (Pick y col., 1994).



Pérez (1996) trabajó con mujeres que asisten a un centro de salud cuyo promedio de edad fue de 23 años, 62% casadas, 91% amas de casa, 82% con escolaridad primaria y secundaria, 80% de nivel socioeconómico bajo y con 2 a 4 hijos (50%). Reporta que el anticonceptivo que más conocen son las pastillas (64%), y sólo el 49% de las entrevistadas ha usado algún método. El 15% manifiesta haber tenido un aborto, el 64% dice saber que en el centro de salud se da información sobre métodos anticonceptivos y el 87% de la muestra dijo interesarse por tener más información al respecto.

1.3.2.2 Educación sexual

En cuanto a la actitud de los padres hacia la educación sexual, Corona (1987) reporta que no desean que sus hijos se instruyan sobre esta área, dentro de las instituciones educativas, porque tienen la creencia de que esto propicia en los niños conductas o pensamientos sexuales.

Sin embargo, Pick publica en 1994b que como una respuesta a la falta de preparación de los padres sobre temas relacionados con sexualidad, la población expresa el reconocimiento y solicitud abierta y clara para que exista una educación sexual en las escuelas, el 97% de los encuestados pide que los profesores sean capacitados para impartir información sobre sexualidad.

1.3.3 En educadores sexuales

La investigación sobre educadores sexuales es poco reportada o los esfuerzos para realizarla son recientes; lo cierto es que la información sobre éstos es escasa. En este apartado se reportan las investigaciones en dos rubros: docentes y personal de salud.



1.3.3.1 Docentes

Con el objeto de conocer las características de los maestros que se dedican a impartir temas sobre educación sexual, MEXFAM realizó un estudio (citado en Mayén, 1989) a través del cual se realizaron entrevistas grupales con docentes de escuelas secundarias. Ésta es una interesante búsqueda de las motivaciones y razones para transmitir conocimientos sobre sexualidad y los retos y obstáculos a los que se enfrentan.

Los resultados obtenidos muestran que si bien los maestros y maestras están motivados, existen diferencias en la forma en que argumentan su interés. Las maestras justifican la enseñanza de la sexualidad desde la perspectiva del deber ser y su labor como docentes. Plantean la búsqueda del conocimiento como un elemento preventivo para resolver los problemas relativos a la sexualidad y establecen distancia entre su historia personal y la forma en que estas experiencias puedan servir y aplicarse en las situaciones de aprendizaje.

En contraste, los maestros enfatizan su interés en no repetir su historia de vida y en atender a los jóvenes que tienen información inadecuada. Los profesores asumen la enseñanza de la sexualidad desde sus propias vivencias y la forma en que fueron iniciados en su vida sexual; estos dos factores son los motivos que expresan para ofrecer nuevas opciones educativas. "Mantienen una actitud que puede fortalecer relaciones paternalistas y conductas dependientes en los alumnos y dificultar una relación más empática en la que se compartan los problemas de adultos y jóvenes en relación con la sexualidad" (Mayén, 1989, p.205).

"El maestro no deberá olvidar que es un agente de cambio y, como tal, tiene que reafirmar para sí y para los demás que la educación de la sexualidad es parte



estructural en un cambio cultural. Este puede iniciarse a partir de la voluntad individual del autoconocimiento y la identificación de los propios miedos, fantasías, esperanzas, placeres y displaceres, así como los límites de conocimiento y las áreas de ignorancia" (Mayén, 1989 p.206).

Lozoya (1991) elaboró un cuestionario de conocimientos y actitudes hacia la sexualidad que aplicó a maestros de primaria, y concluyó que aunque los profesores conocen el tema, poseen una actitud negativa o de rechazo hacia éste, lo cual impide que hablen de manera descriptiva y científica del comportamiento sexual.

El conocimiento sobre sexualidad de los profesores, de acuerdo con la autora, no es sistemático y si parcial, no tienen firmes los conceptos relacionados con la conducta sexual. Los profesores consideran que es importante la orientación sexual, pero en sus actitudes demuestran que consideran a la sexualidad sólo en el plano coital. Lozoya sugiere capacitar al personal y revisar constantemente los programas.

Otro trabajo en este ámbito es el de Ramos (1991), quien evaluó los conocimientos de profesores de primaria de acuerdo con el programa de la SEP y encontró que sus conocimientos sobre sexualidad son insuficientes para su labor docente. El sexo de los maestros no es un factor determinante en los conocimientos que éstos tienen. Los profesores divorciados son los que poseen más conocimiento y los que menos saben son los casados.

Los profesores que más conocimientos tienen sobre sexualidad son los licenciados en biología y los que menos son los licenciados en administración. Los maestros que han recibido cursos sobre sexualidad humana saben más que los que no los han recibido.



Cáceres y col. (1992) señalan que "los contenidos sobre educación sexual dentro del currículum escolar en Lima, Perú, son limitados, y cubren principalmente las áreas de anatomía y fisiología. Muchos profesores no están adecuadamente entrenados para el desarrollo de estos temas en clase, y con frecuencia prefieren evitarlos" (p. 111).

Los autores encuestaron a adolescentes y docentes encargados de orientación y bienestar del educando de escuelas secundarias en Lima, determinando sus niveles de conocimiento y actitudes en torno a la sexualidad humana, enfermedades de transmisión sexual y SIDA, así como los niveles de actividad sexual entre los adolescentes y las opiniones de los profesores sobre la educación sexual y su autopercepción como educadores.

En cuanto a los docentes encuestados (40), obtuvieron resultados insuficientes en niveles de conocimiento sobre sexualidad y SIDA, actitudes herotófobas y tendencia a discriminar a personas con VIH. "Es probable que tales actitudes negativas afecten seriamente su capacidad de transmitir un mensaje educativo positivo sobre sexualidad, por lo cual los programas que se planifiquen para entrenarlos deben poner especial interés en modificarlas" (p. 121).

Tanto los estudiantes como los profesores perciben sus necesidades de entrenamiento y están motivados para recibirlo (Cáceres y col., 1992).

1.3.3.2 Personal de salud

En una investigación realizada por el Departamento de Educación en la Comunidad (DEC) del Instituto Nacional de Perinatología (INPer), con profesores y personal de salud, mismos que participaron en la investigación "Conocimientos y conceptos psicológicos relacionados con salud reproductiva en profesores de



escuelas secundarias y personal de salud"; se indica que el 42% de los entrevistados consideran que su información sobre sexualidad y salud reproductiva es buena, el 35% la considera regular, el 17% deficiente y el 6% restante la considera excelente. Sin embargo, sólo el 12% define correctamente lo que es salud reproductiva y el 10% lo que es salud sexual, lo cual lleva a cuestionar si realmente cuentan con información adecuada, tal como lo manifiestan. La muestra obtuvo información sobre estos temas, principalmente en la escuela, en segundo lugar en libros y revistas, en tercer lugar por medio de cursos y en cuarto a través de la familia.

Camarillo y Rodríguez (1990) trabajaron con estudiantes de las carreras de Medicina (200) y Psicología (200) de la UNAM, pertenecientes a la generación 1985-89, quienes están obligados como profesionales de la salud a contar con los elementos necesarios para educar en salud reproductiva.

Las autoras encontraron que los alumnos de Psicología tienen más conocimientos de anatomía y fisiología del aparato reproductor humano, dato que no es generalizable porque la validez de su instrumento no fue alta. Los estudiantes de Medicina tienen actitudes más positivas hacia los anticonceptivos, relaciones prematrimoniales y la educación sexual.

Los estudiantes de ambas facultades refieren haber obtenido la primera información sobre sexualidad por: un amigo (hombres de Psicología), la madre (mujeres de Psicología y Medicina) y un maestro (hombres de Medicina). Su fuente de información última son: libros y revistas (Psicología) y un médico (Medicina).

Ambas muestras consideran "buena" su información sobre sexualidad, salvo las mujeres de psicología quienes consideran sus conocimientos como "regulares".



Las autoras mencionadas, después de revisar la currícula de ambas carreras y comparar la información sexual, actitudes hacia la sexualidad y conducta sexual entre estudiantes concluyen que "Los médicos y psicólogos comparten las mismas creencias, mitos y prejuicios de sus sociedades y al igual que los integrantes de las mismas pueden tener —o tienen— conflictos y problemas sexuales sin resolver y no ha habido formación teórica y práctica que permita a los profesionales de la salud —en este caso médico y psicólogo— tener una actitud adecuada ante la sexualidad propia y de otros" (Camarillo y Rodríguez, p.139).

De acuerdo con Corona (1994), en estudios realizados tanto en nuestro país como en el extranjero, el médico es el profesional a quien con más frecuencia se recurre para aclarar dudas y ampliar la información sobre sexualidad humana, y está demostrado que el médico, por lo general, no posee los conocimientos necesarios para cumplir con esas tareas y sus actitudes en esta materia no difieren de las de la sociedad en general.

Al respecto, Figueroa-Perea (1991) reporta que en cuestionarios aplicados a médicos se observa que una décima parte del personal no cubre los niveles mínimos en conocimientos y sólo una minoría cuenta con la preparación óptima en los temas referentes a contraindicaciones de hormonales, selección de métodos y resolución de problemas clínicos.

En cuanto a creencias y actitudes, Espinoza (1993) estudió las que tiene el médico familiar en el estado de Sinaloa hacia la planificación familiar y los métodos anticonceptivos.

Obtuvo diferencias en la actitud hacia el método del ritmo, el cual es de menor aceptación entre los egresados de las universidades estatales, en comparación



con la actitud de los egresados de la UNAM, quienes muestran una mayor aceptación del uso del condón.

La intención conductual del médico familiar de recomendar la planificación familiar a todas las parejas en edad reproductiva fue de 47.5%.

1.3.4 Capacitación de educadores sexuales

La educación sexual no ha respondido a las necesidades de la población en cuanto a edad, contenidos y metodología didáctica. Más aún, esta falta de respuesta se traduce en la aceptación de los programas de educación sexual en las escuelas por parte de la población (Pick, 1994; Young y Core-Gebhart, 1993). Mayén (1989) propone la formación y profesionalización de los educadores como algo urgente; también resalta la necesidad de crear programas de capacitación y educación que incluyan en sus contenidos las diferentes perspectivas de mujeres y varones como educadores sexuales.

En estudios en los que se han capacitado a los profesores para impartir a sus alumnos un programa de educación sexual, Pick y col. (1994) reportaron, después de la aplicación del programa, mayor conocimiento y actitudes más positivas hacia la sexualidad, los alumnos retrasan el inicio de sus relaciones sexuales, y utilizan el condón.

Ehrenfeld-Lenkiewicz (1994) evaluó los resultados de un programa educativo para adolescentes menores de 20 años que acuden a hospitales públicos para recibir atención prenatal y atención del parto. Se capacitó al personal médico y paramédico para la atención de la joven, con el objeto de buscar el espaciamiento con respecto a un segundo embarazo y disminuir así el riesgo reproductivo para la adolescente. Este programa permitió incrementar en gran medida el

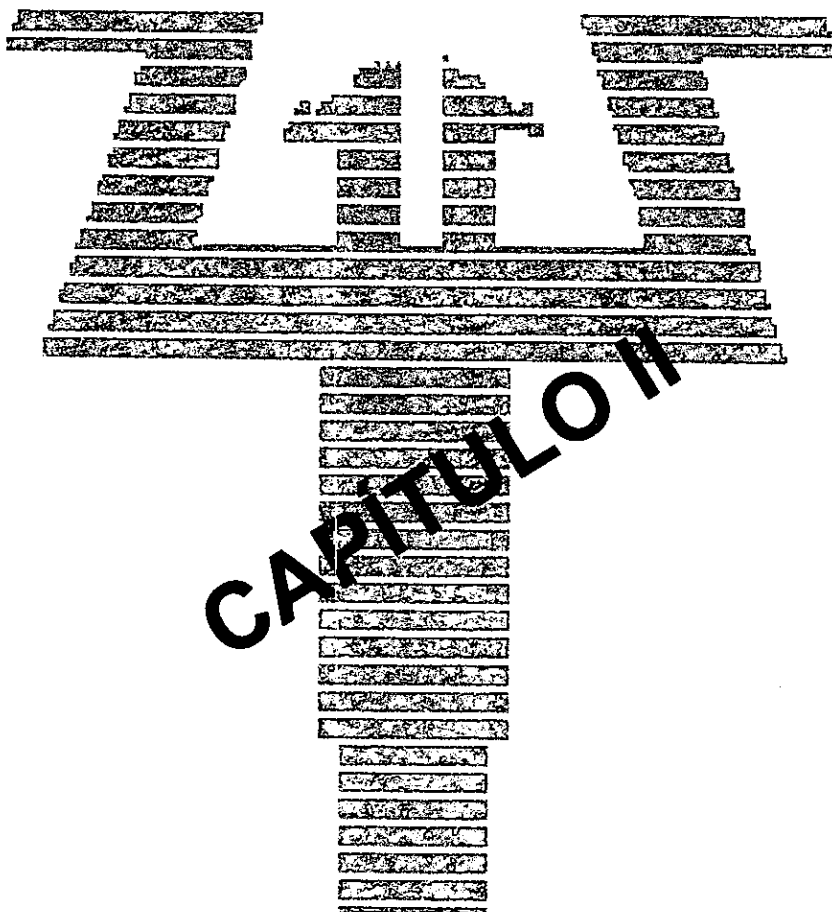


conocimiento de las adolescentes en diversos aspectos de salud reproductiva como la identificación del periodo periovulatorio, las enfermedades de transmisión sexual, anticonceptivos y la forma de contagio del SIDA.

Vos (1994) concluyó que un programa educativo que no consideró los valores y costumbres en una comunidad africana ocasionó una disminución en la comunicación relacionada con el sexo entre las parejas entrevistadas. Para evitar este tipo de errores, Villagrán-Vázquez y col. (1994), recomiendan que dentro del desarrollo de cursos y talleres sobre sexualidad, se manejen valores como la fidelidad, la moderación, la disciplina y la autodisciplina entre otros, cuando la población a cubrir sea femenina o no se haya iniciado sexualmente, y manejar valores como hedonismo-erótico cuando la población a quien se dirige la propaganda sea masculina o se haya iniciado sexualmente.

Los datos anteriores nos llevan a considerar que la formación de los profesionales en salud aún no es la adecuada, y que los programas acordes a las necesidades de la población a la que están dirigidos han obtenido buenos resultados; es de considerar que tanto los profesores como el personal de salud no están capacitados, aunque consideran que su información sobre salud reproductiva es buena o regular.

Los datos contenidos en estas investigaciones constituyen un argumento sólido para apoyar el desarrollo de programas educativos relacionados con salud reproductiva.





CAPÍTULO II.

EDUCACIÓN PARA LA SALUD SEXUAL

En este capítulo se abordan algunas definiciones y los enfoques principales de educación para la salud. Se resalta la importancia de las actitudes, mitos, creencias y conocimientos de los educadores para la obtención de los resultados esperados en las actividades de educación para la salud sexual y se exponen estrategias de intervención que pretenden cubrir las necesidades de información y formación de los jóvenes en cuanto a su sexualidad, se analiza el papel de los padres de familia, profesores, profesionales de la salud y líderes como promotores sexuales y, finalmente, se presentan algunas reflexiones sobre el perfil que deben cubrir quienes educan en sexualidad.

2.1 Educación para la salud

La educación para la salud es un "proceso mediante el cual se estimulan cambios en la acción de las personas y grupos frente a su problemática de salud" (Hernández, Alvarado, Soto y Rodríguez, 1994; p. 292); es decir, la educación en salud implica un intento por parte de algún agente social para modificar las concepciones y prácticas de salud de otros, ya sea en individuos o grupos; éstos pueden incorporarse al proceso como receptores de información o como protagonistas de su propio cambio. Desde este último punto de vista, el proceso de educación es un proceso de participación comunitaria.

Para Werner y Bower (1984), el propósito principal de la educación en salud debe ser el de ayudar a las personas a adquirir conocimientos, habilidades y conciencia necesarios para hacer frente a las necesidades de la vida.



Para las autoras mencionadas, la tarea más importante en la educación de la salud debiera ser la de enseñar, compartir los conocimientos, habilidades, experiencias e ideas de una manera propicia, es decir, buscando que las actividades de prevención de los educadores tengan un mayor alcance; indican que "la educación para la salud puede tener un efecto ya sea benéfico o perjudicial sobre el bienestar de la gente, dependiendo de cómo se realice y quién la lleve a cabo. Puede aumentar la habilidad y confianza de la gente para resolver sus propios problemas. O, de alguna manera, puede hacer exactamente lo contrario" (p. 3). De ahí la importancia de utilizar un enfoque adecuado en la educación en salud.

2.2 Enfoques de educación para la salud

En tanto que su objetivo es propiciar el aprendizaje de ciertos hábitos de autocuidado basados en el conocimiento científico y popular, la educación para la salud comparte ciertas características de la educación en general. Entre estas características sobresale la presencia de enfoques que determinan la forma en que se lleva a cabo la práctica educativa.

En esta sección se describen los enfoques de educación conservador, progresista, convencional y mediatizador que han influido en la formación de enfoques particulares de educación para la salud: educación sanitaria y educación para la salud. A partir de esta revisión, caracterizará la práctica de la educación para la salud en México, el proceso de enseñanza-aprendizaje en las aulas y los factores como las actitudes, creencias, mitos, prejuicios, falta de información o información inadecuada que influyen en la educación para la salud.



2.2.1 Enfoque conservador vs. progresista

Frondizi (1985) identifica dos grandes enfoques que han prevalecido a lo largo del tiempo:

El primero, denominado **conservador**, se caracteriza por considerar que la verdad es algo permanente y absoluto y, por lo tanto, que debe ser transmitida sin cambios de una generación experta y omnisciente a otra inexperta, pasiva e ignorante. Para este enfoque la esencia y la naturaleza del hombre son inmutables.

Los partidarios del enfoque conservador sostienen además que los fines de la educación son universales y parten de valores intuitivos por los seres humanos. Así, en el extremo la educación implicaría el enseñar el temor a quienes ostenten poder por ser este un designio divino.

Este planteamiento determina, entre otros problemas, la difusión de mensajes contrarios a la idea de cambio y superación que implica el verdadero aprendizaje, así como la falta de adaptación de la información a las características particulares de poblaciones e individuos, ocasionando con ello la exposición de información muchas veces incomprensible.

El enfoque **progresista** considera que el conocimiento está en constante cambio y que la enseñanza está determinada por las condiciones del medio físico, económico y social. Además, los intereses, las necesidades y las posibilidades de los individuos son las guías para la evaluación y la enseñanza. Desde este punto de vista, la autonomía, es decir, la capacidad para autogobernarse, es la finalidad de la educación.



Tanto el enfoque progresista como el conservador se han expresado en los conceptos y aplicaciones de la educación para la salud. Werner y Bower (1984) ofrecen una caracterización al respecto, e incluyen un tercer enfoque denominado **mediatizador**, los tres enfoques se resumen en el siguiente cuadro:

Cuadro 1. ENFOQUES DE WERNER Y BOWER SOBRE EDUCACIÓN

	CONVENCIONAL	MEDIATIZADOR	PROGRESISTA
Función	Conformar	Reformar	Transformar
Estrategia	Instruir	Trabajo	Organizar
Intención	Control	Apaciguamiento	Autonomía
Enfoque general	Autoritario	Paternalista	Participativo
Efecto sobre la gente y la comunidad	Oprimir	Engañar	Apoyar
Visión de alumnos	Pasivos, receptores de información	Irresponsables, su participación debe estar vigilada	Activos, autosuficientes
Sentimiento hacia el maestro	Temor	Gratitud	Confianza
Quién decide lo que se va a aprender	Sistema	Sistema, con alguna participación de maestros	Todos
Métodos de enseñanza	Clases tradicionales	Clases con participación. El maestro decide qué es correcto	Diálogo, compartir experiencias
Manera de aprender	Pasiva, los alumnos reciben y memorizan	Más o menos pasiva. Aprender de memoria aún es básico	Activa, todos contribuyen y se aprende haciendo y discutiendo
Flujo de conocimientos	Unidireccional	Predominantemente unidireccional	En múltiples direcciones



2.2.2 Educación sanitaria vs. educación en salud

Por su parte, Hernández y cols. (1994) se refieren a dos etapas en la educación para la salud: una conocida como **educación sanitaria**, predominante hasta los comienzos de la década de los ochenta, y la otra surgida en la misma década llamada **educación en salud**.

La **educación sanitaria** tiende a concebir los procesos educativos como verticales; es decir, planeados, ejecutados y evaluados por el personal de salud. Así, educar en salud es hablar con los pacientes en las salas de espera, realizando cursos sobre problemas de alta prevalencia, tales como: diabetes, desnutrición, cólera, planificación familiar, etc.

Estos temas se dan por el personal de salud que tiene el conocimiento y lo transmite a una audiencia pasiva e "ignorante". El objetivo es lograr cambios conductuales en la dirección recomendada por los expertos, quienes asumen que la información juega el papel principal para efectuar cambios en el comportamiento.

Sin embargo, existe apatía en la población en cuanto a la asistencia de estos cursos y los resultados obtenidos en ellos señalan que esta orientación de la educación en salud ha demostrado producir escasos cambios conductuales o, en el mejor de los casos, cambios temporales, que se revierten poco tiempo después de finalizada la actividad educativa.

En cuanto a la propuesta de **educación en salud**, los individuos son considerados como seres de relaciones, que reflexionan sobre sí mismos y sus circunstancias, de manera tal, que pueden transformar su realidad, son seres



pensantes, actuantes y creadores cuyos valores, costumbres y, en general, sus formas de ver el mundo se respetan.

Las técnicas que se utilizan bajo este enfoque se centran en el testimonio de experiencias de los pobladores, así como en la observación práctica y directa de los contenidos y procesos que se enseñan. Los apoyos visuales y/o audiovisuales son elaborados conjuntamente por el "experto" y el "participante".

Este enfoque reconoce que los conocimientos y destrezas vinculados a la salud son factores necesarios pero no suficientes en un proceso educativo, dado el papel mediador que desempeñan los elementos de orden social, psicológico y afectivo (Hernández y cols.; 1994).

Así, la educación no busca cambiar comportamientos aislados, sino la visión que el hombre tiene sobre sí mismo y las acciones que emprende para modificar sus condiciones de vida. Por ello, a la perspectiva de **educación en salud** que integra los factores psicosociales, se incorpora el contexto socio-cultural e histórico en el cual ocurre la acción, e intenta comprenderla desde el significado asignado por los mismos actores, sin explicar ni predecir la conducta desde puntos de vista externos.

Finalmente, aunque los autores se refieran a la educación sanitaria y a la educación en la salud como dos etapas, lo cierto es que son dos formas de poner en práctica la promoción de la salud que coexiste actualmente en las instituciones de salud y educativas.



Como se observa, la **educación sanitaria**, comparte muchas características con el enfoque **conservador** de Frondizi y con los enfoques **convencional** y **mediatizador** de Werner y Bower, mientras que la **educación en salud** es comparable al enfoque **progresista**.

2.2.3 Educación para la salud en México

En cuanto al enfoque predominante en México para llevar a cabo la educación para la salud, se podría concluir que la propuesta conservadora es la más usada por los educadores. Loewe (1985) afirma que a la práctica de la educación para la salud subyacen las ideas de que el individuo está aislado de la colectividad a la que pertenece y de que los educadores todo lo saben y los educandos todo lo ignoran.

Loewe (1985) sostiene que en relación con la aplicación de programas, se incurre en el abuso de la palabra, empleando términos poco claros y apelando de manera excesiva a la memorización de los educandos como criterio para evaluar la efectividad de la educación. Por otra parte, afirma que los horarios en que se llevan a cabo las supuestas actividades de educación están adaptados a los turnos del personal y no a las necesidades y condiciones de la comunidad; los recursos didácticos son limitados y, por último, reconoce que la verdadera intención de tales programas es que la gente los conozca y participe en ellos (principalmente para cubrir las metas asignadas por las autoridades), más que contribuir al mejoramiento de sus condiciones de salud.

Es importante señalar que, para Loewe, la educación para la salud no es solamente una serie de actividades propositivas que se llevan a cabo por instituciones de salud para modificar o afirmar ciertos comportamientos, sino, además, la serie de actividades no propositivas de esas mismas instituciones,



donde la relación establecida entre los proveedores de la atención y los usuarios ocupa un lugar de primer orden.

Finalmente, el mismo autor reconoce que la educación no es un remedio universal, sino un accesorio importante de las condiciones materiales de existencia.

Las ideas anteriores sobre las características y hegemonía del enfoque conservador en educación para la salud, necesariamente se expresan en las actividades educativas que pretenden promover la salud reproductiva. En la medida en que en ellas se involucran valores relacionados con la intimidad, tanto de los educadores como de los educandos, el proceso se torna complejo.

De acuerdo con Werner y Bower (1984), generalmente, la transmisión y asimilación de conocimientos se hace a través de un sistema pedagógico convalidado institucionalmente, en el que se expresa una forma de enseñar y una forma de aprender. Esto es relevante porque una persona enseña de la misma forma en que se le enseñó, a menos que algo extraordinario ocurra para cambiar su manera de ver y hacer las cosas.

En la enseñanza tradicional, en las aulas de clase, el estilo predominante se centra en la figura del profesor, quien transmite un conjunto de conocimientos, haciendo creer a los alumnos que la única manera de aprender es si les enseña alguien que sabe más que ellos. El maestro es visto como una autoridad cuyas declaraciones no deben cuestionarse y el método que generalmente se utiliza es el de conferencia, donde los alumnos escriben lo que se les dicta sin razonar los temas. Así "los estudiantes son enseñados a encajar en el orden social, a seguir, no a explorar, a memorizar, no a pensar" (Werner y Bower; 1984, p. 18).



Por otra parte, a pesar de que los profesores cuentan con un programa a seguir, seleccionan los temas a abordar, imponiendo criterios propios y subjetivos de selección y organización, muchas veces sin considerar la naturaleza del aprendizaje de los alumnos, quienes asumen un rol pasivo y únicamente receptivo. Este tipo de aprendizaje se caracteriza por la repetición de contenidos, sin que exista una asimilación significativa de estos (Ruiz, 1985; Werner y Bower, 1984).

El indicar los temas a abordar, implica que aun cuando se intente inculcar en los educandos la indagación y se les considere como individuos que objetan y que racionalmente comprueban o deducen suposiciones e hipótesis, los debates iniciados giran en torno a problemas previamente seleccionados y ya autorizados e incluso planeados con límites bien definidos respecto hasta dónde, cómo y sobre qué se desarrolla la discusión.

Los alumnos aprenden la teoría, pero no saben aplicarla a los fenómenos de la realidad, "incluso, el énfasis puesto en vincular la teoría con la práctica sólo se hace a través de la aplicación automática y mecánica de los conceptos y procedimientos de la teoría en aspectos y problemas reales pero mucho muy concretos, lo que hace que se pierda de vista el entorno en el cual se insertan" (Ruiz, 1985; p. 75).

No es extraño que los educadores hayan aprendido bajo este enfoque conservador y que lo reproduzcan en sus actividades; además en los programas de entrenamiento para ellos, es frecuente que aún se utilicen este tipo de métodos y técnicas. Nada más habría que asistir a las escuelas para padres, a las pláticas para la población en centros de salud, o, a los cursos de capacitación para educadores, para darse cuenta del predominio de este enfoque.



Es por esto que resulta imprescindible que los educadores en salud, durante su entrenamiento, examinen críticamente distintas maneras de enseñar, que practiquen y desarrollen métodos de enseñanza que permitan a los educandos ganar conciencia y el valor necesario para mejorar su situación, que aprendan técnicas de educación en salud a partir de sus experiencias y necesidades.

También es conveniente que la educación en salud no se base únicamente en la adquisición de información para transformar hábitos y actitudes, sino que busque identificar y resolver los problemas que aquejan a la comunidad a partir del trabajo conjunto para el cambio.

Ruiz (1985) indica que en la práctica, los educadores resuelven espontáneamente, a partir de su sentido común, los problemas de su profesión y la manera de satisfacer las necesidades sociales. El autor considera que en las interacciones cotidianas entre profesores y alumnos se imponen de manera oculta estilos de vida, visiones del mundo, creencias y valores culturales e ideológicos arraigados tanto en la conciencia del profesor como en la del alumno.

Rockwell (1982) complementa lo anterior al mencionar que a través de la educación, se transmiten "los valores" y "las reglas del juego" que predominan en el ámbito escolar de manera heterogénea; incluyendo elementos del pasado y otros que se enlazan con los proyectos modernos de la sociedad.

2.3 Educación para la salud sexual y reproductiva

La educación sexual es definida por Corona (1993) (citada por Corona, 1994) como el proceso vital mediante el cual se adquieren y transforman, informal y formalmente, conocimientos, actitudes y valores respecto de la sexualidad en todas sus manifestaciones que incluyen desde los aspectos biológicos y aquellos



relativos a la reproducción, hasta todos los asociados al erotismo, la identidad y las representaciones sociales de los mismos (p.683).

La educación para la salud sexual surge como un recurso emergente para contrarrestar la falta de información, los prejuicios existentes, la baja autoestima y las confusiones en la planeación de vida y en la toma de decisiones de los adolescentes y representa grandes obstáculos, los adolescentes demandan respuestas que los adultos no quieren, o no pueden responder, algunas veces por ignorancia, por la información inadecuada, porque les incomoda abordar asuntos relacionados con la sexualidad o por la falta de sensibilidad con respecto a los problemas especiales de los jóvenes, en otras ocasiones por el temor a que los adolescentes asuman su sexualidad y la vivan con autodeterminación y libertad (Aguilar, 1994; World Health Organization, 1989).

En este apartado se hace una revisión de las diferentes estrategias que grupos sociales e instituciones públicas y privadas han diseñado para educar sexualmente a los adolescentes mexicanos, como respuesta a sus necesidades de información.

De acuerdo con Aguilar (1994), estas estrategias pueden agruparse según la población a la que están dirigidas, de la siguiente manera:

- ◆ **Escolarizada.** Aborda la falta de información sobre aspectos de la salud y de la sexualidad en las escuelas. Permite la adquisición de conocimientos acerca del mundo natural, la formación y la práctica de actitudes y habilidades científicas con respecto al cuerpo humano, al ambiente y a la salud, favorece la formación integral de los adolescentes que cursan los niveles de educación media básica. "Actualmente no se cuenta con una estrategia operativa de capacitación de los



maestros y con mucha frecuencia éstos pueden decidir si imparten estos temas o los ignoran" (p. 771).

- ♦ **Educativa recreativa.** Trata de resolver la necesidad de contar con espacios especiales para jóvenes, donde se les informe sobre su sexualidad, se les capacite para el trabajo y utilicen adecuadamente su tiempo libre. Esta estrategia promueve una formación integral por medio de talleres y cursos de sexualidad así como de actividades recreativas, deportivas, culturales y de capacitación técnica.
- ♦ **Estrategia comunitaria.** Se centra en la falta de condiciones de vida más equitativas entre los hombres y las mujeres, en lo que respecta a los recursos económicos y a las oportunidades educativas y se brindan elementos para el beneficio de la comunidad. Por ejemplo, el programa "Gente Joven" de MEXFAM, del CORA, "Planeando Tu Vida" de IMIFAP y "Salud Integral de la Mujer" de SIPAM.
- ♦ **Estrategia de servicios clínicos.** Atiende los problemas de salud que presenta el joven, tales como embarazos tempranos y enfermedades sexualmente transmisibles; promueve además, el mejoramiento de la salud física y mental de los adolescentes, con énfasis en la salud reproductiva. Por ejemplo, el de la Jefatura de Servicios de Salud Reproductiva y Materno Infantil del IMSS y el programa "Desarrollo Integral del Adolescente (DIA)" del Sistema Nacional de Desarrollo Integral de la Familia (DIF).
- ♦ **Estrategia empresarial.** Promueve el desarrollo integral del trabajador y proporciona servicios educativos y clínicos de salud sexual y reproductiva como condición básica para mejorar la calidad de vida. Esta estrategia es



apoyada por instituciones públicas y privadas. Por ejemplo, "Programa de Industrias" de MEXFAM,

- ♦ Estrategia de grupos minoritarios. Actúa sobre el estigma social de los grupos considerados "diferentes" y trata de cubrir la falta de programas adecuados a sus necesidades, favorece el respeto a los derechos humanos, la aceptación de las diferencias y la igualdad en el trato. Su enfoque subraya la importancia de prevenir el SIDA (trabajos con minusválidos, homosexuales y lesbianas).
- ♦ Estrategia de medios masivos. Se enfrenta a la necesidad de buscar modelos de identificación, nuevos estilos de vida e información sexual, se promueve el entretenimiento a través de diferentes temas, entre ellos la sexualidad, con el fin de ampliar su audiencia y lograr un mayor consumo en los adolescentes.

"Estas estrategias de educación sexual tienen como fin formar adolescentes de acuerdo a las necesidades sociales e ideológicas de las instituciones que las crean y organizan. Así, las estrategias promueven desde la abstinencia sexual hasta la utilización adecuada de los métodos anticonceptivos, desde la discriminación social hasta el respeto a las diferencias, desde la recreación hasta la reflexión y la crítica, desde el individualismo hasta el apoyo a la comunidad, desde copiar estilos de vida de vida diferentes hasta buscar los propios" (Aguilar 1994; p.792).

2.4 Los educadores sexuales

Los educadores en salud sexual tienen una doble tarea; por una parte necesitan buscar información para enfrentar sus propias dudas y temores, y por otra, tienen que proveer información a sus hijos, alumnos, pacientes, etc. y no poseen los elementos necesarios para hacerlo (Aguilar y Mayén, 1994). Algunos de los



educadores están conscientes de la necesidad de informarse y de la obligación que representa formar a las nuevas generaciones, otros no han logrado conscientizar esta gran responsabilidad.

Como educadores sexuales fungen los padres de familia, los maestros, los profesionales de la salud, y los líderes. Sin embargo, es una realidad que los adultos necesitan ser reeducados con el fin de cumplir su labor de educadores con los niños, adolescentes y adultos, con los que conviven a diario.

Los **padres de familia** son los primeros educadores en sexualidad que por excelencia transmiten los valores, las normas y las pautas de comportamiento a sus hijos. Son un modelo de hombre y de mujer que transmiten una forma de sentir, de comportarse y de asumir la propia sexualidad y la de los demás. Este tipo de enseñanza se da de generación en generación y no es raro que los padres recibieran una inadecuada educación sexual, llena de mitos, tabúes, prejuicios y con una moralidad estricta, que les haya impedido ejercer libremente su sexualidad y transmitir información objetiva a sus hijos.

Es así que los padres de familia han crecido inseguros de su identidad, limitados sexualmente y con carencias afectivas importantes, obligados a enfrentar una tarea que les fue asignada pero no enseñada: educar a sus hijos.

Los padres no están preparados para ello, desean dar lo mejor pero no saben como hacerlo, reconocen que necesitan información pero desplazan su responsabilidad en los profesores y comúnmente niegan que sus hijos crecen.

Sin embargo, los padres actuales deben estar conscientes de su importancia como educadores sexuales, no delegar la responsabilidad sólo a la madre, y



brindar información preventiva a las nuevas generaciones sobre SIDA, embarazo precoz, abuso sexual, violencia e inequidad entre los géneros.

Los **profesores** son un enlace entre los padres y sus hijos; a ellos les corresponde analizar los diversos sistemas de valores existentes y brindar información sistematizada.

Es al maestro a quien se le asigna la tarea de informar a sus alumnos durante la etapa escolar. Sin embargo, esta tarea se dificulta, ya que los docentes también son seres humanos con una historia personal y social, por lo que su formación en sexualidad ha sido con prejuicios y tabúes como la de todos los demás individuos.

Existen maestros que consideran la información sexual como peligrosa y de poca importancia, responden con burla o evasivas ante las preguntas de sus alumnos, por lo que es necesario que reconozcan sus bloqueos personales y confronten sus propias angustias con el fin de estimular la búsqueda activa de respuestas a la curiosidad sexual de sus alumnos. Que asuman que están educando sexualmente a sus alumnos con una ideología y un modelo de enseñanza determinado, "la información sexual brindada por los maestros no configura la totalidad de la educación sexual, pero sí, permite que los temas sexuales puedan ser dignos de hablarse, escribirse o reflexionarse" (Aguilar y Mayén, 1994; p. 803).

Los **profesionales de la salud**, también fungen como orientadores sexuales que facilitan las condiciones y organizan ambientes para brindar información y experiencias a la sociedad.



Los médicos intervienen directamente en el área de la conducta sexual, debido a que los pacientes recurren a ellos no sólo por preservar su salud, sino inconscientemente buscan consuelo, autorización, certidumbre y tranquilidad.

Sin embargo, fueron educados con los mismos errores y aciertos que cualquier ser humano, pero, "no pueden asumir su falta de información sexual, su estatus no les permite aceptar sus carencias y responden ante las dudas con lo que aprendieron en la escuela: anatomía, fisiología y tratamiento de enfermedades" (Aguilar y Mayén, 1994; p. 805). Sus consejos en estos temas no son atinados, van cargados de sus propios valores y los pacientes lo saben, pero, de acuerdo con los autores, los aceptan porque su ansiedad los impulsa a ello.

Es importante que los médicos acepten su falta de información sexual y su inexperiencia y que muestren una actitud más abierta al cambio, respetando la sexualidad de sus pacientes y siendo sensibles a las ansiedades presentadas por sus consultantes. Deben dejar de juzgar si determinada conducta es normal o anormal y preguntarse que significa para la persona ésta conducta considerada diferente y para que le sirve.

Los profesionales de la salud pueden contribuir a que los pacientes clarifiquen sus valores y analicen las diversas posibilidades de actuar antes de cada decisión respecto a su sexualidad y su familia. Más ahora cuando el problema del SIDA ha propiciado que se lancen promocionales en los medios masivos de comunicación indicando que el personal del sector salud puede proporcionar información sobre este y otros aspectos como la anticoncepción y la concepción libre y planeada.

Los *líderes*, agentes de cambio social, orientan a los integrantes de una comunidad a través del intercambio de experiencias y conocimientos, se caracterizan por tener un compromiso social, por buscar la justicia social y por



servir como puente entre la comunidad y los servicios profesionales, públicos y privados. Generalmente, ellos han vivido en conflicto su propia sexualidad, es por eso que buscan información y ayuda profesional para ellos y los miembros de la comunidad a la que pertenecen.

2.5 El perfil del educador sexual

En esta sección, se harán reflexiones sobre algunos de los indicadores más significativos con respecto a quienes educan en sexualidad.

Aguilar y Mayén (1994) presentan una serie de proposiciones para que el educador no se limite a transmitir mensajes, sino que promueva un cambio individual y social a través de cuestionamientos de las normas y patrones existentes. Por lo tanto, el educador de la sexualidad tiene que tener una actitud abierta para asumir su rol como inductor de cambios.

Ser educador sexual, de acuerdo con los autores implica:

- ♦ Apoyar la búsqueda de la verdad a partir de cada persona o grupo social al que se dirige, la posibilidad de encontrar soluciones a la multiplicidad de problemas.
- ♦ Practicar el ser congruente en lo que se piensa, siente y actúa, sin poner de ejemplo su propia vivencia como modelo ideal a seguir.
- ♦ Facilitar el intercambio de experiencias, que permitan el respeto a las diferencias e incrementen el acervo vivencial.



- ♦ Fomentar la autocrítica y suscitar la discusión de las acciones que realizan los individuos y los grupos sociales.
- ♦ Fortalecer el planteamiento de la problemática individual o grupal y buscar en conjunto las alternativas de solución.
- ♦ Reafirmar consigo mismo y con los demás la seguridad de que la educación sexual es parte del cambio social.
- ♦ Clarificar los mitos, sin rechazar la riqueza cultural que los motivó, preservar las tradiciones y rituales siempre y cuando no aumenten las culpas y las prohibiciones opresoras.
- ♦ Reconocer que existen diferentes formas culturales de expresar la sexualidad, como la música, la pintura, el teatro, la danza, etc., y la importancia de introducir la información dentro de estas expresiones.
- ♦ Integrar los aspectos conceptuales y los vivenciales de la sexualidad y promover la difusión adecuada de la información sexual.
- ♦ Asumir que como educador, tiene una determinada ideología e intereses personales que está transmitiendo a los educandos y la importancia de manejar esta situación para no influir en las decisiones de estos.
- ♦ Promover y practicar la metodología participativa en los cursos sistematizados de sexualidad humana



Es necesario que los educadores no se limiten a ser informadores o simplemente reproductores de los patrones establecidos; es preciso que estos hombres y mujeres asuman el compromiso de formar individuos seguros de sí mismos, con confianza en los demás, respetuosos y responsables de sus acciones en general y de su sexualidad en particular.

No hay que olvidar que el adulto como educador sexual, es un agente de cambio. Esto implica la obligación que tiene este para clarificar sus propios valores, actitudes, comportamientos y motivaciones, con el fin de comprender los alcances y limitaciones en su labor como educadores sexuales.

Si se parte de la idea de que la construcción del futuro empieza hoy, y una premisa insustituible para hacerlo de la mejor manera es asegurar que los educadores posean, además de la información necesaria para desempeñar su función como promotores, la objetividad para hacerlo, el reto de la educación en salud sexual y reproductiva, para los educadores es grande, las estrategias deben tener como fin formar adolescentes sanos y aunque lo ideal es que la educación para promover la salud reproductiva deba proporcionarse en el seno familiar, actualmente no existen las condiciones para que esto suceda.

Para crearlas, es necesario que las nuevas generaciones estén preparadas para cumplir esta función. Se trata de un cambio cultural de largo plazo que no carece de obstáculos y contratiempos.

"Un mundo nuevo requiere de una sexualidad nueva. Han cambiado los desafíos y las estrategias deben, por ende, transformarse. Sin embargo, debe permanecer vigente el ideal de educación sexual orientada hacia la vida, el placer, y la equidad entre los humanos" (Corona, 1994; p. 706).





CAPÍTULO III.

LA ENSEÑANZA DE LA SALUD REPRODUCTIVA EN MÉXICO

3.1 Antecedentes

Uno de los acontecimientos más importantes en la historia de la educación sexual en México, fue la iniciativa de Narciso Bassols en 1924 como secretario de Educación Pública de instruir la educación sexual en las escuelas. En esta iniciativa se proponía que la SEP debía establecer, organizar y dirigir la educación sexual en nuestro medio y asumir la responsabilidad de ella. Además, debería impartirse concretamente desde el tercer año de primaria y en alguno o algunos grados de la escuela secundaria (Corona, 1994).

El Departamento de Psicopedagogía e Higiene se encargaría de capacitar a los maestros y de organizar conferencias para los adolescentes, propiciando la colaboración de maestros y psicólogos para determinar los fines, métodos y alcance de los programas a revisar. La iniciativa de Bassols fue considerada como un complot comunista para destruir los valores de la familia y la sociedad, y por eso Bassols renunció.

Posteriormente, hasta la década de los sesenta, se consolidó la reforma educativa que incluyó en los libros de texto gratuitos con contenidos de educación sexual, principalmente de índole biológica. A partir de esta década hubo un gran incremento en el número de organismos no gubernamentales que trabajaban en el campo de la educación sexual.



Sin embargo, actualmente no se ha generado una voluntad política para garantizar la inclusión de la educación sexual en todos los niveles del sistema educativo y las reformas de 1993 son muy recientes para emitir opinión alguna; además, no se garantiza una adecuada capacitación de los docentes.

Por otra parte, "tampoco se ha efectuado dentro del Sector Salud una capacitación sistemática del personal médico y paramédico que contemple no sólo la adquisición de conocimientos, sino también una crítica de valores y actitudes" (Corona, 1994; p. 705).

En este capítulo se analiza el modelo escolar oficial, que ha ejercido un rol fundamental en términos normativos y de cobertura dado el carácter nacional y de obligatoriedad que tiene y que simboliza los avances logrados por el país en materia de educación sexual. También se analizan como parte de la educación no formal, las instituciones de salud (Secretaría de Salud) que ofrecen servicios de educación sexual con una temática más amplia, aunque de menor cobertura.

3.2 Instituciones educativas

Recientemente la educación formal en México adoptó políticas específicas respecto de la educación sexual. Este acto dio inicio en 1989, cuando en una reunión nacional de CONAPO y como parte del proceso de modernización educativa, se propusieron contenidos de educación sexual en los programas de nivel básico y medio básico, además de las nociones de pubertad y reproducción humana.



Para el tercer grado de primaria se propusieron temas como relaciones interpersonales y desarrollo afectivo; para el sexto grado se propuso la inclusión de información sobre la prevención del SIDA; y para el tercer año de secundaria una nueva asignatura con contenidos de educación sexual, que pretendían rebasar los aspectos biológicos para abordar el desarrollo psicológico, las relaciones familiares, la prevención de enfermedades de transmisión sexual, el abuso sexual y la violación.

La prueba funcional de la asignatura denominada "Adolescencia y desarrollo" se llevó a cabo conjuntamente por la SEP, el CONAPO, la Secretaría de Desarrollo Urbano y Ecología (SEDUE) y el DDF, en 1993. El Instituto Mexicano de Investigación en Familia y Población (IMIFAP) fue el encargado de capacitar a algunos profesores y concluyó que hubo incremento en los conocimientos y actitudes de maestros y maestras y que esto repercutía en el aprovechamiento de sus estudiantes (Pick, 1994).

IMIFAP también evaluó a nivel nacional las opiniones de los padres de familia. De esta evaluación puede afirmarse que el 96% de los padres están a favor de que la asignatura se imparta (Pick, 1994b).

En este mismo año (1993) se hizo una adición a la Ley General de Educación, en la que la planificación familiar pasó a formar parte de las prioridades en la formación de las nuevas generaciones.

Esta iniciativa de incluir la educación sexual en el sistema formal debe reconocer que la capacitación de los profesores es de suma importancia, y que "hoy en día no existe ninguna capacitación sistemática a nivel de escuelas normales o en servicio" (Corona, 1994; p. 697).



No obstante, organismos no gubernamentales se han dado a la tarea de capacitar a educadores sexuales. Tal es el caso de la Fundación Mexicana para la Planeación Familiar (MEXFAM), que trabaja con maestros de nivel básico y medio básico a nivel nacional; IMIFAP hace lo propio con maestros de secundaria y maestros en formación; el Centro de Orientación para Adolescentes (CORA), la Asociación Mexicana de Educación Sexual (AMES) y otras instituciones realizan servicios similares, pero se debe admitir que dichas instancias no podrán cubrir a todo este gremio, "siendo ésta una tarea que corresponde a la Secretaría de Educación Pública" (Corona, 1994; p.697).

Por otra parte, Rodríguez (1994) hace una revisión del plan y los programas de estudio de las asignaturas de civismo y biología, que abordan temas relacionados con salud reproductiva y/o sexualidad en la educación secundaria.

En lo que se refiere a **civismo** para el primer grado, la materia está orientada a fortalecer la identidad nacional, a que los estudiantes se reconozcan como parte de una comunidad nacional caracterizada por la pluralidad de pensamientos, la diversidad regional, cultural y social, que comparte al mismo tiempo rasgos y valores comunes. El programa exalta los valores que deben guiar las acciones: el respeto y aprecio por la dignidad humana, la libertad, la justicia, la igualdad, la solidaridad, la tolerancia y el apego a la verdad. Además, se han incluido los derechos humanos de los niños y las mujeres. Esto, como parte de los derechos a la salud y a la seguridad, donde el programa aborda la salud como un deber individual y colectivo; se enfatiza el conocimiento de los delitos contra menores, los recursos legales contra el abuso a menores y las libertades de pensamiento, expresión, de asociación, de reunión y de creencias.



En **biología** de segundo grado de secundaria, se incluye una unidad que tiene como propósito que los alumnos comprendan los procesos de intenso cambio que caracterizan a la adolescencia y de promover el sentido de responsabilidad en relación con la sexualidad y la salud. Los temas que se abarcan son: sistema reproductor femenino y masculino, caracteres sexuales primarios y secundarios, órganos sexuales y su función general, el ciclo menstrual, fecundación y embarazo, métodos anticonceptivos y enfermedades de transmisión sexual. En este programa es importante que se incluya el tema "la relación sexual" al hablar sobre fecundación y embarazo, para que invite a reflexionar sobre las prácticas sexuales y propicie una actitud más anticipadora y saludable. En el tema de enfermedades de transmisión sexual, se incluyen las de mayor incidencia y gravedad, por ejemplo, el SIDA.

Otra materia que aborda temas relacionados con salud reproductiva y sexualidad, es **orientación educativa** y se anexa a la currícula del tercer grado de secundaria a partir de 1993. No sustituye a la orientación que había sido ofrecida por las escuelas secundarias como un servicio de asesoría, generalmente prestado de manera individual, sino que establece la forma para que, de manera colectiva, los estudiantes se informen y reflexionen sobre los procesos y problemas que influyen directamente en su vida personal. Su propósito es apoyar el conocimiento y reflexión sobre la conservación de la salud y la prevención de las enfermedades, en particular aquellas que se relacionan con las adicciones a sustancias tóxicas; el desarrollo de la sexualidad y su ejercicio responsable y las oportunidades de estudio y de trabajo que permitan al alumno la realización de sus potencialidades y preferencias.

Esta asignatura está planeada para que los estudiantes tengan la oportunidad de obtener información precisa y confiable propiciando la reflexión personal y, en su caso, la discusión en un ambiente respetuoso y tolerante que estimule a los



alumnos a expresar libremente sus dudas y opiniones, favoreciendo la relación de intercambio de ideas y de apoyo mutuo entre alumnos, maestros y padres de familia.

El maestro de esta asignatura, según lo marca el programa, puede tomar decisiones en relación con los temas que va a tratar, para lo cual debe considerar las condiciones y problemas que tienen mayor peso, dada la composición social, cultural, de género y edad de su grupo; las características de la zona en la que se ubica el plantel, así como la disposición y las preocupaciones de los padres de familia.

Considerando que una temática importante del curso se relaciona con aspectos médicos y de prevención, el plan recomienda al maestro que busque el apoyo de las instituciones de salud que funcionan en la zona, ya sea para obtener información confiable o para lograr la participación directa del personal de dichas instituciones.

Por parte de la SEP, se ha distribuido en algunos planteles la carta descriptiva del programa "Desarrollo Integral del Adolescente" (DIA); sus propósitos generales son:

- ♦ Dotar a los alumnos de tercero de secundaria de los elementos informativos y formativos para la comprensión de la adolescencia
- ♦ Facilitar que los alumnos consoliden o modifiquen valores, hábitos y actitudes; descubran aptitudes y destrezas a fin de que las capitalicen en su vida futura
- ♦ Brindar a los alumnos las condiciones necesarias para que logren la capacidad de juicio crítico-analítico, elección post secundaria, toma de decisiones, asertividad en la comunicación, elevación de la autoestima y superación personal



♦ Promover que los alumnos construyan su proyecto de vida

La carta descriptiva del programa DIA, está dividida en seis áreas y cada una contiene un objetivo general, temas a abordar con propósitos específicos, el número de sesiones para cada tema, los recursos y técnicas que pueden emplearse en cada tema y el tiempo aproximado de cumplimiento de acuerdo al calendario de la SEP.

En cuanto a las fortalezas y debilidades de la estrategia escolarizada, Aguilar (1994) hace un análisis de los métodos y contenidos de la educación sexual en la adolescencia y menciona como acertada la inclusión de temas relacionados con sexualidad, con derechos humanos y reproductivos, la disposición por parte de la SEP para apoyarse en instituciones públicas y privadas que poseen amplia experiencia en el tema para el desarrollo de las acciones de capacitación y educación.

Esta estrategia cubre el 64% de los jóvenes; asimismo, el decreto que avala la obligatoriedad de la secundaria aumenta la posibilidad de educar y dar continuidad a los programas.

Una fortaleza más de esta estrategia es que contempla la capacitación de los maestros, la inclusión de los padres en los modelos de educación sexual, la opción de organizar redes interinstitucionales que permitan sistematizar programas en favor de los adolescentes y la introducción de la educación sexual como parte de la formación integral del individuo.

Además, la organización de cursos dentro de las aulas aseguran la presencia del joven, ya que si fueran actividades extraescolares seguramente muchos de ellos no asistirían.



Dentro de las debilidades, Aguilar (1994) contempla: la falta de una estrategia operativa oficial de la SEP, y la falta de recursos humanos para capacitar a maestros y padres de familia. Además, en los programas de educación sexual impera el enfoque biologicista y carecen de homogeneidad en cuanto a contenidos temáticos, calidad de los textos, metodología, enfoque y objetivos de acuerdo a la audiencia y regularmente no se cuenta con apoyos didácticos exclusivos para cada tema o auditorio. Se carece de evaluaciones de impacto que permitan conocer la utilidad de la información brindada dentro de la escuela.

Otra debilidades de la estrategia escolarizada se refiere a la oposición de grupos tradicionales para hablar claramente acerca de la sexualidad. La estrategia escolar es limitada debido a que deja fuera a una cantidad importante de adolescentes de alto riesgo, como los que trabajan o aquellos que no estudian ni trabajan y están subempleados o simplemente vagan por las calles.

3.3 Instituciones de salud

Rodríguez (1994) comenta que en el proyecto de la Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar publicada el 22 de noviembre de 1993, se ubica a ésta dentro del marco de la salud reproductiva, con un enfoque de prevención de la ocurrencia de riesgos para la salud de las mujeres y los niños. En cuanto a las actividades de información y educación, considera que debe impartirse en nivel grupal o individual y comprender los siguientes aspectos: sexualidad y reproducción humana, desde los puntos de vista biológico, psicológico y social; información y orientación sobre factores de riesgo reproductivo en las diferentes etapas de la vida, de los métodos anticonceptivos disponibles respecto a lo que el usuario debe esperar de los prestadores de los servicios y sobre esterilidad e infertilidad.



Existe una gran variedad de programas de educación sexual para adolescentes desarrollados por instituciones como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), la Fundación Mexicana de la Planeación Familiar (MEXFAM), la Secretaría de Salud, entre otras. El IMSS, en su programa sobre salud reproductiva y sexualidad de los adolescentes, presentado en 1992 propone que los adolescentes deben actuar con autodeterminación y responsabilidad, entendiendo a las relaciones sexuales como un medio que contribuirá a lograr un plan de vida y no como una meta en sí mismas, respetando la equidad entre los géneros.

El DIF ha desarrollado el programa "Desarrollo Integral del Adolescente" (DIA), que busca promover el análisis de consecuencias del embarazo precoz y fomentar la honestidad, la integridad, la lealtad, la rectitud, la autoestima y el amor incondicional como fuente de crecimiento. La posición ética del DIF es explícita en favor de la familia estable y monógama.

MEXFAM, por su parte, en el programa "Gente Joven" promueve la comunicación familiar, la autodeterminación, la salud sexual y la responsabilidad reproductiva dentro de un plan de vida, la equidad entre los sexos y el respeto, la reciprocidad y la lucha contra la imposición. Se busca analizar los valores y creencias a través de críticas y reflexiones.

Por su parte, la Secretaría de Salud, a partir del "Plan Nacional de Desarrollo" (1995) en el que se destacó la importancia de promover el mejoramiento de la salud reproductiva de la población, formalizó la incorporación de las Direcciones Generales de Planificación Familiar y de Salud Materno-Infantil en la Dirección General de Salud Reproductiva. De este modo, se estableció el compromiso de desarrollar programas de atención en los que la educación sexual desempeña un papel primordial.



Así, la Dirección General de Salud Reproductiva dentro de sus políticas y acciones estratégicas contempla:

1. Ampliar la cobertura y mejorar la calidad de los servicios, con el reestructuramiento de las instituciones, el fortalecimiento de la coordinación interinstitucional, el estímulo de la vocación de servicio a la salud; y la posibilidad de que los especialistas mejoren sus condiciones de vida y de trabajo
2. Garantizar un paquete básico de servicios de salud, incluyendo programas de salud reproductiva y nutrición
3. Formular esquemas de financiamiento que sean coherentes con la capacidad del usuario
4. Promover la seguridad social
5. Incidir en la circularidad entre pobreza-rezago demográfico, asegurando la nutrición y servicios de salud a madres y niños, fomentando la asistencia escolar y las aspiraciones de logro educativo
6. Impulsar la reducción del crecimiento demográfico con la intensificación de los programas de planificación familiar y educación sexual; mejorando la cobertura y calidad de los servicios de planificación familiar
7. Fortalecer la familia y mejorar las condiciones de la mujer, a través de su educación, con el desarrollo de programas sociales integrales dirigidos al conjunto de miembros del hogar

Las acciones que se establecieron son:

- ♦ Fomento de la salud reproductiva
- ♦ Asistencia técnica al área rural y población vulnerable
- ♦ Anticoncepción y postparto
- ♦ Salud perinatal



- ♦ Salud reproductiva en adolescentes
- ♦ Servicios de salud a la mujer
- ♦ Salud reproductiva integral
- ♦ Regulación de la fertilidad del varón
- ♦ Investigación biomédica y epidemiológica
- ♦ Investigación clínica y sociodemográfica
- ♦ Programación, evaluación y supervisión

Por otra parte, en conferencias realizadas en el Instituto Nacional de Perinatología, por el departamento de educación en la comunidad, la doctora Hilda Reyes (1997) ha hablado sobre los obstáculos a los que se enfrenta la Dirección General de Salud Reproductiva y que se relacionan con:

- ♦ El rezago en zonas rurales sin que exista una estrategia clara para equilibrar los servicios
- ♦ La inexistencia de líneas bien definidas para una coordinación eficaz entre las instituciones del sistema de salud
- ♦ La centralización excesiva y la estructura democrática viciada
- ♦ La insuficiencia de acciones para cubrir las necesidades de salud reproductiva
- ♦ Existe un desfazamiento entre la decisión política y la individual, los educadores sexuales desconocen, en muchos casos, las normas y programas vigentes
- ♦ La supervisión de programas es deficiente

Figueroa-Perea (1991) argumenta que por muchos años se buscó aumentar la cobertura de los servicios poniendo mayor énfasis en el cumplimiento de metas cuantitativas, lo que llevó a que los proveedores de servicios a que centrasen sus esfuerzos en conseguir incrementar el número de aceptantes compatibles con los



objetivos, sin preocuparse por la satisfacción de los usuarios o la continuidad de los tratamientos.

Esto conllevó a una consecuente pérdida de calidad, la cual se ve aún más dañada porque al personal –en múltiples ocasiones– no se le induce al puesto, no está realmente capacitado y no se definen sus responsabilidades.

Las alternativas de solución que se plantearon en la Dirección de Salud Reproductiva son:

- ♦ Difundir información sobre los derechos reproductivos a la población en general, especialmente la rural, a través de sistemas eficientes
- ♦ Capacitar operativos en conceptos de salud reproductiva y estrategias de acción
- ♦ Formular la investigación en el campo y difundir los resultados a todos los niveles de acción
- ♦ Promover en escuelas y facultades de medicina el desarrollo y fortalecimiento de valores éticos y humanistas
- ♦ Establecer comités interinstitucionales
- ♦ Exhortar la descentralización real
- ♦ Brindar calidad en los servicios a nivel normativo y operativo con criterios, y estándares de calidad explícitos
- ♦ Llevar a cabo auditorías administrativas periódicas
- ♦ Fomentar la creación de incentivos de desempeño y estimular y recompensar a nivel rural a los prestadores de servicio
- ♦ Desarrollar proyectos de investigación a distintos niveles de satisfacción de proveedores y receptores de servicios que retroalimenten la planeación



Actualmente, la Secretaría de Salud ha promocionado a través de radio y televisión mensajes relacionados con salud reproductiva, en los que se promueve el uso de condón y se invita a las mujeres a informarse en los centros de salud, creados para atender a la población desprotegida por los sistemas de seguridad social, y que, por otro lado, no tiene los recursos o el acceso para recurrir a un servicio de salud privado.

En estos centros los cubículos de salud materno-infantil han sido sustituidos por módulos de salud reproductiva, pretendiendo con esto ampliar el enfoque, buscando el bienestar de los usuarios en todos los aspectos relacionados con su sistema reproductivo y atendiendo a los derechos sexuales y reproductivos de todos.

También existen módulos de atención al adolescente, en los que participan un médico (a), enfermero (a) y trabajadora social, con la finalidad de brindar una atención integral al adolescente, partiendo de sus propias necesidades.

Quizá esto sea un determinante para que el personal de salud se convierta cada vez más en una fuente de información para la población, en particular, para los jóvenes que acuden a los servicios.

A lo largo del capítulo se ha mostrado la necesidad de educar a la población desde los primeros años escolares en materia de salud reproductiva, así como las formas en las que instituciones gubernamentales y no gubernamentales lo están haciendo. La enseñanza de la sexualidad es punto básico para contrarrestar los problemas demográficos y de epidemias que se han vivido y viven en México. Para lograrlo, es necesario contar con personal que tenga los conocimientos para hacerlo creativa y objetivamente.



Las instituciones están obligadas a actualizar y capacitar a su personal, con programas, cursos y talleres que les enseñen a educar desde un enfoque de educación para la salud reproductiva. Es necesario además que los educadores cuenten con los medios para hacerlo (material didáctico, logístico, espacios adecuados, etc.).

Por su parte, los profesores y el personal de salud también tienen el compromiso de adoptar su rol como educadores sexuales y buscar su mejora académica y personal para elevar el nivel de enseñanza y aumentar la confianza que deposita la población en ellos.





CAPITULO IV.

DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

4.1 Políticas Internacionales en materia de salud reproductiva

Un requisito para lograr el progreso socioeconómico y el desarrollo sostenible, es tener una buena salud sexual y reproductiva. Más allá de la reiteración en la demografía y la planificación familiar, es indispensable considerar como una meta prioritaria de los programas nacionales, asegurar el acceso a la información y los servicios de salud sexual y reproductiva, primordialmente para las mujeres y los adolescentes (Alcalá, 1995).

Entre los acuerdos integrados en las conferencias internacionales entre 1994^{*} y 1995^{**} sobre los servicios de salud sexual y reproductiva en el contexto de la atención primaria de la salud, se planteó la inclusión de las siguientes acciones:

- ♦ Orientación, información, educación, comunicación y servicios de calidad en la esfera de la planificación de la familia
- ♦ Prevención, diagnóstico y tratamiento, cuando sea posible, de las infecciones del sistema reproductivo, las enfermedades de transmisión sexual y otras afecciones del sistema reproductivo

^{*} Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo: Programa de acción. El Cairo, septiembre de 1994.

^{**} Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer: Declaración y plataforma de acción. Beijing, septiembre de 1995.

^{**} Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social: Declaración y programa de acción, aprobada por los Jefes de Estado. Copenhague, marzo de 1995.



- ♦ Información, educación y orientación sobre la sexualidad humana, la salud sexual y reproductiva y la paternidad responsable, en especial sobre la prevención eficaz de las enfermedades de transmisión sexual y del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)
- ♦ Promoción, suministro y distribución de preservativos de alta calidad
- ♦ Información para la mujer acerca de los factores que aumentan los riesgos de desarrollar cáncer e infecciones del sistema reproductivo
- ♦ Servicios médicos y de salud mental para niñas y mujeres de todas las edades que hayan experimentado alguna forma de violencia
- ♦ Remisión a servicios adicionales relacionados con la planificación de la familia, el embarazo, las complicaciones del parto y el aborto, la infertilidad, las infecciones del sistema reproductivo, las enfermedades de transmisión sexual incluyendo el VIH/SIDA, y el cáncer de mama y del sistema reproductivo

Otra de las acciones se refiere a facilitar el acceso a las instituciones de salud, eliminando todas las barreras y obstáculos que impidan desarrollar una estrategia para proporcionar información a todos en igualdad de condiciones.

Se plantea alentar al personal de salud a trabajar en comunidades marginadas y en zonas rurales; también se recomienda reevaluar y elaborar programas de salud reproductiva que consideren a la población en general y en especial a las mujeres, tomando en cuenta sus múltiples ocupaciones y atendiéndolas en su tiempo libre (Alcalá, 1995).



Partiendo de que la educación y la información públicas son esenciales para una mejor salud sexual y reproductiva, se acuerdan las siguientes metas:

- ♦ Establecer planes de información, educación y comunicación teniendo en cuenta diferencias culturales y de género, procurando que hombres y mujeres, principalmente los jóvenes, puedan adquirir conocimientos sobre su salud sexual y reproductiva.
- ♦ Movilizar a la opinión pública y lanzar campañas de educación pública en apoyo de la salud y los derechos sexuales y reproductivos
- ♦ Eliminar las barreras jurídicas reglamentarias y sociales que se oponen a la educación sobre la salud sexual y reproductiva dentro de la educación formal, promoviendo relaciones de género mutuamente respetuosas y equitativas.
- ♦ Proporcionar mayor información sobre los derechos, las opciones y responsabilidades respecto a la procreación y las enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA
- ♦ Asegurar una atención de seguimiento adecuada
- ♦ Suministrar información accesible completa y exacta sobre las diversas opciones médicas y los diversos métodos de planificación familiar, incluidos los riesgos y beneficios para la salud, los efectos secundarios y la eficacia en la prevención de la propagación de enfermedades de transmisión sexual y del VIH/SIDA



- ♦ Proteger siempre los derechos del usuario a la vida privada y la confidencialidad

Para lograr esto, se considera necesario mejorar la calidad de la atención, elaborando indicadores de calidad mediante encuestas, sistemas de evaluación e información que tengan en cuenta las perspectivas de los actuales y posibles usuarios y capacitar a todo el personal de salud, procurando participen en la elaboración de programas que sean sensibles a cuestiones de género e incorporen las perspectivas de los usuarios.

4.2 Derechos sexuales y reproductivos

En la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD, 1994) se enfatizó el derecho básico del ser humano a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva.

Los acuerdos de los gobiernos reflejan su compromiso en pro del desarrollo centrado en la persona, basándose en principios como el que todas las personas deberían gozar de la igualdad social y las libertades fundamentales, a la par que la salud y los derechos sexuales y reproductivos son fundamentales para los derechos humanos.

Esto implica que cualquier persona puede ejercer plena y responsablemente su sexualidad, y para mantener o elevar su nivel de salud sexual y reproductiva, debe recibir la atención e información adecuadas en los servicios de orientación.



Los **derechos sexuales** incluyen el derecho humano de la mujer a tener control respecto de su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, y a decidir libre y responsablemente respecto de esas cuestiones, sin verse sujeta a la coerción, la discriminación y la violencia (CCMM, 1995).

Los **derechos reproductivos** abarcan ciertos derechos humanos ya reconocidos en documentos nacionales e internacionales sobre derechos humanos, entre ellos:

- ◆ El derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número y espaciamiento de hijos y a disponer de la información, la educación y los medios para ello
- ◆ El derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva
- ◆ El derecho a adoptar decisiones sobre la reproducción sin sufrir discriminación, coerción ni violencia

El reconocimiento de estos derechos contribuye a asegurar que los individuos no sean sometidos a relaciones sexuales no deseadas, violencia física, sexual y psicológica, servicios anticonceptivos coercitivos o inadecuados, intervenciones médicas no deseadas y contagio de enfermedades sexualmente transmisibles.

También permite enarbolar el derecho universal a la salud sexual y reproductiva. Este derecho se traduce en la decisión libre e informada sobre el momento de iniciar la vida sexual y reproductiva así como sobre el uso de métodos para el control de la natalidad, en el respeto a la integridad física, y en el derecho a no sufrir discriminación ni coerción en los asuntos relacionados con la vida sexual y reproductiva de la persona.



Como se observa a lo largo del capítulo, en la salud reproductiva generalmente se enfoca a la mujer, al niño y al adolescente, olvidándose que el hombre juega un papel importante en la reproducción humana, puesto que sin él no hay reproducción, y que por lo tanto, tiene el derecho, como ser humano, de acceder a los servicios de salud sexual y reproductiva y aunque se reconocen sus derechos en este ámbito, son probablemente menores y están menos articulados y trabajados que los derechos para las mujeres.

Por otra parte, las políticas internacionales en salud reproductiva, son resultado del interés por la situación desfavorable de la población en lo referente a su salud sexual. En México, el Plan Nacional de Desarrollo (1995-2000), reconoce que el desarrollo pleno de las capacidades del trabajo, la educación y la cultura es posible sólo cuando existen las condiciones adecuadas de salud. Se reconoce que las muertes maternas y perinatales constituyen un problema grave y que los programas de planificación familiar están dando resultados positivos, pero también se aclara que la forma actual de operación y organización difícilmente puede hacer frente a los rezagos acumulados, a los nuevos retos y atender al legítimo reclamo de los usuarios de que los servicios operen con mayor calidad y eficiencia, si esto es así, no se puede esperar a que la solución a los problemas actuales como el SIDA, el aborto, la violación, el embarazo precoz, las enfermedades infecciosas del sistema reproductivo, etc., venga de las altas esferas políticas.

Lo realmente imprescindible es que los educadores reconozcan su papel en el desarrollo y formación personal y social de sus educandos, que conozcan estas políticas internacionales y nacionales, que reconozcan los derechos sexuales de todos y comprendan las necesidades actuales y futuras de la población.

Con educadores sexuales comprometidos, sensibilizados, capacitados e informados el avance, aunque lento, es seguro.





CAPÍTULO V.

INVESTIGACIÓN

Planteamiento del problema

Todo ser humano sin excepción tiene derecho a su salud, es decir, a la integridad física, psicológica y social, y a que la comunidad tenga la obligación de proveerle los elementos básicos que coadyuven a ello. Sin embargo, para poder ejercer este derecho, el ser humano debe contar con la información necesaria que le permita conservar su salud y buscar tratamiento a su enfermedad, pues sólo el conocimiento veraz y oportuno le brindará la libertad para poder decidir entre las diversas opciones que se le vayan presentando en su vida.

Dentro del contexto general de salud se encuentran los aspectos sexuales y reproductivos. Al respecto, la Organización Mundial de la Salud nos dice que la salud sexual es la integración en el ser humano de lo somático, lo emocional, lo intelectual y lo social de la conducta sexual, para lograr un enriquecimiento positivo de la personalidad humana que facilite sus posibilidades de comunicación, de dar y recibir amor (Urbina y Pérez, 1994).

Por lo anterior, dentro del marco general de la educación para la salud, los profesionales tienen que hablar de todos los cuidados que requiere el ser humano para crecer y conservarse sano sexualmente, así como para reproducirse de acuerdo con las normas de salud individual y colectiva.

A la parte de la educación integral que se encarga de estos aspectos y de enseñar a ser y no tan sólo a hacer se le denomina educación de la sexualidad.



La educación de la sexualidad de los individuos a través de la historia ha sido reprimida, facilitada y orientada de acuerdo con varios factores como son: el momento histórico en el que se vive, el espacio geográfico, el estrato social, la cultura, la familia y el género al cual se pertenece. Esta expresión ha variado con una diversidad de matices pero en general puede decirse que los parámetros de referencia tomados tienen como principio creencias y valores sin un fundamento científico, sin un análisis por parte de las personas encargadas de impartir esta educación (Ramos, 1991).

Es a través de la educación sexual que los individuos adquieren valores, creencias, conocimientos, ideología y pautas de conducta que caracterizan lo que es su manera de expresarse, de ahí la importancia de que los educadores sexuales, llámense médicos, profesores, psicólogos, trabajadoras sociales, etc., cuenten con la información objetiva para hacerlo y puedan distinguir entre sus propias opiniones y el conocimiento que deben transmitir. (Aguilar y Mayén, 1994; Ruiz, 1985). Esto implica que es necesario realizar esfuerzos en investigación sobre los responsables de la educación sexual de las nuevas generaciones.

Partiendo de estos fundamentos, la presente investigación tiene como objetivo: identificar y comparar los conocimientos y conceptos psicológicos relacionados con salud reproductiva de profesores de escuelas secundarias y de personal de salud, con el fin de contribuir al desarrollo de un programa de capacitación acorde a sus necesidades, que repercuta en un mejor estado de salud sexual tanto de los adolescentes como de la población en general.



Lo anterior nos lleva a plantar las siguientes preguntas de investigación:

¿Los conocimientos sobre salud reproductiva de profesores de escuelas secundarias públicas difieren de los del personal de centros de salud que realizan y no realizan actividades educativas en esta área?

¿Los conocimientos sobre salud reproductiva de profesores y de personal de salud difieren en función de su género, edad, estado civil, nivel de escolaridad, experiencia en impartir estos temas, cursos tomados y formación profesional?

¿Los profesores y el personal de centros de salud que realizan y no realizan actividades educativas en salud reproductiva, difieren en términos de su género, edad, estado civil, nivel de escolaridad, experiencia en impartir estos temas, cursos tomados y formación profesional?

¿Los significados psicológicos de los conceptos: relaciones prematrimoniales, condón, masturbación, SIDA, embarazo adolescente y educación sexual de los profesores de escuelas secundarias difieren de los del personal de centros de salud?

Planteamiento de hipótesis

- ♦ HT₁ Existen diferencias en los conocimientos sobre salud reproductiva de profesores de escuelas secundarias y de personal de centros de salud que realizan y no realizan actividades educativas en esta área.
- ♦ HT₂ Existen diferencias en los conocimientos sobre salud reproductiva de profesores y personal de centros de salud en función de su género, edad,



estado civil, nivel de escolaridad, experiencia en impartir estos temas, cursos tomados y formación profesional.

- ♦ HT₃ Los profesores y el personal de centros de salud que realizan y no realizan actividades educativas en salud reproductiva, difieren en términos de su género, edad, estado civil, nivel de escolaridad, experiencia en impartir estos temas, cursos tomados y formación profesional.
- ♦ HT₄ Los significados psicológicos de los conceptos: relaciones prematrimoniales, condón, masturbación, SIDA, embarazo adolescente y educación sexual de los profesores de escuelas secundarias difieren de los del personal de centros de salud.

MÉTODO





Tipo de estudio

Ex post facto descriptivo transversal.

Muestreo y sujetos

Participaron en el estudio 129 sujetos, 63 fueron profesores de escuelas secundarias diurnas pertenecientes a la Secretaría de Educación Pública, que radican en el Distrito Federal. 40 de ellos imparten las materias de Orientación Educativa, Biología y Civismo; 23 imparten materias no relacionadas con salud reproductiva.

También participaron 66 empleados (médicos, enfermeras y trabajadoras sociales) de centros de salud del D.F. pertenecientes a la Secretaría de Salud; 41 de ellos afirman que promueven la salud reproductiva a través de pláticas, talleres y cursos; 25 reportan no hacerlo.

Tabla 1. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA MUESTRA POR LUGAR DE TRABAJO Y SI IMPARTEN O NO TEMAS SOBRE SALUD REPRODUCTIVA

Lugar de trabajo	Imparten	No imparten	Total
Profesores	31.0	17.8	48.8
Personal de salud	31.8	19.4	51.2
Total	62.8	37.2	100.0

- ♦ 60.5% de la muestra fueron mujeres y 39.5% varones
- ♦ 43.2% tenían entre 31 y 40 años, y sólo 6.4% eran mayores de 50 años



- ♦ 31.1% de ellos eran solteros o sin pareja y 68.9% casados o con pareja
- ♦ 78.0% reportó estudios a nivel licenciatura
- ♦ 37.8% eran médicos
- ♦ 48.1% manifestó tener de 1 a 10 años impartiendo temas relacionados con sexualidad o salud reproductiva
- ♦ 63.6% no había tomado cursos de capacitación

El tipo de muestreo fue no probabilístico intencional, ya que los sujetos se seleccionaron en función de las escuelas y los centros que se contactaron.

Variables

Variables independientes

- ♦ Tipo de educador sexual
Lugar de trabajo del personal :
 - Profesores de escuelas secundaria públicas.
 - Personal que labora en centros de salud.
- ♦ Realización de actividades de educación en salud reproductiva
 - Imparten temas sobre salud reproductiva
 - No imparten temas sobre salud reproductiva

FALTAN PAGINAS

De la: 73

A la: 74



♦ Cuestionario de conocimientos sobre salud reproductiva

Para la elaboración del cuestionario de conocimientos, inicialmente se revisaron instrumentos creados por diferentes psicólogos (Corona, 1994; Ramos, 1991; Camarillo y Rodríguez, 1990; Corona, 1987). Sin embargo, no se utilizó ninguno de éstos en su totalidad, porque se elaboraron antes de la reforma educativa de 1993, tenían una gran carga biológica o las respuestas eran en su totalidad de opción múltiple o dicotómicas. A pesar de ello, estos cuestionarios sirvieron como base para la elaboración de los reactivos del instrumento aplicado en esta investigación.

El cuestionario de conocimientos constaba primeramente de 46 reactivos, con preguntas abiertas, cerradas y de opción múltiple, los cuales fueron elaborados a partir del Programa de Orientación Educativa para la educación media básica propuesto por la SEP en la reforma al plan de estudios de 1993; se incluyeron dos esquemas sobre los aparatos reproductivos utilizados por Corona (1987).

El cuestionario fue piloteado con profesores de secundaria y empleados de salubridad. Como resultado de tal piloteo se eliminaron las preguntas relativas a los artículos del Código Penal en los que se considera al abuso sexual y a la violación como delitos, porque no fueron contestados por ninguno de los sujetos y no se consideraron relevantes para los fines de ésta investigación. El número total de reactivos del instrumento final fue de 44 (véase anexo 2).

El instrumento fue validado vía jueces, por expertos en el área de salud reproductiva. El índice de confiabilidad obtenido por medio del Alpha de Cronbach fue de 0.82



En el cuadro 2 se muestran los temas y subtemas abordados en el instrumento de conocimientos sobre salud reproductiva y el número de reactivo que los contiene.

Cuadro 2. CONTENIDO DEL CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS

TEMAS	SUBTEMAS		REACTIVOS
Definiciones	Sexo		36
	Sexualidad		37
Anatomía de los órganos reproductivos	Órganos femeninos	Externos e internos	9 a 14
		Tipos de himen	16
	Órganos masculinos	Externos e internos	4 a 8
Fisiología de los órganos reproductivos	Nombres y efectos de las hormonas		1 a 3
	Determinación del sexo del bebé		15
	Órganos femeninos	Ciclo menstrual	17 a 21
		Flujo vaginal	23
	Órganos masculinos	Eyacuación	22
Higiene sexual	Genitales femeninos		38
	Genitales masculinos		39
Conducta sexual	Masturbación		24
	Respuesta sexual humana	En la mujer	40 a 42
		En el hombre	40
Comportamiento reproductivo	Tasa de embarazo entre adolescentes		33
	Factores sociales que alientan el embarazo adolescente		34
	Consecuencias de la maternidad precoz		35
Métodos anticonceptivos	Métodos más recomendables para jóvenes		25
	Índice de falla	Condón	26
		Píldora	27
		Colocación	Óvulos



TEMAS	SUBTEMAS	REACTIVOS
Enfermedades de transmisión sexual	Síntomas Prevención	29 a 32
Problemas relacionados con la salud sexual	Aborto	43
	Condiciones bajo las cuales no es un delito	44
	Técnicas	44

Para calificar el instrumento se asignó un punto por cada respuesta correcta y cero si era incorrecta; se obtuvo el puntaje total de aciertos por sujeto (máximo 44) y su calificación en una escala de cero a diez.

El porcentaje de respuestas correctas por reactivo se presenta en la tabla 2, donde se observa que los reactivos 35, 21, 17, 20, 28, 43, 33, 24, 37, 22, con el símbolo ●, son contestados por la mayoría (más del 80%) de las 129 personas encuestadas; en cambio, los reactivos 48, 50, 56, 52, 53, 46, 55, 29, 25, con el símbolo > y en negrillas, presentan dificultad de respuesta (fueron contestados por menos del 20% de los sujetos).

Tabla 2. CONOCIMIENTOS SOBRE SALUD REPRODUCTIVA

<i>Reactivos del instrumento</i>	<i>% de respuestas correctas</i>
1. La hormona que estimula los testículos y ovarios es...	48.8
2. La aparición de los caracteres sexuales secundarios en el hombre está regulada por...	64.3
3. La aparición de los caracteres sexuales secundarios en la mujer está regulada por...	69.0



Identifique en el esquema los siguientes órganos:

4. Testículo	●	93.0
5. Vesícula seminal		47.3
6. Próstata		45.0
7. Conducto espermático	●	87.6
8. Glande	●	93.0
9. Ovario	●	81.4
10. Trompa de Falopio		79.8
11. Clítoris	●	82.2
12. Uretra	➤	17.3
13. Vagina		68.2
14. Útero		76.7
15. ¿Qué determina el sexo del recién nacido?	●	86.8
16. ¿Cuántos tipos de himen se conocen?	➤	13.2
17. La menstruación es...		80.6
18. El ciclo menstrual tiene una duración promedio de:		58.9
19. Si una mujer inicia su sangrado menstrual el día 1º de diciembre, habitualmente sangra durante cuatro días y su periodo es de 28 días, ¿cuándo espera el inicio de su próximo sangrado?		62.0
20. La ovulación es:	●	83.7
21. La ovulación generalmente ocurre:		56.6
22. La eyaculación es:	●	96.9
23. El flujo vaginal normal es:		75.2
24. La masturbación indica:	●	81.4
25. Los métodos anticonceptivos más recomendables para los adolescentes son:		59.7



26. El índice de falla en el uso del condón es de:	27.9
27. El índice de falla en el uso de píldoras es de:	24.0
28. Los óvulos se colocan:	48.1
Relacione las siguientes columnas:	
29. Las úlceras no dolorosas (chancros) que aparecen en los órganos sexuales corresponden a la enfermedad llamada:	58.9
30. Es la última fase de una enfermedad contagiosa y mortal: ●	86.0
31. Se caracteriza por comezón e irritación con abundante secreción vaginal de mal olor y ardor al orinar:	52.7
32. Se presenta comezón en la zona infectada, escozor o ardor al orinar y expulsión de pus por la uretra:	54.3
33. El porcentaje de madres adolescentes en México es aproximadamente del: ➤	8.5
34. Se ha encontrado que las adolescentes que se embarazan, antes se enfrentaron a una serie de condiciones desfavorables: Mencione tres:	20.9
35. Mencione por lo menos tres consecuencias de la paternidad y maternidad antes de los 18 años. ➤	1.6
Sexo y sexualidad son diferentes:	
36. Definición de sexo	60.5
37. Definición de sexualidad	36.4
38. ¿Cuáles son las principales medidas de higiene recomendadas para la zona genital de las mujeres? ➤	2.3
39. ¿Cuáles son las principales medidas de higiene recomendadas para la zona genital de los varones?	24.0
40. Las fases de la respuesta sexual humana son: ➤	5.4



41. ¿Cómo se llama a la alteración que consiste en que una mujer presente múltiples orgasmos? >	7.8
42. ¿En qué fase de la respuesta sexual humana la mujer experimenta contracciones uterinas y un exceso de lubricación vaginal?	65.1
43. Mencione las condiciones en las cuales el aborto provocado no se considera un delito: >	12.4
44. ¿Cuáles técnicas conoce para la realización de un aborto? >	3.9

Las preguntas de localización de los órganos en los aparatos reproductores, así como otras cerradas de contenido fisiológico ofrecieron menos dificultad de respuesta, en tanto que, las preguntas abiertas y en especial aquellas que hacen referencia a factores psicosociales representaron mayor dificultad. Sin embargo, durante la aplicación los sujetos se relajaban cuando contestaban las preguntas abiertas.

En los reactivos 38 y 39, relacionados con las principales medidas de higiene para la zona genital de las mujeres y los varones; las respuestas eran generales, por ejemplo, *baño diario*; y para considerarlas correctas, era necesario que dentro de las menciones se incluyera el *separar labios mayores y menores y lavar con agua y jabón*; y en el caso de los varones se debía especificar *recoger el prepucio y lavar con agua y jabón*. Sólo el 2.3% de la muestra respondió acertadamente el reactivo 38 y en cuanto al reactivo 39, el 24% lo hizo correctamente; en ambos ítems se mencionaron creencias como: "planchar los pantalones y la ropa interior con la plancha muy caliente", "realizar duchas vaginales después de cada relación sexual", "no realizar duchas vaginales", "hacer la circuncisión", etc.



En el reactivo 41: ¿Cómo se llama a la alteración que consiste en que una mujer presente múltiples orgasmos? La respuesta correcta es: *no es ninguna alteración*, sin embargo, la mayor parte de los sujetos que contestaron la pregunta decían que era: *ninfomanía o multiorgasmia*.

En el reactivo 44, sobre técnicas para la realización de un aborto, hubo respuestas como éstas: "realizar el aborto con yerbas, téis o introduciendo algún objeto", etc.

Como caso particular, en la pregunta 40, una médica contestó que las fases de la respuesta sexual humana eran "casarse y tener hijos".

♦ Red semántica

Considerando que en el proceso enseñanza-aprendizaje, la transmisión de conocimiento no implica el éxito de éste, sino que además intervienen aspectos psicológicos y sociales como actitudes, sentimientos, valores, creencias, etc., se trabajó con Redes Semánticas, las cuales permiten la evaluación subjetiva de los eventos, acciones u objetos, para formar el significado psicológico que está compuesto de elementos afectivos y de conocimientos.

Esta técnica permite llevar a cabo investigación en los campos de la categorización social, actitudes, opinión pública y otras áreas afines, para intentar explicar el comportamiento humano (Valdez, 1991).

En la investigación, esta técnica se aplicó para evaluar el significado psicológico de los conceptos: relaciones prematrimoniales, condón, masturbación, SIDA, embarazo adolescente y educación sexual. La forma de respuesta se estructuró con cinco líneas para las palabras definidoras y cinco líneas pequeñas para ubicar su jerarquía (véase anexo 2). Estos seis estímulos se seleccionaron de un



total de diez, después de haberlos piloteado con profesores y empleados del sector salud y se validaron vía jueces.

Los datos que se obtuvieron en el instrumento de red semántica para conocer los conceptos psicológicos, se estructuraron conforme al análisis de las categorías semánticas¹, el conjunto SAM (quince primeras palabras definidoras de acuerdo a la frecuencia y jerarquía), en relación con la variable independiente: tipo de educador sexual (profesores de escuelas secundarias y personal de salud).

PROCEDIMIENTO

Se realizaron entrevistas con los directores tanto de las escuelas secundarias como de los centros de salud comunitarios que se contactaron. Se solicitó su colaboración para participar en una investigación conjunta de la UNAM y del Instituto Nacional de Perinatología (INPer).

Durante la entrevista se mostraban los instrumentos a los directores y se les explicaba el propósito del estudio: "El objetivo de estos instrumentos es identificar las necesidades de capacitación y/o actualización que sobre salud reproductiva requieren los profesores de secundaria y el personal de salud. Esto permitirá elaborar un programa que les ayude a ser difusores eficaces de los conocimientos que requiere la comunidad y en especial a los adolescentes para mejorar su salud reproductiva y a la larga su nivel de vida".

De esta manera se obtuvo autorización y se concertaron citas para hablar con los profesores y con el personal de salud, a quienes se les explicó que la investigación tenía como objetivo contribuir al desarrollo de un programa de capacitación sobre salud reproductiva, acorde a sus necesidades. Contando con su colaboración, se procedió a la aplicación.

¹ Para mayor información sobre esta técnica consultar a Valdez, 1991 y Fernández, 1993.



Antes de iniciar se les dijo lo siguiente: "Para que este estudio sea válido es muy importante que contesten todas las preguntas con el mayor cuidado y sinceridad posible. Las respuestas son estrictamente confidenciales y ninguna persona podrá ser identificada; es por esto que no se pregunta ni su nombre, ni el nombre de la institución en la cual labora. El cuestionario es individual". Las aplicaciones se realizaron de manera individual o colectiva, dependiendo de las posibilidades. Se buscaban espacios apropiados, por ejemplo, el aula de profesores, la biblioteca, el auditorio, su oficina, consultorio, etc.

Una vez que los sujetos tenían los instrumentos, se les indicaba la forma de resolverlos. Para las redes semánticas se exponía un ejemplo con el apoyo de acetatos, pizarrones o papel y lápiz. Se preguntaba si no había dudas, en cuyo caso se aclaraban en ese momento al grupo o individualmente. Al finalizar la aplicación, se agradecía su colaboración.

Después de la aplicación, si se había concertado con los directores, se daba una plática sobre la experiencia y los resultados que se han obtenido en investigaciones realizadas con adolescentes en el Instituto Nacional de Perinatología; para esto se contó con la colaboración de expertos en el tema.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

- ♦ Se realizó el análisis descriptivo de los datos, utilizando frecuencias y porcentajes, o bien medidas de tendencia central y dispersión, dependiendo del nivel de medición de las variables.
- ♦ Para someter a prueba las hipótesis se utilizó: χ^2 , prueba t para grupos independientes y Análisis de Varianza (ANOVA).

RESULTADOS





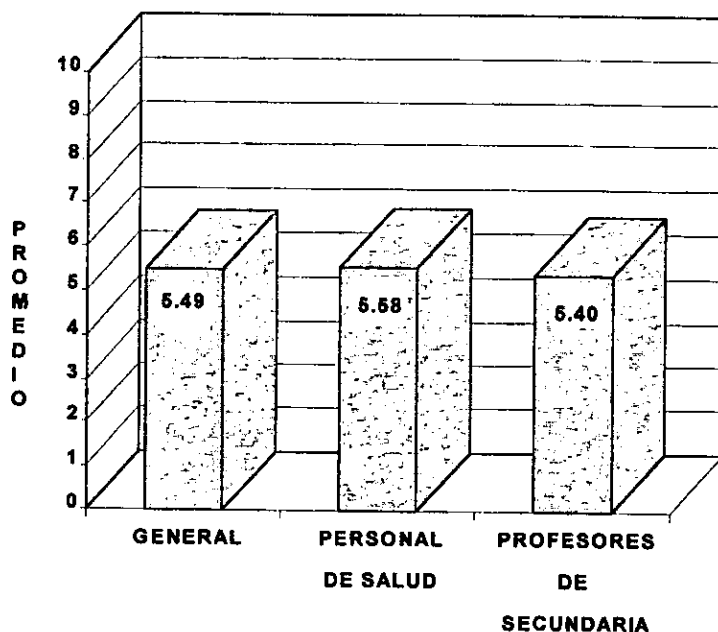
RESULTADOS

Los resultados obtenidos son analizados de acuerdo con cada una de las hipótesis planteadas.

Hipótesis 1:

Habrán diferencias en los conocimientos hacia la salud reproductiva en profesores de escuelas secundarias y de personal de centros de salud que realizan y no realizan actividades educativas en salud reproductiva.

El promedio total de la muestra en este instrumento de conocimientos fue de 5.49 ($s= 6.24$); el personal de salud obtuvo 5.58 ($s= 6.32$) y los profesores 5.40 ($s=6.18$) (Véase gráfica 1).

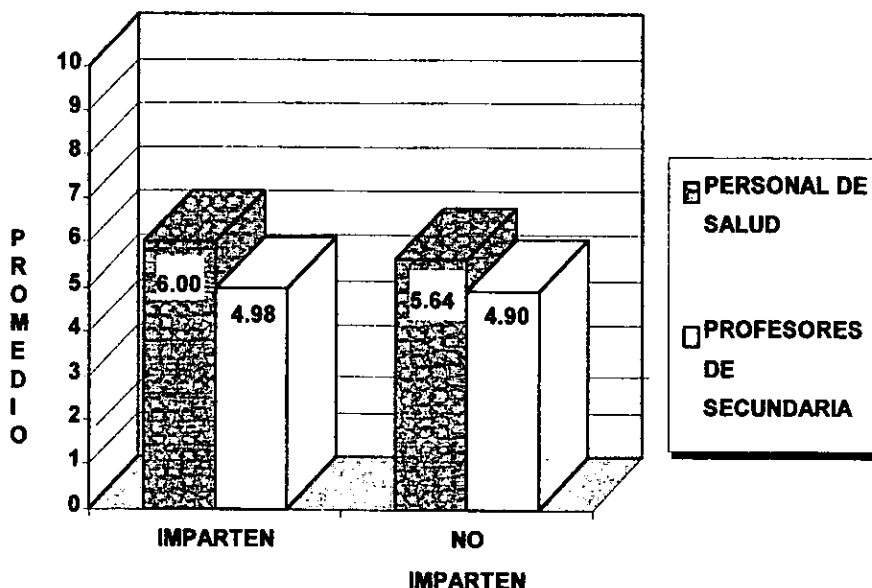


Gráfica 1. Promedios generales de conocimientos sobre sexualidad (escala 0 a 10).



Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los conocimientos que tienen quienes imparten temas relacionados con sexualidad o salud reproductiva y quienes no lo hacen ($F=29.49$, $p=.000$). De acuerdo con la prueba de Scheffe el personal de salud que si aborda estos temas difiere de los profesores que no los aborda.

Como se observa en la gráfica 2, el personal de salud que imparte estos temas obtuvo el promedio más alto en conocimientos ($M=6.00$, $s=1.33$) y los profesores que no imparten el más bajo ($M=4.90$, $s=1.46$).



Gráfica 2. Promedios de conocimientos para cada subgrupo de acuerdo con su lugar de trabajo y si imparten o no temas relacionados con sexualidad o salud reproductiva.

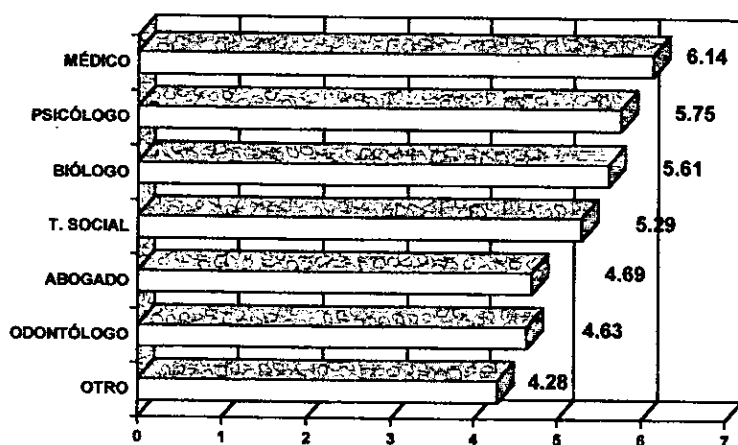


Hipótesis 2:

Existen diferencias en los conocimientos hacia la salud reproductiva en profesores y personal de centros de salud en función de su género, edad, estado civil, nivel de escolaridad, experiencia en impartir temas sobre sexualidad, cursos tomados y formación profesional.

Los resultados obtenidos indican que existen diferencias estadísticamente significativas, dentro de la muestra, en el puntaje de conocimientos sobre sexualidad, en cuanto a la formación profesional de los sujetos ($F=4.1183$, $p=.0001$) y a su experiencia como educador sexual ($F=15.3228$, $p=.000$).

De acuerdo con la prueba de Scheffe ($p=.05$, $F=5.05$), los médicos ($M=6.14$, $s=1.29$), difieren de "otros" —administradores, físicos, químicos, etc.— quienes obtienen el promedio más bajo en conocimientos sobre salud reproductiva ($M=4.28$, $s=.91$). (véase gráfica 3).

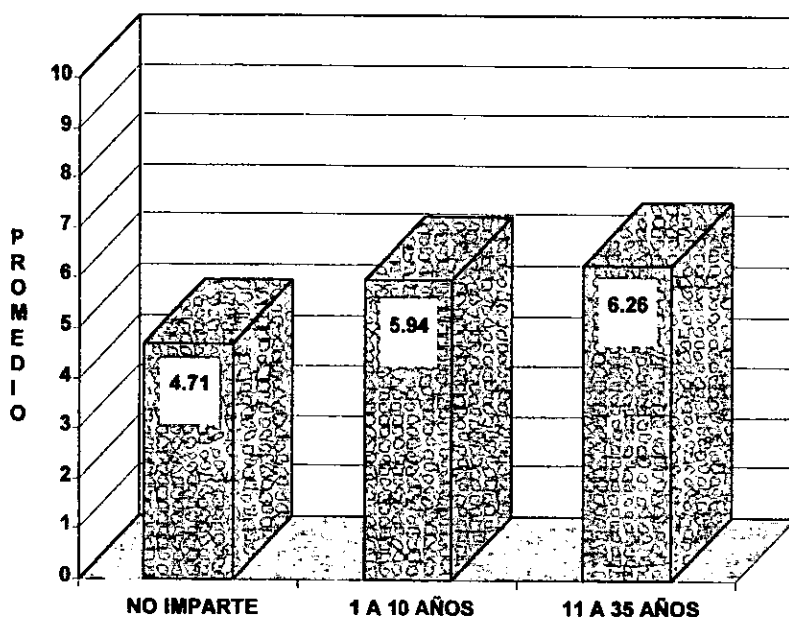


Gráfica 3. Promedio de conocimientos sobre sexualidad de acuerdo con la formación profesional de los entrevistados.



Como se observa en la gráfica 4, la tendencia es que a mayor cantidad de años impartiendo temas relacionados con sexualidad o salud reproductiva, mayor es el puntaje obtenido en conocimientos.

La prueba de Scheffe ($F=15.32$, $p=.05$), muestra diferencias estadísticamente significativas entre los sujetos que tienen entre 1 a 10 años ($M=5.94$, $s=1.27$) y de 11 a 35 años ($M=6.26$, $s=.92$) impartiendo temas relacionados con salud reproductiva y quienes dicen no abordar estos temas ($M= 4.71$, $s=1.46$).



Gráfica 4. Distribución de los promedios de acuerdo con la cantidad de años impartiendo temas relacionados con sexualidad o salud reproductiva.



En las variables género, edad, estado civil, nivel de escolaridad y cursos tomados, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. Sin embargo, existen tendencias: los varones ($M= 5.68$) tienen un mayor promedio en conocimientos sobre sexualidad que las mujeres ($M= 5.37$); las personas entre 41 y 50 años ($M= 5.61$) que las más jóvenes o de más de 50 años y, por último, las personas que manifiestan tomar cursos ($M= 5.87$) que quienes no se actualizan ($M=5.28$).



Hipótesis 3:

Los profesores y el personal de centros de salud que realizan y no realizan actividades educativas en salud reproductiva, difieren en términos de su género, edad, estado civil, nivel de escolaridad, experiencia en impartir temas sobre sexualidad, cursos tomados y formación profesional.

Los resultados indican la existencia de diferencias significativas entre los grupos en cuanto a la edad, el nivel de escolaridad, la formación profesional, la cantidad de años impartiendo temas y si se han tomado o no cursos sobre sexualidad o salud reproductiva.

El 65% del personal de salud que sí imparte temas relacionados con sexualidad o salud reproductiva tiene entre 21 y 40 años, en tanto que, más del 90% de los profesores que sí imparten estos temas tienen de 31 a 50 años.

En la tabla 3 se muestra la distribución de los sujetos de acuerdo con su edad ($\chi^2=18.25$; $p= .032$).

Tabla 3. Porcentaje de sujetos de acuerdo con su edad

Subgrupos	21 a 30 años	31 a 40 años	41 a 50 años	51 a 70 años	Total
Personal de salud que sí imparte	10.4	10.4	8.8	2.4	32.0
Personal de salud que no imparte	4.8	8.8	5.6	0.8	20.0
Profesores que sí imparten	2.4	16.8	11.2	0.0	30.4
Profesores que no imparten	3.2	7.2	4.0	3.2	17.6
Total	20.8	43.2	29.6	6.4	100.0



En la tabla 4 se aprecia que las personas que conforman el subgrupo personal de salud que sí imparte temas relacionados con sexualidad o salud reproductiva, tienen, en porcentajes similares, estudios a nivel técnico (enfermeras y trabajadoras sociales) y licenciatura (médicos); en cambio, los profesores que abordan estos temas son en su mayoría de nivel licenciatura ($\chi^2=21.37$; $p=.000$).

Aun en los subgrupos que no imparten estos temas, se observa que el personal de salud tiene, a diferencia de los profesores, más personas con carreras a nivel técnico.

Tabla 4. Porcentaje de los sujetos de acuerdo con su nivel de escolaridad

Subgrupos	Carrera técnica	Licenciatura	Total
Personal de salud que sí imparte	13.8	16.3	30.1
Personal de salud que no imparte	4.9	14.6	19.5
Profesores que sí imparten	2.4	29.3	31.7
Profesores que no imparten	0.8	17.9	18.7
Total	22.0	78.0	100.0



Por otra parte, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los subgrupos en cuanto a su formación profesional ($\chi^2=113.26$; $p=.000$).

La tabla 5 muestra que el grupo de profesores está conformado por individuos que cursaron las carreras de Psicología, Biología, Derecho, Odontología y otras (incluidas en esta categoría físico, químico, administrador, etc.); en tanto que el personal de salud, está formado principalmente por médicos, enfermeras, trabajadoras sociales y odontólogos.

Tabla 5. Distribución porcentual de la muestra, de acuerdo con su formación profesional

Subgrupos	Psicólogo	Méd./enf.	T.S.	Biólogo	Abogado	Otro	Odon-tólogo	Total
Personal de salud que sí imparte	0.0	20.2	12.6	0.8	0.0	0.0	0.8	34.5
Personal de salud que no imparte	0.0	10.9	1.7	0.0	0.0	0.0	6.7	19.3
Profesores que sí imparten	10.1	4.2	3.4	5.9	3.4	0.8	2.5	30.3
Profesores que no imparten	6.7	2.5	0.8	0.0	0.8	5.0	0.0	16.0
Total	16.8	37.8	18.5	6.7	4.2	5.9	10.1	100.0



En la variable "años impartiendo temas" también se encontraron diferencias entre los profesores y el personal de salud que realizan y no realizan actividades educativas en salud reproductiva ($\chi^2=91.26$; $p=.000$).

En la tabla 6 se muestra que en la categoría de profesores que sí imparten temas hay un porcentaje que manifiesta no hacerlo, lo cual se debe a que aun cuando tienen asignada una materia como biología, orientación educativa o civismo no abordan estos temas; en cambio, hay profesores que tienen asignadas materias como inglés, matemáticas, etc. que manifiestan hablar con los adolescentes de estos temas en clase.

Esto se registró en la cédula demográfica con la variable "Materia que imparte" y posteriormente con la pregunta "¿Cuántos años tiene impartiendo temas relacionados con sexualidad o salud reproductiva?"

Tabla 6. Porcentajes de los individuos, de acuerdo al tiempo que tienen impartiendo temas relacionados con sexualidad o salud reproductiva.

Subgrupos	No imparte	1 a 10 años	11 a 35 años	Total
Profesores de biología, orientación educativa y civismo	5.4	20.9	4.7	31.0
Profesores de otras materias	14.7	2.3	0.8	17.8
Personal de salud que sí imparte	0.0	24.8	7.0	31.8
Personal de salud que no imparte	19.4	0.0	0.0	19.4
Total	39.5	48.1	12.4	100.0



También, se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2=15.90$; $p=.001$) entre los profesores y el personal de salud que realizan y no actividades educativas en salud reproductiva en términos de los cursos que han tomado.

La tabla 7 refleja que las personas que han tomado cursos relacionados con sexualidad o salud reproductiva, son aquellas que imparten estos temas o realizan estas actividades, aunque no en el porcentaje que podría esperarse, ya que menos de la mitad se ha actualizado.

Tabla 7. Porcentajes de los sujetos que han y no tomado cursos sobre sexualidad o salud reproductiva.

Subgrupos	Con cursos	Sin cursos	Total
Personal de salud que sí imparte	15.5	16.3	31.8
Personal de salud que no imparte	4.7	14.7	19.4
Profesores que sí imparten	14.7	16.3	31.0
Profesores que no imparten	1.6	16.3	17.8
Total	36.4	63.6	100.0

Las variables en las cuales no se encontraron diferencias estadísticamente significativas son género y estado civil; sin embargo, más mujeres (41.8%) que hombres (20.9%) tienden a abordar temas relacionados con sexualidad o salud reproductiva.



Finalmente, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la muestra al relacionar las variables "género" y "nivel de escolaridad" ($\chi^2 = 19.57$; $p=.000$): el 98% de los varones tienen estudios a nivel licenciatura, en cambio solo el 64.4% de las mujeres cursaron una carrera a nivel licenciatura y el 35.6% restante una carrera técnica.

También se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la formación profesional de varones y mujeres encuestados ($\chi^2 = 22.28$; $p= .001$): el 18.5% de la muestra son varones médicos, y sólo el 0.8% son trabajadores sociales; el 17.6% corresponde a trabajadoras sociales, el 10.9% son psicólogas y el 10% enfermeras (véase gráfica 8).

Tabla 8. Distribución porcentual de varones y mujeres, de acuerdo con su formación profesional

Formación profesional	Varones	Mujeres	Total
Psicólogo	5.9	10.9	16.8
Médico	18.5	9.2	27.7
Enfermera	0.0	10.0	10.0
T. Social	0.8	17.6	18.4
Biólogo	3.4	3.5	6.9
Abogado	3.4	0.8	4.2
Odontólogo	2.5	7.6	10.1
Otro	3.4	2.5	5.9
Total	37.9	62.1	100.0



Hipótesis 4:

Los significados psicológicos de los conceptos: relaciones prematrimoniales, condón, masturbación, SIDA, embarazo adolescente y educación sexual de los profesores de escuelas secundarias diferirán de los del personal de centros de salud.

A continuación se presentan los resultados para cada uno de los conceptos, de acuerdo a la variable independiente: tipo de educador sexual (profesores de escuela secundaria y personal de salud).

La información se sistematizó para la elaboración de las redes semánticas de los conceptos estudiados de la siguiente manera:

J = Indica la riqueza de la red ya que se obtiene al sumar el total de palabras generadas por los sujetos para definir a la palabra estímulo.

VMT = Valor "M" total, que relaciona frecuencias con jerarquías y se obtiene mediante la sumatoria de todos los valores obtenidos por cada palabra. Estos valores se obtienen al multiplicar la frecuencia de aparición por la jerarquía asignada por los sujetos a esa palabra.

SAM = Conjunto de las quince palabras que obtuvieron el mayor valor "M".

G = Distancia entre las diversas palabras definidoras.

FMG = Indica en términos de porcentajes, la distancia que hay entre cada una de las palabras que formaron el conjunto SAM, mediante una regla de tres, siendo el 100% el valor "M" más alto.



En cada tabla se aprecia el concepto, las palabras definidoras, la distancia entre ellas y sus correspondientes puntajes, de acuerdo a la variable independiente.

Después de las tablas que contienen los valores obtenidos y que presentan en negrillas las palabras en las que no coincidieron los profesores y el personal de salud, se analizaron las diferencias y semejanzas de las palabras definidoras de cada estímulo en ambos grupos.

Posteriormente se muestra cada concepto en una gráfica de caracol, de acuerdo a las distancias que se dan entre las palabras definidoras. Las gráficas dan una idea de las primeras quince palabras definidoras del concepto para cada tipo de educador sexual, la distancia entre cada palabra y el concepto y la distancia existente entre las propias palabras definidoras. Las medidas en éstas gráficas son aproximadas, ya que aún no existe el programa apropiado para la representación de las redes semánticas.

También se estructuran discursos para cada uno de los conceptos, respetando la jerarquía de las palabras definidoras, tanto para los profesores como para el personal de salud.



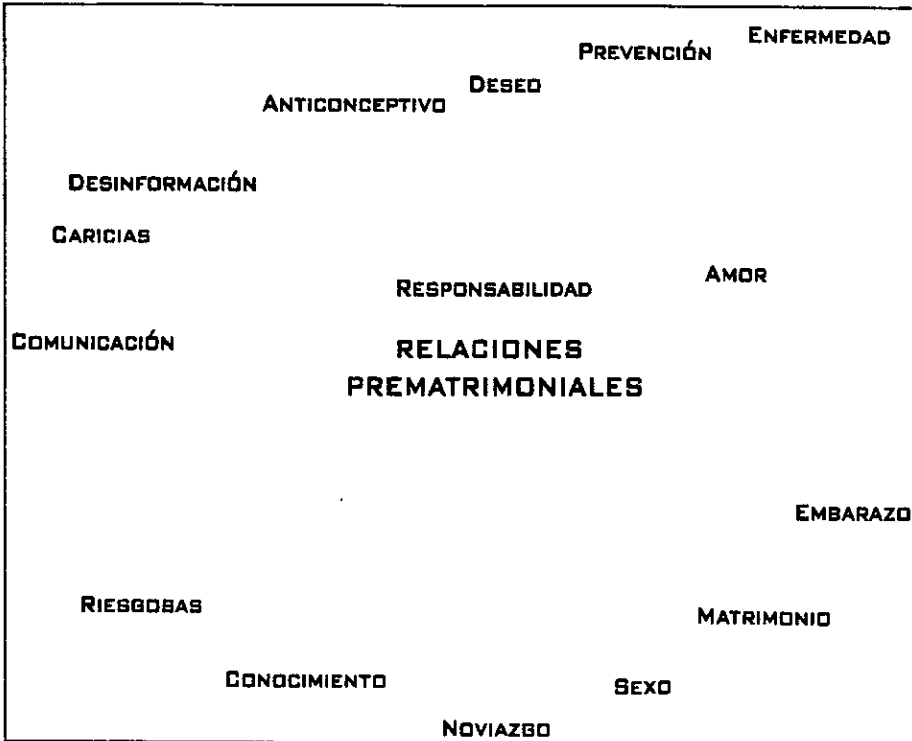
RELACIONES PREMATRIMONIALES

Tabla 9. Conjunto SAM de Relaciones Prematrimoniales

PROFESORES				PERSONAL DE SALUD			
SAM	VMT	FMG	G	SAM	VMT	FMG	G
Responsabilidad	61	100.0%		Amor	67	100.0%	
Amor	60	98.36%	1	Seguridad	45	67.16%	22
Embarazo	45	73.77%	15	Deseo	44	65.67%	1
Matrimonio	37	60.65%	8	Normal	44	65.67%	0
Sexo	37	60.65%	0	Embarazo	34	50.74%	10
Noviazgo	35	57.37%	2	Reproducción	34	50.74%	0
Conocimiento	33	54.09%	2	Inmoral	28	41.79%	6
Riesgosas	30	49.18%	3	Placer	27	40.29%	1
Comunicación	21	34.42%	9	Adolescencia	26	38.80%	1
Caricias	18	29.50%	3	Conocimiento	26	38.80%	0
Desinformación	18	29.50%	0	Necesarias	26	38.80%	0
Anticonceptivo	17	27.86%	1	Comunicación	24	35.82%	2
Deseo	17	27.86%	0	Educación	24	35.82%	0
Prevención	16	26.22%	1	Ignorancia	22	32.83%	2
Enfermedad	15	24.59%	1	Anticonceptivos	21	31.34%	1
Valor J	291			Valor J	306		

En el estímulo relaciones prematrimoniales, los profesores y el personal de salud compartieron en sus redes las categorías amor, embarazo, deseo, conocimiento, comunicación y anticonceptivos. Los profesores incluyeron responsabilidad, matrimonio, sexo, noviazgo, riesgo, caricias, desinformación, prevención y enfermedad. En tanto, para el personal de salud, las relaciones prematrimoniales implican seguridad, normalidad, reproducción, inmoralidad, placer, adolescencia, necesarias, educación e ignorancia.

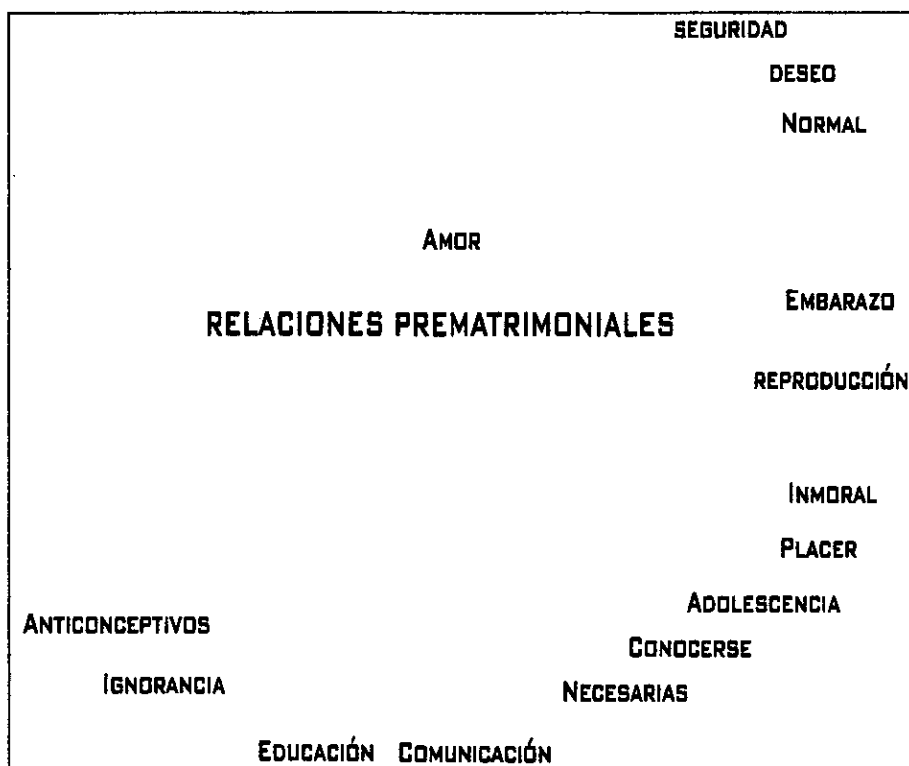
Como se observa las relaciones prematrimoniales para algunos son una fuente de placer y aceptación y para otros originan problemas y conflictos de diferentes índoles.



Gráfica 1. Red semántica de Relaciones Prematrimoniales (profesores).

♦ Discurso del concepto Relaciones Prematrimoniales (profesores):

Las relaciones sexuales prematrimoniales implican *responsabilidad* y *amor*; conllevan a *embarazos* no planeados e incluso al *matrimonio*. Es importante el *sexo* en el *noviazgo* para *conocer* a la pareja. Porque las relaciones prematrimoniales implican *riesgo*, se debe establecer una buena *comunicación*, antes, durante y después de las *caricias*. La *desinformación* es la causa de que los jóvenes no usen *anticonceptivos* y se dejen llevar por el *deseo* sin importarles *prevenir enfermedades*.



Gráfica 2. Red semántica de Relaciones Prematrimoniales (personal de salud).

♦ Discurso del concepto Relaciones Prematrimoniales (personal de salud):

En las relaciones prematrimoniales, el *amor* ofrece *seguridad* para aquel *deseo normal* que tiene la pareja. No debe quedar en el olvido la posibilidad de un *embarazo* que a la par con la *reproducción* pueden ser parte de la *inmoralidad*. El *placer* para los *adolescentes* puede resultar más importante que *conocer* a la pareja debido a la *necesidad* física existente. Es por eso que la *comunicación* y la *educación* son decisivos para combatir la *ignorancia* y ofrecer opciones más seguras como los *anticonceptivos*.



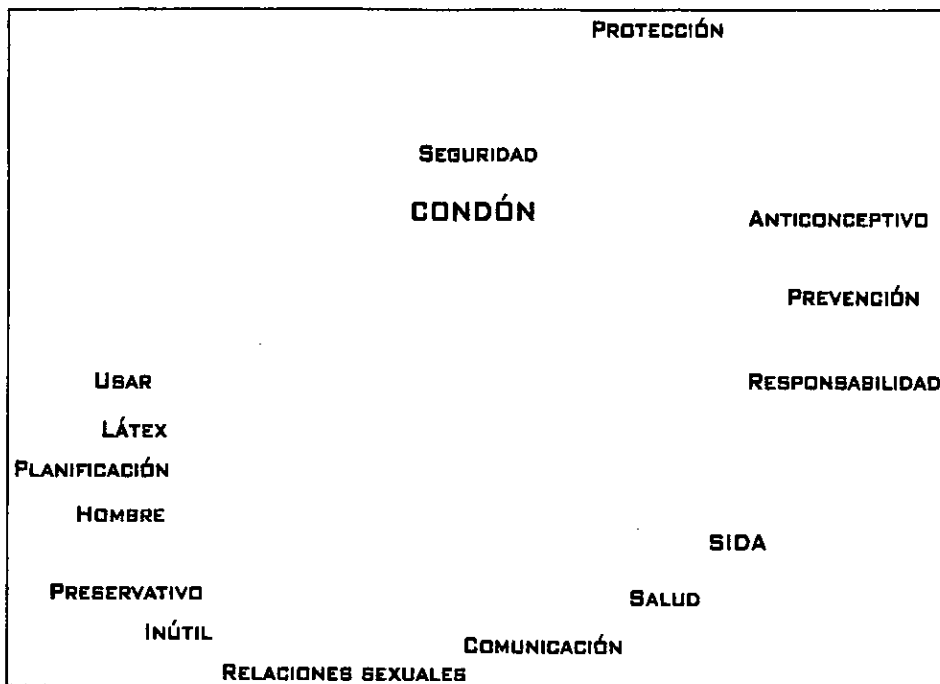
CONDÓN

Tabla 10. Conjunto SAM de Condón

PROFESORES				PERSONAL DE SALUD			
SAM	VMT	FMG	G	SAM	VMT	FMG	G
Seguridad	87	100%		Prevención	146	100%	
Protección	76	87.35%	11	Seguridad	90	61.70%	56
Anticonceptivo	56	64.36%	20	Preservativo	84	57.53%	6
Prevención	53	60.91%	3	Protección	71	48.63%	13
Responsabilidad	48	55.17%	5	Enfermedad	44	30.13%	27
SIDA	34	39.08%	14	Educación	31	21.23%	13
Salud	31	35.63%	3	Látex	27	18.49%	4
Comunicación	28	32.18%	3	Método	25	17.12%	2
Relaciones sexuales	27	31.03%	1	Salud	23	15.75%	2
Inútil	26	29.88%	1	Planificación	22	15.06%	1
Preservativo	26	29.88%	0	Control	20	13.69%	2
Hombre	23	26.43%	3	Funda	19	13.01%	1
Planificación	22	25.28%	1	Útil	19	13.01%	0
Látex	22	25.28%	0	Barato	18	12.32%	1
Usar	21	24.13%	1	Responsabilidad	18	12.32%	0
Valor J	294			Valor J	291		

En el estímulo condón, las categorías utilizadas por ambos grupos son: seguridad, protección, prevención, plástico o látex, preservativo, planificación y responsabilidad. Para los profesores el condón es un anticonceptivo para hombres, evita el Sida, procura la salud e invita a la comunicación antes de las relaciones sexuales y aunque lo consideran inútil saben que debe usarse.

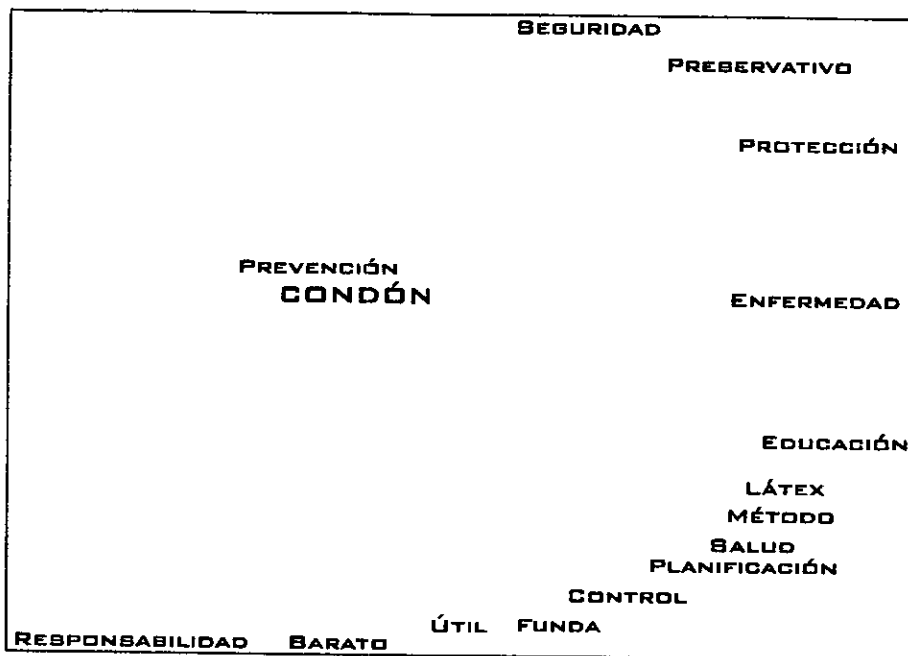
En cambio, para el personal de salud, el condón evita enfermedades, es salud y lo consideran como una funda útil y barata, probablemente porque ellos tienen acceso a conseguirlos gratuitamente en su centro de trabajo.



Gráfica 3. Red semántica de Condón (profesores).

♦ Discurso del concepto Condón (profesores):

El condón ofrece *seguridad* y *protección*, además es un *anticonceptivo* que *previene*, utilizado con *responsabilidad*, del *SIDA*. La pareja puede conservar su *salud* si ambos se *comunican* la necesidad de usar condón durante sus *relaciones sexuales*. En ocasiones resulta *inútil* el *preservativo* utilizado por el *hombre* para la *planificación* familiar, es de *látex* y debe *usarse*.



Gráfica 4. Red semántica de Condón (personal de salud).

♦ Discurso del concepto Condón (personal de salud):

El condón significa *prevención* y *seguridad*; es un *preservativo* que *protege* de *enfermedades* de transmisión sexual. Se debe *educar* a la población para utilizar el condón de *látex* como un *método* de *salud* y de *planificación* y *control* de la natalidad. Es una *funda útil* y *barata* que debe usarse con *responsabilidad*.



MASTURBACIÓN

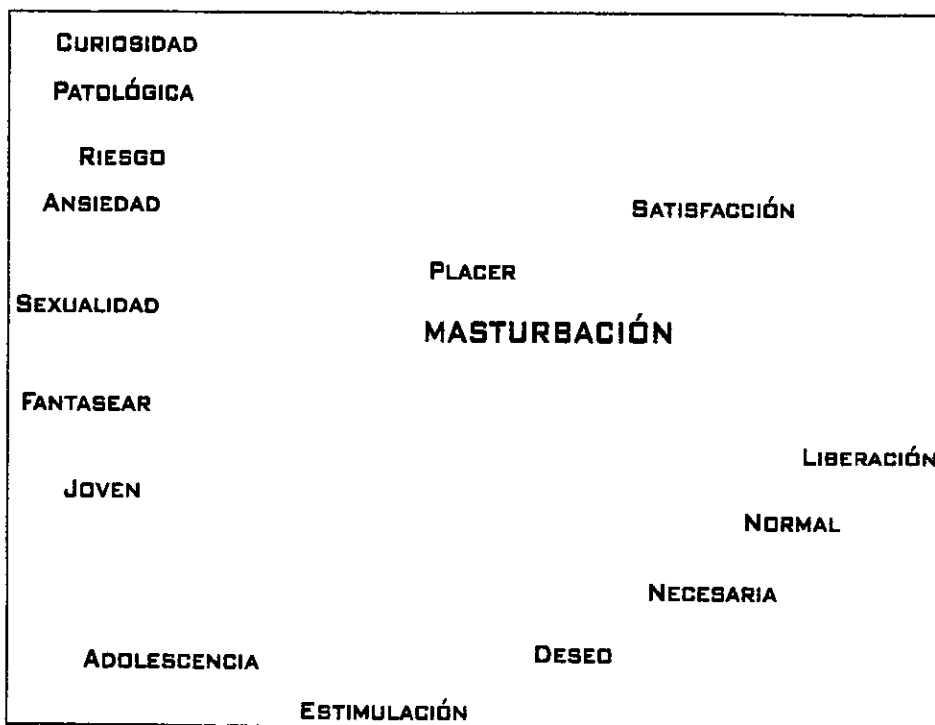
Tabla 11. Conjunto SAM de Masturbación

PROFESORES				PERSONAL DE SALUD			
SAM	VMT	FMG	G	SAM	VMT	FMG	G
Placer	70	100%		Satisfacción	105	100%	
Satisfacción	64	91.42%	6	Salud	94	89.52%	11
Liberación	47	67.14%	17	Autoexploración	72	68.57%	22
Normal	43	61.42%	4	Liberación	44	41.90%	28
Necesaria	40	57.14%	3	Necesaria	42	40%	2
Deseo	37	52.85%	3	Adolescencia	37	35.23%	5
Estimulación	33	47.14%	4	Deseo	33	31.42%	4
Adolescencia	31	44.28%	2	Enfermedad	27	25.71%	6
Joven	25	35.71%	6	Prohibida	26	24.76%	1
Fantasear	22	31.42%	3	Imaginación	25	23.80%	1
Sexualidad	19	27.14%	3	Información	22	20.95%	3
Ansiedad	16	22.85%	3	Educación	21	20%	1
Riesgo	16	22.85%	0	Culpa	17	16.19%	4
Patológica	15	21.42%	1	Soledad	17	16.19%	0
Curiosidad	15	21.42%	0	Ocasional	16	15.23%	1
Valor J	292			Valor J	286		

Las categorías similares entre los grupos para definir masturbación son: satisfacción, liberación, necesaria, adolescencia, deseo, enfermedad o patología e imaginación o fantasía.

Los docentes conceptualizan a la masturbación como placer, normal, estimulación y riesgo, en tanto que el personal de salud la relaciona con salud, autoexploración, ocasional, prohibida y culpa.

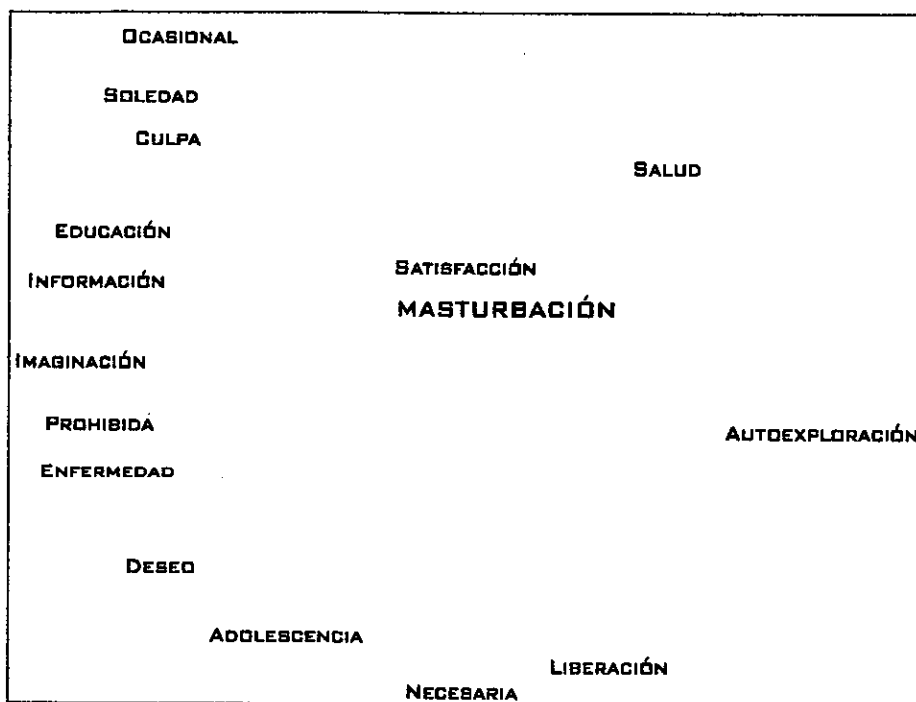
Nuevamente, en este concepto se nota la ambivalencia entre salud, enfermedad, normal y riesgosa.



Gráfica 5. Red semántica de masturbación (profesores).

♦ Discurso del concepto Masturbación (profesores):

La masturbación produce *placer* y *satisfacción* y permite la *liberación normal y necesaria* del *deseo* a través de la *estimulación*; es una práctica común en la *adolescencia*, los *jóvenes* suelen *fantasear* sobre su *sexualidad*. Puede generar *ansiedad* e implica el *riesgo* de desarrollar una *patología* originada por la *curiosidad*.



Gráfica 6. Red semántica de Masturbación (personal de salud).

♦ Discurso del concepto Masturbación (personal de salud):

Masturbación es la búsqueda de *satisfacción saludable* a través de la *autoexploración*. Es una *liberación necesaria* principalmente en la *adolescencia* de los *deseos* sexuales. Puede considerarse una *enfermedad*, por lo que su práctica es *prohibida*. La *imaginación* juega un papel importante. Se debe *informar* y *educar* a la población sobre este tema, porque involucra sentimientos de *culpa* y *soledad*, es una práctica *ocasional*.



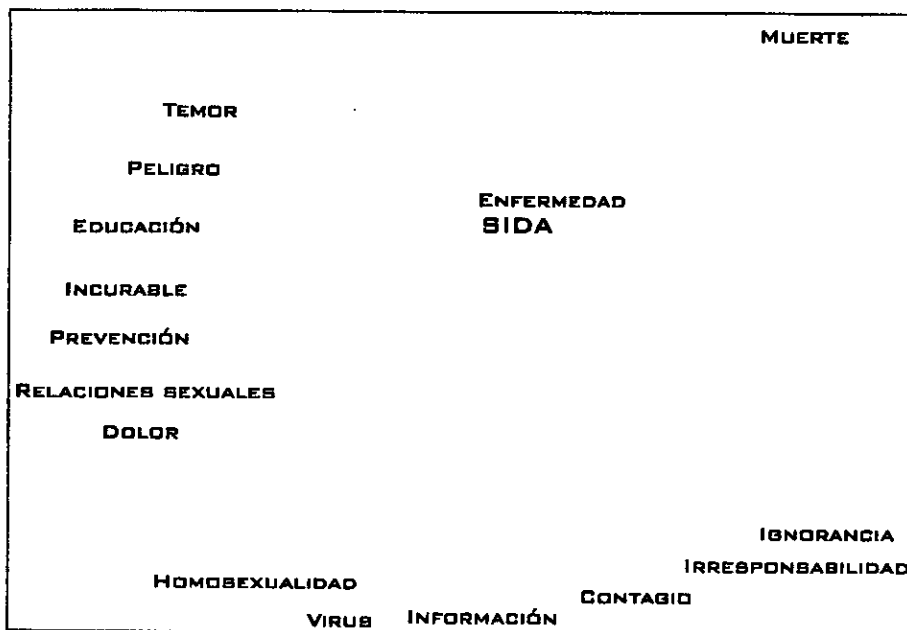
SIDA

Tabla 12. Conjunto SAM de SIDA

PROFESORES				PERSONAL DE SALUD			
SAM	VMT	FMG	G	SAM	VMT	FMG	G
Enfermedad	159	100%		Enfermedad	164	100%	
Muerte	134	84.27%	25	Mortal	160	97.56%	4
Ignorancia	40	25.15%	94	Contagiar	71	43.29%	89
Irresponsabilidad	39	24.52%	1	Prevención	54	32.92%	17
Contagio	35	22.01%	4	Sufrimiento	42	25.60%	12
Información	33	20.75%	2	VIH	34	20.73%	8
Virus	33	20.75%	0	Educación	30	18.29%	4
Homosexualidad	32	20.12%	1	Horror	29	17.68%	1
Dolor	22	13.83%	10	Información	25	15.24%	4
Rel. sex. (coito)	21	13.20%	1	Irresponsabilidad	25	15.24%	0
Prevención	19	11.94%	2	Promiscuidad	23	14.02%	2
Incurable	19	11.94%	0	Sexo	21	12.80%	2
Educación	18	11.32%	1	Condón	19	11.58%	2
Peligro	17	10.69%	1	Homosexual	18	10.97%	1
Temor	15	9.43%	2	Desinformación	16	9.75%	2
Valor J	301			Valor J	293		

Para el estímulo SIDA, las palabras definidoras en las que ambos grupos coinciden son: enfermedad, muerte, contagio, irresponsabilidad, información, virus o VIH, prevención, homosexualidad, horror o temor, educación, irresponsabilidad y relaciones sexuales.

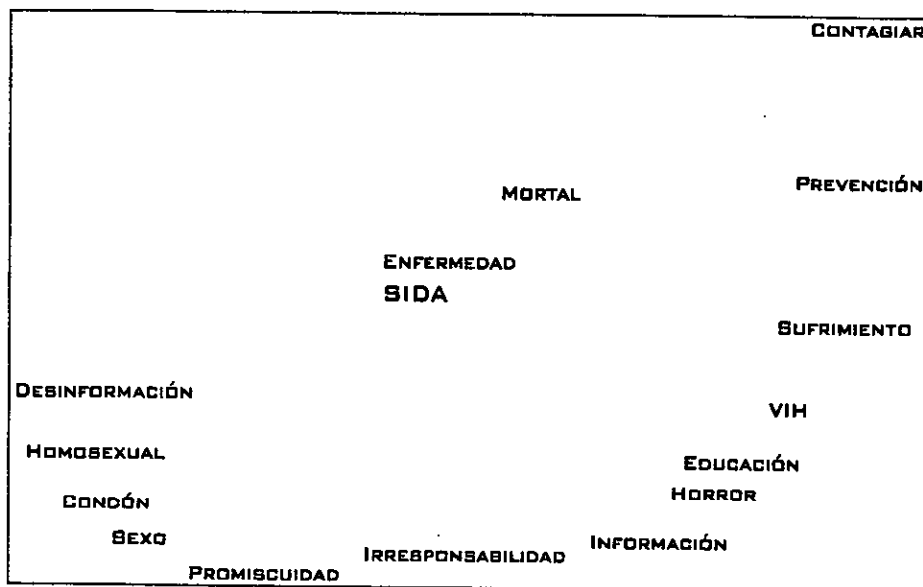
Para los profesores el SIDA es incurable e implica, además, ignorancia, dolor y peligro, mientras que, para la gente de salubridad SIDA significa sufrimiento, promiscuidad, condón y desinformación.



Gráfica 7. Red semántica de SIDA (profesores).

♦ Discurso del concepto SIDA (profesores):

El SIDA es una *enfermedad* que causa la *muerte*. La *ignorancia* y la *irresponsabilidad* son los principales factores por los que cada día se incrementan los índices de *contagio*. La *información* sobre éste *virus* es una buena base para evitar a los *homosexuales* un *dolor* posterior, teniendo *relaciones sexuales* seguras se puede *prevenir* esta enfermedad *incurable*. A través de la *educación* se logrará disminuir el *peligro*. Es un síndrome que genera *temor*.



Gráfica 8. Red semántica de SIDA (personal de salud).

♦ Discurso del concepto SIDA (personal de salud):

El SIDA es una *enfermedad mortal y contagiosa*, que debe ser *prevenida* para evitar el *sufrimiento* que causa el *Virus de Inmunodeficiencia Humana*. Es necesario *educar* y dejar a un lado el *horror* que genera e *informar* a la población, para que no sean *irresponsables* y *promiscuos* en lo que a *sexo* se refiere. Se debe promover el uso del *condón* entre la comunidad *homosexual* y evitar la *desinformación*.



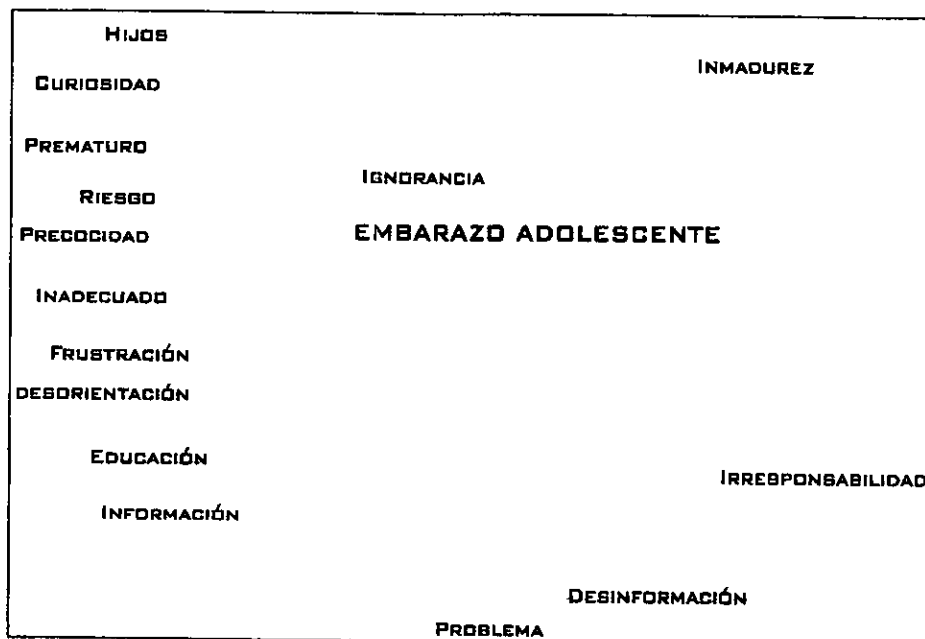
EMBARAZO ADOLESCENTE

Tabla 13. Conjunto SAM de Embarazo Adolescente

PROFESORES				PERSONAL DE SALUD			
SAM	VMT	FMG	G	SAM	VMT	FMG	G
Ignorancia	87	100%		Inmadurez	63	100%	
Inmadurez	76	87.35%	11	Ignorancia	51	80.95%	12
Irresponsabilidad	51	58.62%	25	Riesgo	44	69.84%	7
Desinformación	44	50.57%	7	Problema	41	65.07%	3
Problema	41	47.12%	3	Desinformación	40	63.49%	1
Información	26	29.88%	15	Irresponsabilidad	40	63.49%	0
Educación	24	27.58%	2	Desorientación	38	60.31%	2
Desorientación	22	25.28%	2	Frustración	29	46.03%	9
Frustración	22	25.28%	0	Educación	28	44.44%	1
Inadecuado	21	24.13%	1	Precocidad	25	39.68%	3
Precocidad	20	22.98%	1	Comunicación	24	38.09%	1
Riesgo	20	22.98%	0	Familia	23	39.50%	1
Prematuro	19	21.83%	1	Frecuente	22	34.92%	1
Curiosidad	17	19.54%	2	Trauma	22	34.92%	0
Hijos	17	19.54%	0	Información	19	30.15%	2
Valor J	293			Valor J	281		

Al definir embarazo adolescente, la muestra comparte las categorías: ignorancia, inmadurez, irresponsabilidad, riesgo, desinformación, problema, información, educación, desorientación, frustración y precocidad. Aquí el factor más cercano al concepto es la ignorancia y la inmadurez y para los grupos encuestados, la manera de prevenir el embarazo adolescente y los problemas que conlleva es educando e informando.

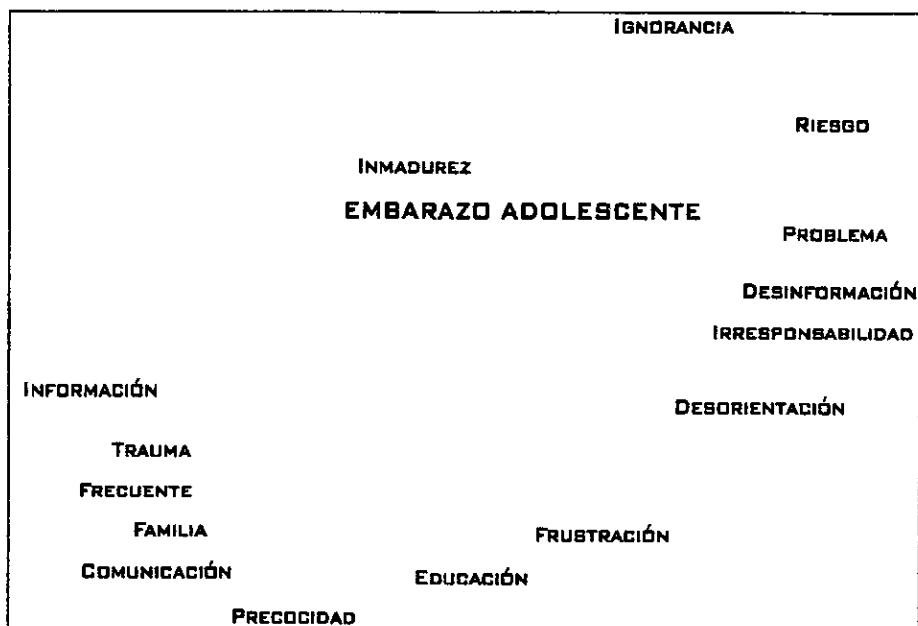
Los maestros lo definen como inadecuado, prematuro y como resultado de la curiosidad. Los trabajadores en salud, lo relacionan con comunicación, lo ven como frecuente y piensan que ocasiona traumas.



Gráfica 9. Red semántica de Embarazo Adolescente (profesores).

♦ Discurso del concepto Embarazo Adolescente (profesores):

El embarazo adolescente es producto de la *ignorancia*, la *inmadurez*, la *irresponsabilidad* y la *desinformación*. Es un *problema* social que precisa se *informe* y *eduke* a los adolescentes para evitar la *desorientación* y la *frustración* que conlleva un embarazo *inadecuado*. La *precocidad* pone en *riesgo* a las gestantes y a sus productos, que pueden nacer *prematuros*. Es necesario encauzar la *curiosidad* de los jóvenes para evitar que tengan *hijos* no planeados.



Gráfica 10. Red semántica de Embarazo Adolescente (personal de salud).

♦ Discurso del concepto Embarazo Adolescente (personal de salud):

El embarazo adolescente es producto de la *inmadurez* y la *ignorancia*, representa un *riesgo* y un *problema* para los jóvenes. La *desinformación*, la *irresponsabilidad* y la *desorientación* son condiciones a las cuales ellos se enfrentan. Un embarazo adolescente genera *frustración*; para evitarlo es necesario *educar* a los adolescentes que *precozmente* inician su actividad sexual. Una buena *comunicación* dentro de la *familia* contribuye a disminuir este acontecimiento que, además de *frecuente* es traumante, por lo que la *información* nunca está de más.

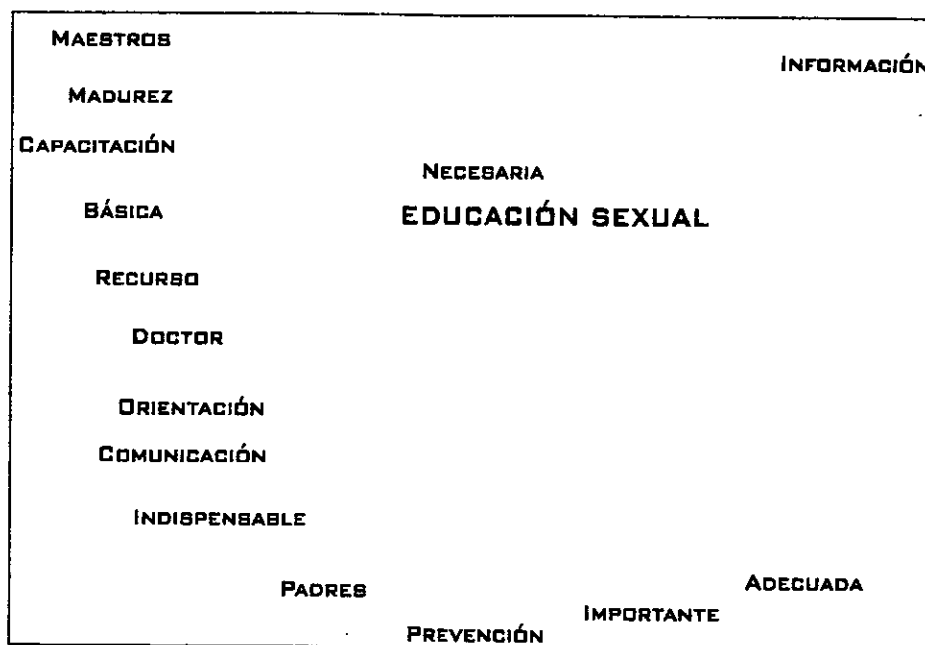


EDUCACIÓN SEXUAL

Tabla 14. Conjunto SAM de Educación Sexual

PROFESORES				PERSONAL DE SALUD			
SAM	VMT	FMG	G	SAM	VMT	FMG	G
Necesaria	118	100%		Necesaria	67	100%	
Información	98	83.05%	20	Información	51	76.11%	16
Adecuada	36	30.50%	62	Conocimiento	50	74.62%	1
Importante	33	27.96%	3	Familia	48	71.64%	2
Prevención	33	27.96%	0	Comunicación	42	62.68%	6
Padres	31	26.27%	2	Capacitación	38	56.71%	4
Indispensable	28	23.72%	3	Educación	38	56.71%	0
Comunicación	26	22.03%	2	Responsabilidad	37	55.22%	1
Orientación	26	22.03%	0	Adecuada	31	46.26%	6
Doctor	24	20.33%	2	Salud	31	46.26%	0
Recurso	23	19.49%	1	Maestros	28	41.79%	3
Básica	21	17.79%	2	Escasa	27	40.29%	1
Capacitación	19	16.10%	2	Orientación	27	40.29%	0
Madurez	19	16.10%	0	Importante	23	34.32%	4
Maestros	19	16.10%	0	Adolescencia	20	29.85%	3
Valor J	296			Valor J	276		

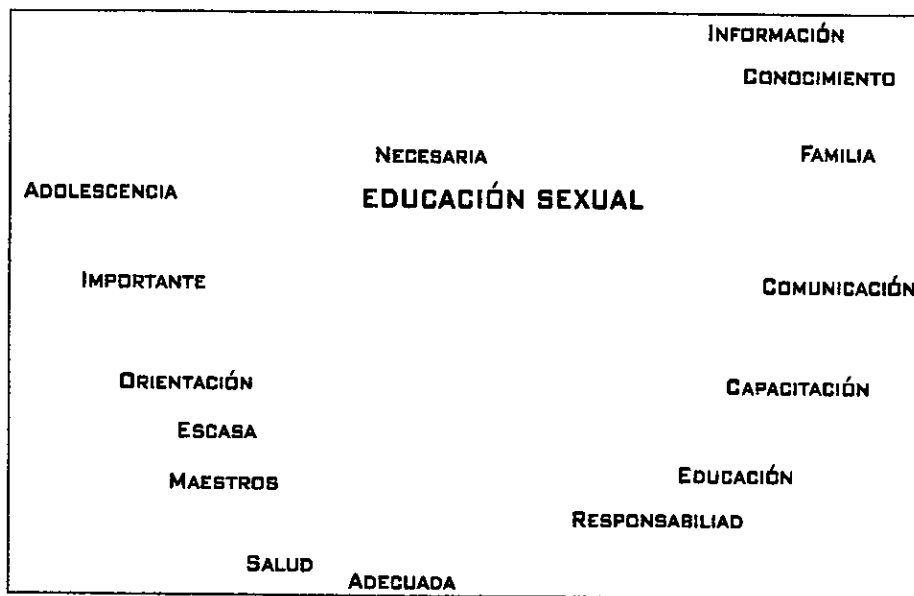
Necesaria, información, importante, padres o familia, comunicación, capacitación, maestros y orientación, son las categorías con las que ambos grupos elaboraron el concepto psicológico de educación sexual. Puede observarse que están conscientes de su importancia, mencionan la capacitación como uno de sus recursos y como principales educadores a los padres y a los maestros. Para los profesores, la educación sexual es básica e indispensable, previene algunos problemas y mencionan al doctor como alguien que debe participar en ella. El personal de salud en cambio dice que es conocimiento, educación, responsabilidad, salud, escasa y adolescencia. No se incluyen como promotores de la educación sexual, dejando a la familia y al maestro la responsabilidad.



Gráfica 11. Red semántica de Educación Sexual (profesores).

♦ Discurso del concepto Educación Sexual (profesores):

La educación sexual es *necesaria* para *informar adecuadamente* a los jóvenes. Es un elemento *importante* que *previene* problemas y situaciones que viven los adolescentes. Los *padres* deben de manera *indispensable* mantener una buena *comunicación* con sus hijos para *orientarlos* adecuadamente. Los *doctores* deben recibir *recursos*, información *básica* y *capacitación* para formar adolescentes *maduros* en sus relaciones. Los *maestros* son también responsables de la educación del joven.



Gráfica 12. Red semántica de Educación sexual (personal de salud).

♦ Discurso del concepto Educación sexual (personal de salud):

La educación sexual es *necesaria*, la *información* y el *conocimiento* propiciarían que en la *familia* se desarrollara una mejor *comunicación*. La *capacitación* es fundamental para una *educación responsable y adecuada*, en beneficio de la *salud*. En los *maestros* recae la obligación de luchar contra la *escasa orientación* que se posee, lo cual es *importante* para el desarrollo de los *adolescentes*.





CAPÍTULO VI.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Un requisito para lograr el progreso socioeconómico y el desarrollo sostenible, es gozar de una buena salud sexual y reproductiva. Por eso, la educación en salud reproductiva reclama una intervención multidisciplinaria para preservar la salud y el bienestar de la población en general, la cual tiene derecho a recibir información y servicios adecuados de atención a la salud, que les permitan ejercer libre y responsablemente su sexualidad, sin discriminación, coerción ni violencia.

En México, la educación para la salud sexual, se ha desarrollado a partir de los intereses y necesidades de las instituciones; así, la SEP plantea a través de la adición a la Ley General de Educación de 1993, la inclusión de temas relacionados con salud reproductiva y salud sexual, en algunas materias de la educación media básica, lo que constituye un gran avance dentro de la educación formal.

Por su parte, la Secretaría de Salud realiza campañas masivas que promueven el ejercicio de la sexualidad de manera responsable e informada, sin que el objetivo de éstas sea precisamente el de concebir; se enarbola el derecho a decidir cuándo y cuántos hijos tener; además se invita a la población para que acuda a los servicios de salud reproductiva que se ofrecen en los centros de salud.

Ambas secretarías tienen un gran compromiso ya que el 97% de la población expresa su reconocimiento y una solicitud abierta y clara para que exista una educación sexual en las escuelas (Pick, 1994b), en tanto que el 87% de las



mujeres asistentes a un centro de salud manifestó interesarse por tener más información sobre temas relacionados con salud reproductiva (Pérez, 1996).

Así, los profesores que representan un enlace entre los padres y sus hijos y los profesionales de la salud que también fungen como orientadores sexuales, son agentes de cambio, a quienes les corresponde analizar los diversos sistemas de valores existentes y brindar información sistematizada y objetiva. Sin embargo, su tarea se dificulta, debido a que como seres humanos poseen una historia personal y social, por lo que su formación en sexualidad como la de la población en general ha sido con prejuicios y tabúes. Aguilar y Mayén (1994), argumentan que los educadores en salud sexual tienen una doble tarea; por una parte necesitan buscar información para enfrentar sus propias dudas y temores, y por otra, tienen que proveer información a sus hijos, alumnos, pacientes, etc. y no poseen los elementos necesarios para hacerlo.

Al identificar y comparar los conocimientos que poseen sobre salud reproductiva los profesores de secundaria y el personal de centros de salud de primer nivel, se encontró que, de acuerdo con los promedios obtenidos a través del instrumento, resultan insuficientes para su labor como educadores sexuales ($M = 5.49$ en escala de 0 a 10). Este hallazgo avala lo anterior y concuerda con lo obtenido por Corona (1994), Lozoya (1991), Ramos (1991), Figueroa-Perea (1991), Mayén (1989) y Cáceres y col. (1992).

Los promedios encontrados no reflejan lo que se esperaba que supiera un promotor de la salud reproductiva, puesto que el promedio para los profesores fue de 5.40 y para el personal de salud 5.58. Se encontró, además, que saben un poco más quienes abordan temas sobre salud reproductiva que quienes no lo hacen. Así, el personal de salud que sí aborda estos temas obtuvo 6.0, seguido del personal de salud que no lo hace (5.64); mientras que, los profesores que



imparten biología, civismo u orientación educativa obtuvieron 4.98 y quienes imparten otras materias 4.90.

Las calificaciones obtenidas son bajas y demuestran nuevamente que los profesionales de la salud no cuentan con una formación teórica y práctica sobre salud reproductiva y salud sexual, que les permita tener una actitud adecuada ante la sexualidad propia y de otros, lo que justifica la inclusión de programas de educación sexual y reproductiva en la currícula de las carreras que de alguna forma están vinculadas con la educación sexual (Camarillo y Rodríguez, 1990).

Otros factores que influyen en la falta de preparación de éstos educadores sexuales, se plantean en comentarios realizados por algunos profesores y trabajadoras sociales de centros de salud, quienes argumentaron tener muchas actividades que realizar en su lugar de trabajo: "tenemos que cubrir el programa entre festejos y paros", "tenemos que realizar cursos sobre diabetes, cólera, salir a vacunar a la comunidad, realizar estudios de caso, etc."; y manifestaron que económicamente no cuentan con los medios para capacitarse: "tengo que trabajar en el taxi al salir de aquí", "debo atender a mis hijos y preparar la comida del día siguiente", "debo dar clases por la tarde".

Por otra parte, como indicio de su falta de preparación, durante la aplicación del instrumento, las personas se mostraron angustiadas, ansiosas y nerviosas, sus comentarios verbales lo demuestran: "vamos a sacar cero", "ahora sí nos van a reprobar", "es que uno se casa y no sabe de estas cosas", "¿van a darnos los resultados ahorita?", "es muy largo el cuestionario", "¿pueden venir mañana por el cuestionario?", "¿podrían aplicarlo a los padres de familia?", etc. Algunas personas se negaron a participar argumentando falta de tiempo u otras ocupaciones, aun cuando la instrucción viniera de sus superiores.



Estas afirmaciones plantean que el problema de su preparación se ve impregnado de componentes sociales, económicos y culturales que incrementan aún más el problema. Sin embargo, es de considerar que son profesionales, y como tales, el asumir su compromiso frente a los adolescentes o a la población que atienden repercutiría en una mejor calidad de la atención y en una formación de excelencia, para que las futuras generaciones, puedan tener otra forma de vivir y asumir su sexualidad, contando con la información adecuada, y con la confianza necesaria para externar sus dudas y temores sin ser reprendidos o ignorados.

En la sección de comentarios del instrumento de conocimientos (véase anexo 2), los sujetos expresan la necesidad y el deseo de recibir capacitación en horarios y costos accesibles para ellos, situación que resulta favorable para cualquier esfuerzo de intervención; autores como Lozoya (1991), Pick (1994b), Figueroa-Perea (1991), Ehrenfeld-Lenkiewicz (1994), entre otros, concuerdan en esto y argumentan que es algo más que necesario: ¡URGE!

Por otra parte, en relación con las variables estudiadas, se encontró una diferencia en cuanto a la formación profesional que tienen los sujetos encuestados, de acuerdo con los conocimientos que poseen sobre salud reproductiva. Los médicos son quienes alcanzaron el promedio más alto (6.14), mientras que, los profesionales con carreras como administración, física, química, etc., obtuvieron el puntaje más bajo (4.28), resultado que concuerda con lo reportado por Ramos en 1991.

Otra variable en la que se encontraron diferencias es la experiencia en impartir estos temas, demostrando que la experiencia por sí misma marca una diferencia. Es decir, que mientras más tiempo se tenga transmitiendo estos temas, los conocimientos se incrementan.



En cuanto a las variables género, edad, estado civil, nivel de escolaridad y cursos tomados, no se encontraron diferencias significativas; sin embargo, hay tendencias que indican que saben un poco más los varones, las personas entre 41 y 50 años y las que han tomado cursos de capacitación.

Respecto a la tendencia de que los varones saben un poco más que las mujeres, habría que tomar en cuenta que el 98% de ellos posee estudios a nivel licenciatura, mientras que sólo el 64.4% de las mujeres tiene este nivel de escolaridad; esto lleva a considerar que los varones podrían involucrarse más en la transmisión de la salud reproductiva en la educación sexual, principalmente de los adolescentes e involucrarse en el papel de educadores sexuales que culturalmente ha sido atribuido a las mujeres (Aguilar y Mayén, 1994) y son ellas mismas quienes reportan, de acuerdo con lo encontrado en esta investigación y los estudios de Mayén (1989), abordar más estos temas.

La tendencia de que las personas entre 41 y 50 años poseen más conocimientos sobre salud reproductiva, corrobora que a mayor cantidad de años impartiendo estos temas, los conocimientos aumentan.

Por otro lado, a pesar de que la tendencia indica que saben un poco más quienes han tomado cursos de capacitación, menos de la mitad de los sujetos que sí imparten temas relacionados con salud reproductiva se han actualizado en los últimos dos años, los educadores mencionan que no toman cursos de actualización por la falta de incentivos para hacerlo, saturación de trabajo o porque los cursos o talleres de capacitación no se adecuan a su economía, tiempo o necesidad. Cabe mencionar que las instituciones en las que los entrevistados reportan haber asistido a cursos de capacitación fueron el IMSS, la SSA y la SEP.



Buscando la calidad y excelencia en el cumplimiento de su responsabilidad, como educadores sexuales, los profesores y el personal de salud, necesitan identificar tanto sus límites de conocimiento como las áreas de ignorancia, así como sus propios miedos, fantasías, actitudes, creencias, prejuicios, placeres y displaceres; porque la falta de formación afecta su capacidad para transmitir un mensaje educativo sobre sexualidad (Mayén 1989; Cáceres y col. 1992).

Estos resultados reflejan nuevamente la necesidad y la urgencia de capacitar a aquellos que, por su profesión, tienen la tarea de promover la salud reproductiva en la población, en particular entre los jóvenes. Por lo que se considera primordial que los educadores reconozcan y acepten su papel en el desarrollo y formación de sus educandos, que conozcan las políticas internacionales y nacionales, que reconozcan los derechos sexuales de todos y comprendan las necesidades de la población.

Respecto a la hipótesis 3, los grupos encuestados son diferentes en términos de su nivel de escolaridad, edad, formación profesional, años impartiendo temas y cursos tomados; mientras que las variables género y estado civil, no son significativas.

La muestra del sector salud está conformada por médicos, enfermeras, trabajadoras sociales y odontólogos, principalmente. En cambio, los profesores se han formado profesionalmente como psicólogos, biólogos, abogados, odontólogos, físicos, administradores, químicos, etc.

El 65% del personal de salud que sí imparte temas relacionados con salud reproductiva tiene entre 21 y 40 años, en tanto que, más del 90% de los profesores que abordan estos temas tiene de 31 a 50 años, esto podría deberse a que en el sector salud ingresan al campo laboral más jóvenes y con carrera a



nivel técnico, en tanto que los profesores, en su mayoría, poseen estudios a nivel licenciatura, y por consiguiente, se inician laboralmente cuatro o cinco años después.

De acuerdo al tiempo que tienen impartiendo temas sobre salud reproductiva, se encontró que profesores que deberían impartir temas relacionados con sexualidad, porque lo incluye el plan de estudios de su materia (biología, civismo u orientación educativa) manifiestan no hacerlo, porque argumentan no tener información o los elementos necesarios para hacerlo, porque no está dentro de sus actividades o incluso que los jóvenes no se acercan a ellos ni les preguntan. En cambio, algunos profesores que imparten materias como inglés, matemáticas y geografía entre otras, sí lo hacen, probablemente porque desean aclarar dudas, mitos y creencias, porque los adolescentes les tienen confianza y les piden ayuda o simplemente porque consideran importante abordar el tema con los jóvenes en clase cuando les hacen preguntas como: "¿es cierto que estas inyecciones sirven para abortar?".

Con el personal de salud no se encontró esto, debido a que sólo reportaron abordar o no estos temas, aunque habría que tomar en cuenta que los médicos, las enfermeras y las trabajadoras sociales del sector salud, en cualquier momento se enfrentan a problemas relacionados con salud reproductiva y que la población espera de ellos una solución u orientación.

En cuanto a los cursos tomados, se encontró que las personas que se han actualizado son quienes imparten temas sobre salud reproductiva, aunque, como ya se mencionó, no lo han hecho en el porcentaje esperado.

Por otra parte, considerando que en el proceso enseñanza-aprendizaje, la transmisión de conocimiento no implica el éxito de éste, sino que además



intervienen aspectos psicológicos y sociales como actitudes, sentimientos, valores, creencias, etc., se trabajó con la técnica de redes semánticas, que permitió la evaluación subjetiva de los conceptos relaciones prematrimoniales, condón, masturbación, SIDA, embarazo adolescente y educación sexual.

En lo que respecta a su resolución, la técnica de redes semánticas representó más dificultad para las personas de mayor edad y de menor nivel académico. Durante la aplicación se observó que para los profesores fue sencillo entender las instrucciones y lo demostraron al ser espontáneos en las palabras definidoras que utilizaron; no así para los empleados del sector salud, a quienes en ocasiones había que repetirles de manera individual las instrucciones, realizando nuevamente el ejemplo, e insistirles para que completaran la aplicación.

Al analizar los datos que arrojaron las redes semánticas se puede observar que en las categorías utilizadas por ambos grupos para conceptualizar los estímulos aparecen creencias negativas, valores, actitudes, ambivalencias, conocimientos, experiencias, etc.

Las relaciones prematrimoniales son definidas como inmorales, y se asocian con problemas, embarazo y matrimonio, aunque también se consideran necesarias y normales.

Para el estímulo condón se utilizaron palabras como útil, seguro, prevención; ambos grupos consideran que debe usarse para prevenir enfermedades, algunos profesores lo catalogan como inútil y para el personal de salud, que puede conseguirlo gratuitamente es barato.



La masturbación es considerada como satisfactoria, necesaria y a la vez prohibida, riesgosa, patológica y como una enfermedad; se asocia principalmente con los jóvenes.

En el estímulo SIDA se observan palabras que indican la gran carga afectiva que las personas tienen hacia el Síndrome ya que lo relacionan con enfermedad, muerte, contagio, dolor, sufrimiento, promiscuidad, temor, irresponsabilidad, horror. Se menciona a los homosexuales, probablemente como principal grupo de riesgo, el personal de salud incluye en su definición el condón.

El embarazo adolescente es conceptualizado como inadecuado, como resultado de la curiosidad, la irresponsabilidad y la desinformación, causa traumas, problemas y frustración.

En todos los estímulos la educación sexual aparece entre las palabras definidoras como una manera de prevención y es definida como necesaria, adecuada, indispensable, escasa; ambos grupos demandan capacitación y, los profesores sí asumen su rol como educadores sexuales, lo que no sucede con el personal de salud, que responsabilizan a la familia y a los maestros de la educación sexual.

Lo anterior permite observar que la doble moralidad se encuentra presente en algunos estímulos, por una parte se considera a las relaciones prematrimoniales, y a la masturbación como algo normal, pero por otra parte como inmorales o en su caso patológicas, el condón como útil e inútil, el SIDA como una enfermedad incurable que provoca temor, y que es causada principalmente por la irresponsabilidad. El embarazo adolescente es el estímulo con más definidoras negativas, es señalado como producto de la inmadurez y la ignorancia y ninguna palabra lo relaciona con decisión o amor, por ejemplo.



La educación sexual se presenta como la solución, aunque el personal de salud, no se involucre ni esté consciente de su papel como educadores sexuales, situación que a partir de las nuevas estrategias y políticas en materia de salud reproductiva podría cambiar y quizá esto sea un determinante para que el personal de salud participe más en la formación y educación de la población.

Como puede verse, las concepciones de profesores y personal de salud están cargadas de elementos tanto negativos como positivos, pero probablemente no difieran mucho de lo que contestarían la mayor parte de los adultos de nuestra sociedad (habría que realizar investigaciones al respecto).

Ellos, como se observa han sido educados, como la mayor parte de los adultos de nuestra sociedad, con errores y aciertos (Aguilar y Mayén, 1994), pero como agentes de cambio entre dos generaciones, necesitan aprender a comunicarse sobre sexualidad, a buscar nuevas estrategias para hacerlo, adecuando sus valores y principios en un marco de respeto mutuo. Su tarea primordial "no es rellenar exámenes, sino abrir causas para el desarrollo del pensamiento" (Claperede, 1975 citado en López, 1993, p.8)



SUGERENCIAS Y LIMITACIONES

La capacitación de los educadores sexuales, desde un enfoque de educación para la salud, que contemple su propia visión del mundo (creencias, actitudes, prejuicios, sentimientos, etc.), repercutiría en el mejoramiento de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes y en su formación integral. Sin embargo, no basta con las políticas y reformas que se realicen desde las instituciones como la SEP y la SSA, los profesores y el personal de salud, individualmente deben acercarse a ellas, leer, buscar e informarse sobre cursos y talleres, asumiendo su rol como informadores y formadores, buscando soluciones y dando, como hasta ahora muchos lo han hecho, parte de sí mismos en su labor diaria.

Sería conveniente que se trabajara en grupos focales con los educadores, antes de la elaboración definitiva de un programa en el que se aborden no sólo los conocimientos, sino también sus creencias, prejuicios, valores, necesidades, etc., siempre desde un enfoque para la salud, promoviendo la creatividad y sensibilizándolos ante la problemática que representa el SIDA, el embarazo adolescente, las enfermedades de transmisión sexual, la mortalidad materno-infantil, etc.

Se recomienda afinar el instrumento de conocimientos, disminuyendo la carga fisiológica e incrementando los reactivos sobre factores psicosociales para obtener puntajes diferentes por área; las redes semánticas podrían utilizarse para la elaboración de otros instrumentos como un diferencial semántico para medir actitud o un cuestionario de creencias.



Este tipo de investigación podría llevarse a cabo con padres de familia, con los adolescentes y con educadores sexuales de otras instituciones, tanto públicas como privadas.

Resultaría importante incorporar en los planes de estudio, programas de educación sexual y reproductiva, porque preparar a la mayor cantidad posible de los profesionales de nuestro país, sería benéfico tanto para ellos como para las personas con quienes interactúan. También, es necesario considerar a la población que no tiene acceso a la educación formal y desarrollar para ellos programas acordes a sus necesidades.

El estudio en profesores y en personal de salud debe ampliarse, utilizando una muestra representativa y un muestreo probabilístico para que los datos puedan ser generalizados a las poblaciones de las que se extrajeron los grupos.

Finalmente, una limitación importante en la ejecución del presente trabajo, fue la aplicación del instrumento, por un lado, por la renuencia de muchas instituciones a permitir el acceso al personal y, por otro, los adultos se negaban a participar. Además, las redes semánticas representaron dificultad para contestarse, por el formato y la falta de experiencia de los sujetos para resolver este tipo de instrumentos; por lo que se sugiere que se tenga a una población cautiva y sensibilizada ante temas sobre salud reproductiva, o en su caso elaborar otro tipo de instrumento que les sea más fácil entender y contestar.

REFERENCIAS



REFERENCIAS

- Alcalá, M. J. (1995). Acción para el siglo XXI. Salud y derechos reproductivos para todos. Informe acerca de las medidas sobre la salud y los derechos reproductivos recomendadas en el Programa de Acción de la *Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo*, celebrada en El Cairo en septiembre de 1994. New York; Family Care International.
- Aguilar G. J. (1994). Educación de la sexualidad en la adolescencia: métodos y contenidos. *Antología de la sexualidad humana*. México: CONAPO. pp. 765-795.
- Aguilar G. J. y Mayén H. B. (1994). Educación de la sexualidad en la adultez: métodos y contenidos. *Antología de la sexualidad humana*. México: CONAPO. pp. 797-822.
- Baird, T. L. (1993). Mexican adolescent sexuality: Attitudes, knowledge, and sources of information. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*; 15(3), 402-417.
- Botello, L. (1996). *La representación social del condón en varones adolescentes*. Tesis de Licenciatura. Fac. de Psicología. México, UNAM.
- Cáceres, C., Rosasco, A., Muñoz, S., Gotuzzo, E., Mandel, J. y Hearst, N. (1992). Necesidades educativas en relación con la sexualidad humana y el SIDA entre estudiantes y profesores de escuela secundaria en Lima. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 24, pp.109-122.
- Camarillo R., C. y Rodríguez S., A. (1990). *Estudio comparativo: información sexual, actitudes hacia la sexualidad y conducta sexual entre estudiantes de la carrera de Medicina y de Psicología de la UNAM de la generación 1985-1989*. Tesis de Licenciatura. Fac. de Psicología. UNAM.
- Careaga P. G. (1996). *Las relaciones entre los géneros en la salud reproductiva*. México, UNICEF.
- Carrasco, E., Esquer, A., Román, R., Cubillas, M., Abril, E., (1994) Ambiente familiar, actividad sexual y embarazo en la adolescencia. *Revista de Psicología social en México*. pp. 521-526.
- Castillo C. (1989). *Estudio comparativo de actitudes de adolescentes tempranos hacia la educación sexual que reciben de la familia y la escuela como canales de socialización de sexualidad*. Tesis de Licenciatura. Fac. de Psicología. México, UNAM.
- Chelala, C. A. (1992). Prevención de la mortalidad materna en las Américas. Perspectivas para los años noventa. Washington, Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. *Serie Comunicación para la Salud* No. 2.



- Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD): Programa de acción.* El Cairo, 1994.
- Corona, E. (1994). Resquicios en las puertas: La educación sexual en México en el siglo XX. *Antología de la sexualidad humana.* México: CONAPO. pp. 681-707.
- Corona, R. (1987). *Estudio comparativo de conocimientos y actitudes sobre sexualidad humana...* Tesis de Licenciatura. Fac. de Psicología. México, UNAM.
- Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (CCMM): Declaración y Plataforma de Acción.* Beijing, septiembre de 1995.
- Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social (CMS): Declaración y programa de acción,* aprobada por los jefes de estado. Copenhague, marzo de 1995.
- Dorsh, F. (1976). *Diccionario de Psicología.* Barcelona: Ed. Herder. 1070 pp.
- Eagleston, J. (1980). *Sociología del currículo escolar.* Buenos Aires: Editorial Troquel.
- Ehrenfeld-Lenkiewicz, N. (1994). Educación para la salud reproductiva y sexual de la adolescente embarazada. *Salud Pública de México.* 36(2), pp. 154-160.
- Espinoza, M. (1993). *Creencias y actitudes del médico familiar del I.S.S.S.T.E. en el estado de Sinaloa, hacia la planificación familiar y los métodos anticonceptivos.* Tesis de Maestría. Fac. de Psicología. UNAM.
- Family Core International (FCI).* Compromisos para la salud sexual y los derechos sexuales y reproductivos de todos. Marco de acción. (1995) Nueva York, 66 pp.
- Fernández, J. (1993). *Influencia de la religión en la socialización del mexicano.* Tesis de Maestría. Fac. de Psicología. UNAM.
- Figueroa, J., González, E., Solís, V. (1981). Una aproximación al problema del significado: las redes semánticas. *Revista Latinoamericana de Psicología.* 13(3), pp. 447-458.
- Figueroa-Perea, J.G. (1991). Comportamiento reproductivo y salud: Reflexiones a partir de la prestación de servicios. *Salud Pública de México.* 33(6), pp.590-601.
- Frondizi, R. (1985). Filosofía de la educación. *Pedagogía.* 2(3), México: Universidad Pedagógica Nacional. pp. 15-24.
- Givaudan, M., Pick, S., Alvarez, M. y Collado, M. (1994). Comunicación intergeneracional sobre sexualidad. *Revista de Psicología Social en México.* pp. 539-545.



- Hernández, M., Alvarado, M. L., Soto, V. y Rodríguez, G. (1994). Análisis psicosocial de experiencias comunitarias de educación en salud. *Salud Pública de México*. 36(2), pp. 291-300.
- Instituto Nacional de Perinatología. (1998). Encuesta a educadores sexuales sobre habilidades pedagógicas. México: Departamento de Educación en la Comunidad (Sin publicar).
- Kirby, D., Short, L., Collins, J., Rugg, D., Kolbe, L., Howard, M., Miller, B., Sonenstein, F. y Zabin, Ls. (1994). School-based programs to reduce sexual risk behaviors: a review of effectiveness. *Public Health Report*. 109(3), 339-60.
- Liguori, A. y Szasz, Y. (1996). La investigación sobre sexualidad en México. *Perinatología y reproducción humana*. 10(2), México: Instituto Nacional de Perinatología, pp. 89-99.
- Loewe, R. (1985). *Panorama de la educación para la salud en México*. México: UAM-Xochimilco.
- López, F. (1993) *Estudio exploratorio del vínculo emocional-social en la relación maestro-alumno desde el punto de vista de la comunicación*. Tesis de Maestría. Fac. de Psicología. UNAM.
- López, M. y Zúñiga, E. (1994). *Salud reproductiva: situación actual y perspectivas*. México: Secretaría de salud.
- Lozoya, R. (1991). *Elaboración y aplicación de un cuestionario de conocimientos y actitudes acerca de la sexualidad humana en el maestro*. Tesis de Licenciatura. Fac. de Psicología. UNAM.
- Mager, R. (1986). *Actitudes positivas de la enseñanza en México*. México: Ed. Pax. 124 pp.
- Mayén, B. (1989). El maestro como educador de la sexualidad. *Educación de la Sexualidad. Manual para el maestro de secundaria*. México: CONAPO, SEP, MEXFAM. pp.203-208.
- Pattullo, A. L. Mallonza, M., Kimani, GG., Muthe, A., Otieno, P., Odhiambo, K., Moses, S. y Plummer, FA. (1994). Survey of knowledge, behavior and attitudes relating to HIV infection and AIDS among Kenyan secondary students. *AIDS Care*. 6(2), pp. 173-81.
- Pérez, M. (1996). *Algunos indicadores de conocimientos y conductas anticonceptivas en mujeres que asisten a un centro de salud*. Tesis de Licenciatura. Fac. de Psicología. UNAM.



- Pérez, J. y Maldonado, E. (1997). *Jóvenes: Una evaluación del conocimiento. La investigación sobre juventud en México (1986-1996)*. México: Centro de investigación sobre juventud. Pp. 91-149.
- Pick, S. (1994). El personal docente de educación sexual: curso de capacitación a nivel nacional. *Revista de Psicología social en México*.
- Pick, S. (1994b). Las opiniones de la población como apoyo a la educación sexual. *Revista de Psicología social en México*. pp. 560-565.
- Pick, S., Givaudan, M. y Díaz Loving, R. (1994). Panorama de la investigación psicosocial en sexualidad en México. *Antología de la sexualidad humana*. México: CONAPO. pp. 97-121.
- Pick, S., Givaudan, M. y Saldivar-Garduño, A. (1996). La importancia de los factores psicosociales en la educación sexual de los adolescentes. *Perinatología y reproducción humana*. 10(2); México: Instituto Nacional de Perinatología. pp. 143-150.
- Plan Nacional de Desarrollo (1995-2000)*. México
- Plan y Programa de Estudio de Orientación Educativa*. (1993). México: Secretaría de Educación Pública.
- Population Reference Bureau (1993). *Inquietudes femeninas: Escritos sobre la salud reproductiva*. Londres, 31 pp.
- Porter, M. (1993). Sexual health? Do we or don't we? *Sexual and Reproductive Health*. England, International Planned Parenthood Federation.
- Ramos, C. (1991). *Evaluación de conocimientos sobre sexualidad que tiene un grupo de maestros de acuerdo al programa de educación primaria de la SEP*. Tesis de Licenciatura. Fac. de Psicología. UNAM.
- Reyes, H. (1997). "Conferencia sobre la salud perinatal en el marco de la salud reproductiva". *Taller sobre bases para el manejo del programa educativo gestacional*. México: INPer.
- Rockwell, E. (1982). *De huellas, bardas y veredas: una historia cotidiana en la escuela*. México: I.P.N. Cuadernos de investigación educativa. N° 3; 72 pp.
- Rodríguez, G. y Aguilar, A., (1992) *Sexualidad de la gente joven*. Modelo educativo para profesores y profesionales. México, MEXFAM.
- Rodríguez, G. (1994). Conceptos y métodos en la educación de la sexualidad. *Antología de la sexualidad humana*. México: CONAPO. pp. 709-733.



- Ruiz, E. (1985). Reflexiones sobre la realidad del currículum. *Perfiles Educativos*. México: UNAM. pp. 65-77.
- Solorio, R. (1996). Avances contra el SIDA. México: *El Universal*. Año 4. No. 208, pp. 4-7.
- Urbina, M, y Pérez, C. J. (1994). Educación de la sexualidad y educación en población en el contexto de la política de la población. *Antología de la sexualidad humana*. México: CONAPO. pp. 875-893.
- Valdez, J. (1991). *Las categorías semánticas, usos y aplicaciones en Psicología Social*. Tesis de maestría. Facultad de Psicología, UNAM.
- Villagrán-Vázquez, G., Díaz L, R (1994). Control percibido sobre las relaciones interpersonales, valores e inicio a la vida sexual. *Revista de Psicología social en México*. pp. 532-538.
- Vos, T. (1994). Attitudes to sex and sexual behaviour in rural Matabeleland, Zimbabwe. *AIDS Care*. 6(2), pp. 193-203.
- Welti, C. (1995). "La fecundidad adolescente. Implicaciones del inicio temprano de la maternidad". *Demos Carta Demográfica sobre México*. No. 8; pp. 9-10.
- Werner, D. y Bower, B. (1984). *Aprendiendo a promover la salud*. México: Ed. CEE; pp.3-32.
- Wilson, M. D., Kastrinakis, M., D'Angelo, L J. y Getson, P. (1994). Attitudes, knowledge, and behavior regarding condom use in urban black adolescent males. *Adolescence*. Baltimore, 29(113), pp. 13-26.
- World Health Organization. The reproductive health of adolescents: a strategy for action (1989). A Joint WHO/UNFPA/UNICEF. Statement. Geneva, Switzerland. 18 pp.
- Young, M. y Core Gebhart, P. (1993). Parental evaluation of the Living Smart sexuality education program. *Psychology Report*. 73 (3 Pt 2), pp. 1107-10.

ANEXO 1

CÉDULA DEMOGRÁFICA

Se presentan con negrillas los códigos asignados a las respuestas de cada variable.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA



No. de cuestionario: _____

El objetivo de esta investigación es contribuir al desarrollo de un programa de capacitación sobre sexualidad. Los datos que nos proporcione son anónimos y confidenciales; serán utilizados únicamente con fines estadísticos. Agradecemos su colaboración.

Sexo: F (1) M (2)

Fecha: _____

Edad: Numérica

Lugar de trabajo: 1 Unidad de salud. 2 Escuela

Materia que imparte: 1 = biología; orientación educativa y civismo; 2 = otra

Estado civil:

Soltero (a) (1) Divorciado (a) (4)
Casado (a) (2) Unión libre (5)
Viudo (a) (3)

Nivel de escolaridad:

(1) Preparatoria
(2) Carrera a nivel técnico
(3) Nivel licenciatura
(4) Otro: _____

Formación profesional

Sociólogo (a) (1) Médico (a) (4)
Pedagogo (a) (2) Enfermero (a) (5)
Psicólogo (a) (3) Trabajador (a) social (6)
Otro, ¿Cuál? _____ (7)

¿Cuántos años tiene impartiendo temas relacionados con sexualidad o salud reproductiva? _____

¿En los últimos dos años, ha tomado cursos sobre sexualidad o sobre salud reproductiva?

Sí (1) No (2)

(Si su respuesta es afirmativa, por favor especifique)

Nombre del curso

Institución

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Actividades laborales que realiza:

ANEXO 2

CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS

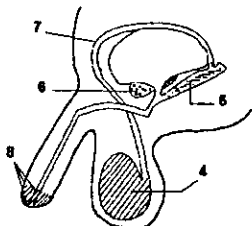
Se presentan en negrillas las respuestas correctas con valor de "1",
consecuentemente las respuestas incorrectas obtuvieron "0".

Marque, complemente o escriba sus respuestas de acuerdo al tipo de pregunta.

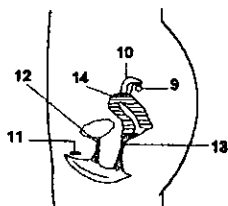
Relacione, uniendo con una línea las siguientes columnas

- | | |
|--|------------------|
| 1. La hormona que estimula los testículos y ovarios es... | a) Estrógenos |
| d) correcta = 1 | |
| 2. La aparición de los caracteres sexuales secundarios en el hombre está regulada por... | b) Tiroxina |
| e) correcta = 1 | |
| | c) Somatotropina |
| 3. La aparición de los caracteres sexuales secundarios en la mujer está regulada por | d) Gonadotropina |
| a) correcta = 1 | |
| | e) Andrógenos |

En los siguientes esquemas se encuentran señaladas con números diferentes partes de los aparatos reproductores; identifíquelas y registre su respuesta en los paréntesis.



- () Glándula 8 = 1
- () Testículo 4 = 1
- () Vesícula seminal 5 = 1
- () Conducto eyaculatorio 7 = 1
- () Próstata 6 = 1



- () Útero 14 = 1
- () Uretra 12 = 1
- () Trompa de Falopio 10 = 1
- () Ovario 9 = 1
- () Clítoris 11 = 1
- () Vagina 13 = 1

Marque con una **X** la opción que considere correcta.

15. ¿Qué determina el sexo del recién nacido? c) = 1
- a) El ciclo menstrual en que se tiene la relación sexual
 - b) La carga genética del óvulo
 - c) La carga genética del espermatozoide
 - d) El carácter de la madre
 - e) El carácter del padre
16. ¿Cuántos tipos de himen se conocen? d) = 1
- a) 1
 - b) 2
 - c) 3
 - d) 4
 - e) Más de 4
 - f) No sé
17. La menstruación es... d) = 1
- a) La implantación del óvulo fecundado en el útero
 - b) La expulsión del óvulo por el ovario
 - c) La unión del óvulo y el espermatozoide
 - d) El desprendimiento del endometrio
 - e) No sé

18. El ciclo menstrual tiene una duración promedio de: **c) = 1**
a) 10 a 15 días d) más de 40 días
b) 4 a 8 días e) No sé
c) 25 a 28 días
19. Si una mujer inicia su sangrado menstrual el día 1º de diciembre, habitualmente sangra durante cuatro días y su período es de 28 días, ¿cuándo espera el inicio de su próximo sangrado? **d) = 1**
a) El 2 de enero d) El 28 de diciembre
b) El 24 de diciembre e) No sé
c) El 1º de enero
20. La ovulación es: **b) = 1**
a) La implantación del óvulo fecundado en el útero
b) La expulsión del óvulo por el ovario
c) La unión del óvulo y el espermatozoide
d) El desprendimiento del endometrio
e) No sé
21. La ovulación generalmente ocurre: **d) = 1**
a) Al inicio de la menstruación d) Entre los días 11 y 18 del ciclo menstrual
b) Al final de la menstruación e) Entre los días 6 y 10 del ciclo menstrual
c) A la mitad de la menstruación
22. La eyaculación es: **c) = 1**
a) La producción de testosterona
b) La producción de los espermatozoides
c) La expulsión del semen
d) La falta de un testículo
e) No sé
23. El flujo vaginal es: **a) = 1**
a) Transparente d) Amarillo-verdoso
b) Verde e) No sé
c) Amarillo
24. La masturbación indica: **d) = 1**
a) Problemas en el manejo de la propia sexualidad
b) Una alteración de la personalidad
c) Una disfunción sexual
d) Una forma normal de liberar la tensión sexual
e) Todas las anteriores
25. Los métodos anticonceptivos más recomendables para los adolescentes son: **b) = 1**
a) Píldoras y condón d) Óvulos y píldoras
b) Condón y óvulos e) No sé
c) Inyecciones y diafragma
26. El índice de falla en el uso del condón es de: **d) = 1**
a) Alrededor del 50%
b) Alrededor del 40%
c) Alrededor del 25%
d) Alrededor del 10%
e) Alrededor del 5%

27. El índice de falla en el uso de píldoras es de: **a) = 1**

- a) Alrededor del 1%
- b) Alrededor del 5%
- c) Alrededor del 10%
- d) Alrededor del 15%
- e) Alrededor del 20%

28. Los óvulos se colocan: **b) = 1**

- a) Justo antes del contacto sexual
- b) Alrededor de 5 minutos antes del contacto sexual
- c) Alrededor de 20 minutos antes del contacto sexual
- d) Inmediatamente después del contacto sexual
- e) Una hora después del contacto sexual

Relacione las siguientes columnas.

29. Las úlceras no dolorosas (chancros) que aparecen en los órganos sexuales corresponden a la enfermedad llamada:

b) = 1

a) Gonorrea

b) Sífilis

30. Es la última fase de una enfermedad contagiosa y mortal:

d) = 1

c) Granuloma

31. Se caracteriza por comezón e irritación con abundante secreción vaginal de mal olor y ardor al orinar:

e) = 1

d) SIDA

32. Se presenta comezón en la zona infectada, escozor o ardor al orinar y expulsión de pus por la uretra:

a) = 1

e) Tricomoniasis o candidiasis

33. El porcentaje de madres adolescentes en México es aproximadamente del: **a) = 1**

- a) 15%
- b) 30%
- c) 42%
- d) 50%
- e) No sé

34. Se ha encontrado que las adolescentes que se embarazan, antes se enfrentaron a una serie de condiciones desfavorables: Mencione tres:

1 = tres condiciones correctas; 0 = menos de tres condiciones correctas

35. Mencione por lo menos tres consecuencias de la paternidad y maternidad antes de los 18 años.

1 = tres consecuencias correctas; 0 = menos de tres consecuencias correctas

36 Y 37. Sexo y sexualidad son diferentes:

a) SI

b) No

¿Por qué?

1 = Definiciones correctas de sexo y de sexualidad; 0 = definiciones incorrectas

38. ¿Cuáles son las principales medidas de higiene recomendadas para la zona genital de las mujeres?

1 = separar labios mayores y lavar con agua y jabón; 0 = si no mencionan lo anterior

39. ¿Cuáles son las principales medidas de higiene recomendadas para la zona genital de los varones?

1 = retirar el prepucio y lavar con agua y jabón; 0 = si no mencionan lo anterior

40. Las fases de la respuesta sexual humana son:

1 = excitación, meseta, orgasmo y resolución; 0 = si no mencionan las cuatro

41. ¿Cómo se llama a la alteración que consiste en que una mujer presente múltiples orgasmos?

1 = no es una alteración; 0 = cualquier otra respuesta

42. ¿En qué fase de la respuesta sexual humana la mujer experimenta contracciones uterinas y un exceso de lubricación vaginal? c) = 1

- a) Excitación
- b) Periodo menstrual
- c) Orgasmo
- d) Masturbación
- e) Coito

43. Mencione las condiciones en las cuales el aborto provocado no se considera un delito:

1 = violación, alteraciones genéticas, riesgo de la vida de la madre, enfermedad mental de la madre

0 = cualquier otra respuesta

44. ¿Cuáles técnicas conoce para la realización de un aborto?

1 = legado, aspirado, hormonal 0 = cualquier otra respuesta

En su labor como educador, ¿ha hablado de estos temas con los adolescentes?

a) Sí

b) No

¿Por qué?

COMENTARIOS:

!!GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!!

ANEXO 3

REDES SEMÁNTICAS

Para efectos de aplicación los estímulos se presentaron uno por hoja.

A continuación se presentan algunos conceptos seguidos por unas líneas. Su tarea consiste en escribir sobre las líneas las cinco palabras (sustantivos, adjetivos, verbos o adverbios) que considere están relacionados con el concepto. Una vez que haya escrito las palabras jerarquícelas, anotando en las líneas cortas, el número 1 a la que mejor lo defina o más se relacione, 2 a la que sigue en importancia y así sucesivamente hasta haber enumerado las cinco palabras. **No escriba frases.**

RELACIONES PREMATRIMONIALES

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

CONDÓN

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

MASTURBACIÓN

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

SIDA

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

EMBARAZO ADOLESCENTE

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

EDUCACIÓN SEXUAL

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

