

BARRERAS Y ESTRATEGIAS PARA LA INVESTIGACIÓN EN SALUD SEXUAL

Una experiencia con adolescentes en escuelas públicas

SONIA MEAVE LOZA / EMILIA LUCIO GÓMEZ-MAQUEO

Resumen:

Este artículo hace una revisión de la importancia de la investigación en salud sexual con adolescentes escolares. Describe los hallazgos más relevantes de la conducta sexual y conducta sexual de riesgo en una muestra de 478 adolescentes escolares entre 13 y 19 años de la Ciudad de México. Además propone un análisis sobre las diferentes barreras que se presentaron durante la investigación y sugiere estrategias para trabajar en este tema en escenarios escolares. Finalmente destaca el papel de la escuela como facilitador de las acciones de prevención en salud sexual y reproductiva con adolescentes.

Abstract:

This article reviews the importance of research on the sexual health of adolescent students. A description is given of the most relevant findings of sexual conduct and high-risk sexual conduct in a Mexico City sample of 478 adolescent students between ages thirteen and nineteen. A proposal is made to analyze the barriers presented during the study, and strategies are suggested for working on this topic in school scenarios. Emphasis is place on the school's role as a facilitator of preventive actions in the sexual and reproductive health of adolescents.

Palabras clave: educación sexual, adolescentes, papel de la escuela, prevención, México.

Key words: sexual education, adolescents, role of school, prevention, Mexico.

Sonia Meave Loza es alumna del programa de doctorado de la Facultad de Psicología de la UNAM, CE: smeavel@prodigy.net.mx.

Emilia Lucio Gómez-Maqueo es profesora de tiempo completo, titular C, de la Facultad de Psicología de la UNAM. Av. Universidad 3004, colonia Copilco-Universidad, delegación Coyoacán, Ciudad Universitaria, CP 04510. CE: melgm@servidor.unam.mx

Esta investigación se realizó con el apoyo del proyecto DGAPA PAPIIT IN 302206

Introducción

En el campo de la investigación psicosocial y educativa, pocos estudios comparten el proceso que se da para obtener los resultados, como el contexto, las barreras y estrategias que resultaron eficaces durante la investigación. Varios estudios han enfocado su interés en comprender más sobre estos obstáculos y aspectos facilitadores. Una investigación encontró que la motivación de padres, estudiantes y maestros afectó un programa de prevención en salud sexual basado en la escuela, particularmente por los sentimientos de incomodidad sobre el tema experimentado por los maestros, y que influyó en su nivel de participación. Otro estudio encontró que la actitud de los maestros sobre el material y actividades de educación sexual (como demostrar el uso del condón) influyó en los limitados resultados del programa de prevención (Bustom *et al.*, 2002).

No obstante, en otra experiencia las coincidencias entre las metas del programa preventivo con los objetivos de la escuela facilitaron el trabajo en prevención de riesgos en salud sexual (Constantine, Slater y Carroll, 2007).

En México un estudio realizado con jóvenes sobre las percepciones culturales del VIH-SIDA reportó la negativa de directores de varias secundarias y preparatorias públicas para aceptar la investigación, aun cuando se contaba con vínculos con la comunidad (Bronfman *et al.*, 1995). La situación fue diferente cuando el equipo logró el apoyo de una instancia superior perteneciente a la Secretaría de Educación Pública.

En la presente investigación se describen tanto los resultados como las experiencias que operaron como barreras y las estrategias que fueron útiles para alcanzar las metas del trabajo. Para analizar estos dos últimos puntos se utilizó el esquema propuesto por Blinn-Pike, Berger y Rea-Holloway (2000) quienes sugieren la revisión de procesos, desde: *a)* los antecedentes que generan la planeación de la investigación; *b)* el reclutamiento y vínculo con participantes directos en el estudio (profesores, padres y adolescentes) así como con los participantes indirectos (administrativos) quienes son responsables de los escenarios escolares; *c)* la discusión de los aciertos y debilidades en el proceso de investigación y *d)* la identificación de los elementos útiles para continuar la investigación en el campo.

Antes de iniciar el análisis materia de este trabajo es importante contestar la siguiente pregunta: ¿por qué es importante investigar en salud sexual adolescente?

Desde 1994, la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, organizada por Naciones Unidas, resaltó la importancia del trabajo en salud sexual y reproductiva (SSR) con adolescentes y jóvenes, ya que se estima que para 2010 será cuando más población joven se registre en el mundo. Como metas se enfatizaron la prevención y promoción de la salud antes de la concepción, integrando educación en SSR y servicios de planificación familiar para todos los adolescentes, incluyendo consejería para adolescentes sexualmente activos (Senderowit, 2000).

Además del crecimiento demográfico de la población joven, diversos estudios han reportado cambios en la conducta sexual, como el inicio de vida sexual a edades cada vez más tempranas y conductas sexuales más activas en las adolescentes (Santelli, Abma, Ventura *et al.*, 2004). Los jóvenes han aumentado considerablemente el consumo de alcohol, lo que afecta la conducta sexual, pudiendo propiciar formas más violentas de expresión como el acoso o asalto sexual (George *et al.*, 2006). Por otro lado el consumo de sustancias está asociado con un menor uso del condón, mayor cantidad de parejas sexuales y con el intercambio de sexo por dinero o drogas (Petry, 2000; Paul, Macmanus, Hayes, 2000), entre otras conductas de riesgo.

Las conductas sexuales de riesgo tienen como efecto el incremento de embarazos no planeados, abortos en condiciones inseguras y nuevos casos de infecciones de transmisión sexual. En América Latina y El Caribe, 560 mil adolescentes y jóvenes entre 14 y 24 años contrajeron VIH (Shutt-Ainne y Maddaleno, 2003). Los embarazos adolescentes presentan riesgos particulares como mortalidad materna y el bajo peso en los productos (IPAS, 2004), el abandono escolar, la baja autoestima y la depresión son efectos psicosociales.

Con el fin de enfrentar esta problemática se ha desarrollado una serie de estrategias de salud a través de los medios, clínicas en centros de salud para atención exclusiva de portadores de VIH, prevención con poblaciones especiales como trabajadoras sexuales y programas comunitarios. Para llegar a los jóvenes se han usado espacios públicos en campañas para aumentar el uso del condón (Donovan, 1998). Sin embargo los programas eje para la prevención con adolescentes han sido los que se desarrollan en las escuelas.

La escuela como lugar de prevención

La escuela es el lugar ideal para lograr el aprendizaje de conductas saludables, puede contribuir a la salud en general y a la sexual y reproductiva en

particular. La promoción y prevención en SSR tiene ventajas como: la etapa de desarrollo físico y psicológico adolescente coincide con el inicio de las prácticas sexuales, siendo un momento ideal para dotarlos de actitudes y prácticas saludables en un ambiente propicio, en vez de actuar cuando ya se han aprendido patrones poco saludables (Kirby, 1999). Una de las razones prácticas para usar la escuela en prevención es la cantidad de personas a las que se puede llegar, pues es un vínculo con la comunidad; para muchos alumnos es un espacio único para recibir información, ya que muchos padres no hablan lo suficiente con sus hijos de temas relacionados a la sexualidad o SSR.

Se ha demostrado que la prevención en escuelas es una estrategia que funciona, especialmente cuando se integra la educación sexual general con la prevención de ITS/VIH-SIDA, mejora el conocimiento, las actitudes y las conductas de los jóvenes en relación con la sexualidad y con el sexo seguro (IPPF, RHO-Jóvenes, 2000).

En México un programa denominado “Un equipo contra el SIDA” reportó el aumento de conocimientos de usos del condón y sensibilización de la población respecto del VIH- SIDA (IMIFAP, 2006). La evaluación del costo-beneficio de estos programas ha demostrado que son una inversión redituable, ya que pueden aumentar la salud de los estudiantes no sólo al darles información, también al referirlos a centros de salud sin generar costos económicos mayores (Senderowitz, 2000).

Educación sexual en escuelas mexicanas

En México los indicadores demográficos del crecimiento poblacional impulsaron al gobierno a tomar dos medidas importantes: *a)* la promoción del uso de anticonceptivos y *b)* la formación de una nueva conciencia en materia de sexualidad instaurada a través de la escuela. A partir de los años setenta se instituyó la educación sexual en el discurso educativo oficial, produciendo una intensa discusión entre distintos sectores como la Iglesia, la Unión Nacional de Padres de Familia, los partidos políticos, intelectuales y maestros (García, 1989). En la actualidad la discusión sigue vigente en torno a los contenidos de educación sexual de los libros de texto de escuelas públicas.

Se creó el Consejo Nacional de Población con la intención de promover y coordinar las acciones gubernamentales para el control de las variables demográficas y para elaborar un modelo de educación sexual. Las metas

eran reducir –para los años ochenta– el crecimiento poblacional y modelar la conducta sexual de los mexicanos en cuanto a la educación sexual y el uso de anticonceptivos (CONAPO, 1975:12, en García, 2000).

Desde entonces la educación sexual para adolescentes escolares se desarrolló en el país bajo las modalidades formal y no formal. La primera se incluyó en el programa de educación básica de primaria y secundaria de la Secretaría de Educación Pública desde 1974 y fue revisada en la modernización educativa 1989-1994, mantuvo un carácter informativo-biológico, abordada en las materias de ciencias naturales, biología y civismo. Se orientó a la formación de familias con parejas heterosexuales (Aguilar, 1994:764-794; García, 2000).

Un estudio encontró que sólo 54% de adolescentes mexicanos entre 12 y 19 años recibió educación sexual, aunque de este grupo 91% lo recibió exclusivamente en la escuela (Pick, Andrade y Chávez, 1988). Datos más recientes de la Encuesta Nacional de la Juventud indican que 31% reconoce que fue en la escuela donde más aprendió sobre sexualidad (INJ, 2002). Si bien estos datos dan un panorama importante de la proporción de adolescente y jóvenes que se beneficiaron, no existe información sobre el tipo de programas, contenidos, quiénes lo impartieron y de los resultados de estos esfuerzos.

Por otro lado la modalidad no formal con adolescentes ha sido cubierta por organizaciones civiles, privadas y religiosas; cada una tiene un modelo de trabajo desde un enfoque particular. La educación sexual se realiza a través de charlas informales, talleres o cursos, algunos incluyen a los padres, maestros y capacitan facilitadores. Entre los programas más difundidos están: Gente joven, de MEXFAM y Planeando tu vida, de IMIFAP (Aguilar, 1994:770-774). MEXFAM ha extendido su programa en nueve estados, con servicios médicos y farmacias amigables (MEXFAM, 1999).

En la otra línea de trabajo, el sector salud respondió a esta problemática con la creación de instituciones como CONASIDA e instruyó el desarrollo de programas de atención secundaria para adolescentes embarazadas. Un estudio realizado sobre programas de salud reproductiva para adolescentes en la Ciudad de México reportó que actúan demasiado tarde ya que las usuarias son adolescentes que ya estaban embarazadas; por otro lado el personal de salud no está preparado para atender las necesidades de esta población y los horarios de atención se contraponen con los escolares. La sugerencia principal fue desarrollar acciones de prevención (Stern y Reartes, 2001:169-174).

Lo anterior pone de relieve considerar las escuelas como escenarios de prevención. Un argumento sólido para esta acción es la cantidad de adolescentes dentro del sistema escolar público. Las escuelas de sustento estatal y federal representan 82% de total de los planteles; de los cuales 78% atienden a la educación básica y 11% a la media superior; por ejemplo, durante la gestión escolar 2005- 2006 la matrícula nacional fue de 5 millones 979 mil 256 en secundaria y 3 millones 658 mil 754 en bachillerato (SEP, 2006). Estos datos muestran que, a pesar del abandono escolar, existe una población cautiva que, potencialmente, puede beneficiarse de los programas preventivos.

Si bien la educación sexual en México posee un tiempo de trabajo considerable que le ha permitido crear líneas de acción, hace falta aún una mayor coordinación entre las instituciones de salud, educativas y las organizaciones no gubernamentales (ONG). En este contexto la investigación puede desempeñar un papel importante en la evaluación de estos programas como en el reconocimiento de otros componentes que pueden contribuir a la prevención con adolescentes.

Antecedentes del proyecto de investigación

Esta investigación se propuso indagar los factores individuales como los rasgos de personalidad y características psicosociales de los adolescentes que presentan conductas de riesgo, con el propósito de explorar el papel de estas variables en el contexto de riesgo tanto para contraer infecciones de transmisión sexual, como para embarazos no deseados. Para este trabajo sólo se presentarán los resultados obtenidos en la primera etapa de investigación sobre la conducta sexual de los adolescentes.

Método

Sujetos

Participaron en este estudio adolescentes entre 13 y 19 años, de ambos sexos, estudiantes de escuelas públicas, de educación media básica y media superior de la zona sur de la Ciudad de México. Se logró una muestra no probabilística de N= 478 estudiantes.

Instrumentos

Para conocer la conducta sexual de los adolescente se empleó el cuestionario de desarrollo adolescentes (Meave y Lucio, 2005) que explora la con-

ducta sexual adolescente dentro del desarrollo psicosexual hasta las conductas de riesgo. Es un instrumento de autorreporte de 45 reactivos que fue validado por jueces.

Procedimiento

Planeación de la investigación

La primera meta fue contar con escenarios escolares que aceptaran participar en la investigación. Se acudió a escuelas con las que se sostuvo un trabajo previo, contactos independientes y con otros planteles a través de centros de atención comunitaria de la facultad de psicología la UNAM. Ocho escuelas fueron contactadas, de las que se obtuvo una respuesta favorable sólo en cuatro. Los motivos para negar el acceso fueron falta de espacios físicos para el trabajo de investigación, así como de tiempos disponibles para involucrarse en proyectos externos a la escuela y al plan curricular; la consideración de que el tema “sexualidad” era delicado de tratar y que se necesitaba de la revisión en junta de maestros. Otros planteles simplemente retrasaron la respuesta argumentando el cambio de directivos.

En las entrevistas iniciales con los directores se registraron coincidencias en la descripción de problemas del contexto social y familiar en el que viven los adolescentes en los cuatro escenarios, como el uso de drogas, problemas económicos, desintegración familiar, desempleo, conducta violenta en los vecindarios y violencia intrafamiliar. Además mencionaron que la participación de los padres es limitada, en el caso de las secundarias acuden cuando su presencia es obligatoria o cuando el estudiante es condicionado por bajo rendimiento escolar o por tener algún problema de conducta (tanto para estudiantes de secundaria como de preparatoria).

Consentimiento administrativo

Con las escuelas que aceptaron participar se solicitó una junta para ampliar la información incluida en la carta de presentación del proyecto. Se explicaron las metas y actividades a directores y/o subdirectores; se describieron los instrumentos a emplearse y las actividades de cada fase, así como los términos de devolución para adolescentes y padres en algunos casos.

El tiempo que se otorgó a esta actividad fue limitado, motivo por el que se dejó un resumen explicativo del protocolo de investigación. Estas reuniones terminaron en acuerdos sobre las formas de trabajo. En cada escenario escolar los directivos delegaron la coordinación de las actividades a otro

personal como trabajadoras sociales, orientadores, en un solo caso la dirección se involucró directamente. La coordinación incluyó: evaluación, contacto con los padres y alumnos de secundaria, la planeación de horarios, espacios y selección de grupos. Estos mediadores designaron, a su vez, maestros, orientadores, prefectos y porteros como enlace con los adolescentes.

Consentimiento de padres y tutores

Obtener el consentimiento de los padres de familia o tutores legales fue una prioridad ya que en su mayoría los adolescentes eran menores de edad.

Estudiantes de secundaria

El procedimiento para obtener el consentimiento se adaptó a las características de cada escuela. Fue efectivo contactar a los padres en dos actividades en las que se espera mayor asistencia como la firma de boletas y la junta de inicio de año escolar. En estas oportunidades se procedió de la siguiente manera:

- Se realizaron convocatorias abiertas a los padres de segundo y tercer años de secundaria; unas veces a través de la dirección de la escuela y otras directamente el equipo de investigación. Se solicitó a los padres o tutores su consentimiento para la evaluación y participación de sus hijos en talleres preventivos; además se les invitó a participar en un taller de sensibilización sobre “Comunicación y salud sexual adolescente”.
- Uso de formatos de consentimiento: tenía una descripción de los objetivos de la investigación y la importancia del tema; en la parte final el padre debía señalar si aceptaba que su hijo fuera evaluado y recibiera el taller y, a su vez, si estaba interesado en asistir al taller para padres.

En algunos casos fueron los maestros quienes entregaron los formatos a los padres. Alternativamente los miembros del equipo de investigación abordaron a los padres al terminar la junta antes que se retiraran de la escuela. Las trabajadoras sociales entregaron formatos a los padres que tenían entrevistas con ellas.

- Explicaciones complementarias: en algunas escuelas se habilitó un espacio para resolver las dudas de los padres sobre el trabajo que se realizaría con sus hijos; pocos padres acudieron, sin embargo, después de resolver dudas, el equipo atendió solicitudes de orientación sobre violencia familiar, problemas de conducta y de rendimiento escolar

de los adolescentes. En algunos casos se canalizaron a padres y tutores a instituciones y al centro de servicios psicológicos de la Facultad de Psicología. En otros casos se tuvo que intervenir (entrevista-intervención en crisis).

- El cambio de estrategia en el cual miembros del equipo abordaron a los padres antes que salieran fue el más efectivo, aunque de todas formas algunos se negaron a recibir el formato y la información por falta de interés o de tiempo. Las madres comentaron que ellas no podían decidir hasta consultarlo con su pareja.

De la convocatoria hecha a los padres sólo se tiene el dato de una de las escuelas, según la dirección asistieron 65% (N=250), de éstos, 25% no aceptó o no entregó a tiempo la forma de consentimiento. La otra escuela no proporcionó la información sobre la asistencia por falta de actualización de listas.

Estudiantes de preparatoria

Los adolescentes entre 18 y 19 años quedaron exentos del procedimiento y bastó con que ellos dieran consentimiento. A los menores de edad se les solicitó su número telefónico para contactarlos, confirmar su participación en las actividades y ratificar que sus padres o tutores estuvieran de acuerdo en su participación. Un obstáculo importante fue la falta de disponibilidad de la línea telefónica fija o celular. Otras veces los familiares no sabían dar información sobre el adolescente, hora de llegada, etcétera, esto disminuyó la participación.

Aplicación de instrumentos

Antes de la evaluación se explicó a los adolescentes los objetivos de la investigación; los que dieron su consentimiento participaron siempre y cuando contaran con la aprobación de sus padres. La fase de evaluación utilizó dos sesiones para los tres instrumentos de evaluación, los que no terminaron de contestar utilizaron una tercera sesión. El cuestionario de desarrollo adolescente fue administrado junto con el sociodemográfico en los salones de la escuela, contando con dos o tres aplicadores por grupo, en una sola sesión.

Algunos adolescentes dejaron de responder a la evaluación y se respetó su decisión de no participar, mientras que otros que inicialmente no quisieron

participar, solicitaron ser incluidos, posteriormente se les incluyó con el compromiso de traer la forma de consentimiento. Otros factores que afectaron la aplicación fueron la inasistencia y el abandono escolar, especialmente en escuelas del turno vespertino y de nivel preparatoria.

Se tomaron en cuenta sólo los cuestionarios completos que fueron capturados en el programa SPSS 11, para luego realizar el análisis de frecuencias. Se excluyeron los casos de abuso sexual por considerarse que es una problemática específicamente diferente al inicio sexual en un curso de desarrollo esperable.

Resultados

Contestaron el instrumento 478 adolescentes, de los cuales 62.2% fueron estudiantes de secundaria y 37.9% de nivel preparatoria. El 52% del grupo eran hombres y 47.1% mujeres. La edad media de la muestra fue 15.8 años, el rango de edad que agrupó a la mayoría de los casos estuvo entre 14 y 16 años.

Los resultados sobre los hitos de la pubertad indican que la menarca se dio a los 12 años en promedio, mientras que la primera eyaculación fue reportada entre los 12 y 13 años.

El tipo de relaciones que sostienen los adolescentes actualmente tienen diversos matices de combinación entre vínculo afectivo y atracción sexual. En este caso las mujeres reportan más relaciones de amistad, mientras que los hombres admiten más relaciones de atracción y noviazgo.

Además de las relaciones sociales que abren la oportunidad para la manifestación de conductas sexuales sociales se les preguntó sobre los tipos de acercamientos físicos y sexuales que han tenido, los resultados en porcentaje aparecen en el cuadro 1.

Los hombres admiten acercamientos más sexuales como fajar por debajo de la ropa y sexo oral, en comparación con las mujeres. El 11% de las mujeres no tuvieron ningún acercamiento. El 23.8% de los adolescentes tuvo relaciones sexuales al menos una vez, de éstos 60.5% fueron hombres.

De los que no tuvieron relaciones sexuales el motivo más importante (70%) es dedicarse a sus estudios, las adolescentes mencionan no defraudar a sus padres (21%); los hombres adolescentes dicen que no las tienen porque su pareja no quiere (12%). A este mismo grupo se les preguntó si deseaban tener relaciones el siguiente año, respondieron que sí 25% de los hombres y el de las mujeres.

CUADRO 1

Tipo de acercamientos físicos y sexuales por sexo

Acercamientos	Mujeres (%)	Hombres (%)
Beso en labios	69.6	72.3
Tomarse de la mano	75.9	68
Caricia en la cara	51.8	46.6
Abrazos	79.1	54.9
Sexo oral	4.2	14.8
Contacto homosexual	3.7	1.5
Ningún acercamiento	11.5	4.8
Beso apasionado	36.7	38.4
Faje encima de ropa	13.4	30.4
Fajar por debajo ropa	11	36
	N=225	N= 253

En cuanto a los adolescentes que tuvieron relaciones sexuales la edad media de la primera relación en los hombres fue de 14.3 años, en las mujeres de 16 años. El 41.4% de los hombres tuvieron entre dos y tres parejas sexuales, en comparación con las mujeres (71%) que sólo tuvieron una. Sobre el uso de anticonceptivos en la primera relación sexual 27.7% no usó ningún método y el 23.3% se mantuvo sin usar métodos en las relaciones sexuales subsiguientes. En cuanto al uso del condón 39.1% de las mujeres reporta que lo usó a veces, comparado con 35% de los hombres. El 19.6% de las mujeres nunca usó condón en sus relaciones frente a un 8.6% de los hombres. En el cuadro 2 se muestran conductas sexuales de riesgo.

De las conductas sexuales de riesgo una de las más relevantes es el no uso de anticonceptivos y aunque existe una proporción de adolescentes que dicen sí usar, sigue siendo importante considerar el grupo de uso inconsistente “a veces uso”. Por otro lado se deben destacar las relaciones sexuales con alguien que acaban de conocer o que no conocen bien, las experiencias de consumo de alcohol en la última relación y los antecedentes de embarazos a esta edad.

Para evaluar el contexto de riesgo respecto del embarazo se les preguntó si conocen a alguien cercano que se haya embarazado o haya embarazado sin querer antes de los 20 años: el 21% tiene dos o más familiares en esta situación y 10.5% tiene dos o más amigos en esta situación. Aparentemente los que más conductas sexuales de riesgo presentan son los hombres. La conducta sexual de los adolescentes tiene una gran variabilidad porque a pesar que haber tenido relaciones sexuales algunos han dejado de tenerlas.

CUADRO 2

Conductas sexuales de riesgo por sexo

N= 114	Mujeres (%)	Hombres (%)	Todos (%)
Embarazo al menos 1 vez	13	1 su pareja	
Aborto al menos 1 vez	2	0	
Relaciones sexuales con desconocido al menos 1			31.6
Pareja sexual simultánea 1			10.3
Alcohol última relación sexual			26.7
Droga última relación sexual			3.4
Sexo recompensado			12.8

Discusión

Los resultados muestran que los adolescentes están iniciando su vida sexual en secundaria o en el periodo de cambio hacia la preparatoria. Si se compara este dato con la Encuesta Nacional de la Juventud donde la edad reportada es de 16 años (INJ, 2000), mientras que la edad promedio para este grupo es del 14.5; es posible que, al tratarse de una población urbana, los adolescentes estén expuestos a otros estímulos como la televisión y que las formas de expresar la sexualidad estén adelantándose.

Datos como el número de parejas sexuales plantea la pregunta: ¿cuándo es necesario intervenir? y ¿qué tipo de intervención necesitan estos adolescentes? Según estos datos dos momentos distinguirían las intervenciones: aquellos sin experiencia sexual y los que la tienen o la han tenido al menos

una vez. Respecto del tipo prevención los datos sugieren un nivel universal y la selectiva para los adolescentes con indicadores de riesgo.

En cuanto a las conductas sexuales de riesgo, el no uso de anticonceptivo, y principalmente la inconsistencia, así como el no uso del condón son los riesgos centrales, en la primera relación y en las subsiguientes, datos que concuerdan con lo encontrado en la Encuesta Nacional de Salud con adolescentes entre 12 y 19 años (González-Garza *et al.*, 2005).

Las parejas sexuales simultáneas y las relaciones sexuales con desconocidos son un elemento importante que describe cambios en la conducta sexual. La actitud de experimentación especialmente por los hombres adolescentes lleva a plantear la necesidad de incorporar elementos de prevención especialmente dirigidos a este sector.

El consumo de alcohol asociado con los encuentros sexuales es un dato importante ya que las conductas se dan en el contexto del riesgo, el consumo de alcohol y otras sustancias son una realidad para los adolescentes en México, 12.79% de estudiantes de nivel medio superior lo consumió, y de éstos 81.8% son hombres (Cordero, 2004).

Finalmente, la escuela es un factor protector por la referencia de los adolescentes que no tuvieron relaciones sexuales, tienen expectativas respecto a rendir de forma óptima en la escuela, el nivel de expectativa de los padres sobre su futuro también es un factor protector, ambos han sido reconocidos por la literatura con anterioridad.

Entre las limitaciones de este estudio, se encuentra que sólo se trabajó con estudiantes de escuelas públicas y de una sola zona de la Ciudad de México. También se tiene que reconocer el efecto del sobre-reporte de los adolescentes hombres sobre su conducta sexual y el sub-reporte en las mujeres, en los dos casos por la deseabilidad social que imponen las normas culturales.

Observaciones generales

El trabajo en escuelas mexicanas desde la perspectiva de esta investigación lleva a dos primeras conclusiones sobre las barreras.

1) Es importante hacer visibles a los participantes indirectos, que finalmente ejercen influencia sobre el proceso de investigación, los padres o tutores desde la facultad que tienen de aceptar o no la participación de sus hijos y, por otro lado, todo el personal de la escuela, desde los administrativos, maestros y personal de apoyo. Son los adultos quienes, finalmente,

regulan las interacciones del equipo de investigación con los adolescentes participantes.

En la escuela aparentemente las dificultades se dan a nivel de la forma de trabajo, ya que llegar a acuerdos con la dirección no significa que la red escolar responda en esta dirección o esté preparada para facilitar el trabajo de investigación.

2) En segundo lugar, a pesar del éxito en el cumplimiento de la mayoría de las metas de este proyecto en casi en todas las escuelas que aceptaron participar, se reconoce en la normatividad un obstáculo constante pues, aparentemente, impone el cumplimiento de horarios de clases y metas educativas de eficiencia, dejando un tiempo limitado para actividades extracurriculares, entre las que se cataloga la educación sexual. Es posible que exista presión institucional respecto de los objetivos que cada escuela “debe” lograr en términos pedagógicos, se observó en algunos casos ambivalencia, las autoridades quieren brindar a los alumnos la oportunidad de beneficiarse con la evaluación, detección y talleres preventivos, pero en la operatividad no pueden disponer de salones, no pueden “perder clases” o, simplemente, se asignan horarios de trabajo difíciles para los adolescentes.

Algunos maestros posiblemente no comprendan el trabajo de investigación en escuelas o interpreten la interrupción de clases por actividades de investigación e intervención como un atentado a sus intereses laborales. En un caso un maestro comentó a los adolescentes: “Los que salen a trabajar con los psicólogos están locos”, en otras oportunidades solicitaron la presencia de algunos alumnos que estaban participando del taller preventivo para cumplir actividades como entrega de cuadernos, ensayo de la escolta, atestiguar mala conducta de otro compañero (Meave, 2006). En respuesta a estas situaciones el equipo tuvo que tranquilizar a los adolescentes, asegurando que no tendrían consecuencias negativas, estos incidentes se presentaron a pesar de la notificación previa y de la elección de horarios de trabajo y la comunicación a maestros.

Elementos útiles para futuras investigaciones

Con las escuelas

Desde el inicio del trabajo será relevante *establecer un canal de comunicación*, la exposición de la propuesta de trabajo es el momento ideal para desarrollarlo y mantenerlo durante cada etapa de trabajo tanto con la dirección como con los mediadores designados. Al mantener este canal abierto el equipo

de investigación se podrá apoyar de mejor forma en los recursos humanos y materiales de la escuela. Es recomendable aclarar la información sobre las actividades de investigación a maestros y al resto del personal, en el caso en que la comunicación entre mediadores y maestros no sea eficiente.

La comunicación con los mediadores merece un especial cuidado, ya que este vínculo puede ser determinante tanto para alcanzar las metas del proyecto como para demorar o incluso obstruir la consecución de las mismas, por la facultad de influir en las decisiones de la dirección de la escuela.

Gran parte del éxito alcanzado en este estudio se debe a *la alta sensibilidad de directivos mediadores y maestros hacia las aportaciones de la investigación*. Como lo señala Bustom *et al.* (2002) cuando los directivos comparten la percepción de beneficios y se identifican con los fines últimos de la investigación, los resultados son mucho más exitosos para ambas partes. Muchos maestros y orientadores facilitaron el trabajo de investigación, prestaron su tiempo y fueron accesibles en ocasiones en que falló la coordinación con el mediador y dejando que el trabajo programado continuara; otros mostraron interés en conocer los alcances del trabajo e hicieron comentarios positivos sobre la necesidad de los adolescentes de ser atendidos (Meave, 2006).

La participación de los maestros ayuda a ajustar a los programas preventivos, además pueden influenciar al resto de los docentes. La capacitación a profesores es fundamental para sustentar los programas de prevención (FHI, 2000).

Retroalimentación a la escuela. El equipo debe tener disposición para comentar los resultados de las actividades, así como la escucha de problemas colaterales, brindar orientación y canalización a otros programas o instituciones que podrían beneficiar a la escuela, esto sin interferir con los objetivos de la investigación propuesta.

Los equipos de investigación deben *capacitarse para sostener una conducta ética durante su trabajo en temas de sexualidad con los adolescentes*, mantener una actitud de respeto, empatía y confidencialidad, lo que incluye tiempo adicional para canalizar o tratar a casos especiales como la detección de abuso sexual o embarazo adolescente.

Con los padres o tutores

La participación de los padres es esencial en todo el proceso de investigación con adolescentes y su rol en el consentimiento es determinante para

abrir la posibilidad de la participación adolescente en evaluación e intervención, este es un punto de preocupación común para investigadores de otros países (Donovan, 1998). Con los padres una estrategia positiva fue la sensibilización en un taller breve sobre la “Comunicación y salud sexual adolescente”, quienes lo tomaron estuvieron más dispuestos a aceptar la participación de sus hijos en talleres preventivos. Las limitaciones fueron la inasistencia y la susceptibilidad adolescente respecto del trabajo con sus padres.

Aunque datos de la Encuesta nacional a padres encontró que 80% están de acuerdo en que sus hijos reciban educación sexual (IFIE; 2002), esto no se traduce en el reconocimiento de su propia participación, en algunos casos tampoco permiten que sus hijos se beneficien. La investigación sobre las creencias, valores culturales y sociales sobre la sexualidad de los educadores y padres brindará elementos importantes para mejorar las propuestas preventivas (WHO, 2002)

Con los adolescentes

El equipo de investigación debe ser flexible y recibir capacitación en el manejo de recursos con los adolescentes. Un acierto de esta investigación fue integrar un equipo de facilitadores jóvenes que pueden construir un lazo de empatía con los adolescentes junto con otros más experimentados, con formación clínica. Esta conformación ayudó a responder las demandas individuales de los adolescentes, preocupaciones en el tema de sexualidad como en problemas familiares y de pareja (Meave, 2006).

Del punto anterior se deriva la recomendación de seguir una línea ética de trabajo, los adolescentes que se acercaron espontáneamente para referir malestar se les dio un espacio de expresión y orientación en entrevistas individuales subsecuentes a las actividades programadas, las que se llevaron a cabo en las escuelas o en el centro de servicios psicológicos de la UNAM.

La comunicación directa con los adolescentes en grupos pequeños y la disponibilidad fueron estrategias positivas, para permitir que cada uno tomara su decisión sin la influencia del grupo. Situar a los miembros del equipo en el patio y un salón abierto durante el recreo facilitó el diálogo con adolescentes y se pudo rescatar la participación de los que inicialmente se negaron.

La sexualidad se encuentra normada por la escuela, el mensaje muchas veces es de penalización a la expresión de la sexualidad (vestimenta, acercamientos). Para muchos jóvenes es incongruente que los adultos ha-

blen de evitar el embarazo, pero no den información detallada del uso de anticonceptivos.

El control disciplinario, que es un elemento necesario para el trabajo escolar, se convierte en persecutorio para algunos estudiantes; una adolescente comentó: “Quiero participar pero no quiero perder clases, ni calificaciones” (Meave, 2006).

Entre las limitaciones de la investigación se puede mencionar que varios adolescentes no pudieron participar por la falta de autorización de los padres o tutores, a pesar de estar interesados. Otras variables a tomar en cuenta son los eventos que interfirieron en el trabajo como las enfermedades en la época invernal y ensayos de alerta sísmica; aunque los factores más importantes fueron la deserción escolar y el ausentismo.

Conclusiones

Bajo el análisis de esta experiencia se encontró que los mismos factores que actúan como barrera pueden actuar como facilitadores del trabajo en salud sexual con adolescentes escolares. Reconociendo los siguientes elementos:

- 1) Desarrollar junto con las escuelas formas de trabajo que faciliten la investigación en la cual los resultados puedan ponerse en marcha. Un trabajo con metas a corto y mediano plazos, adecuadamente evaluado, puede tener incidencia en estos escenarios.
- 2) La integración de maestros en actividades de prevención reconocida por las autoridades y la propia escuela puede fortalecer el trabajo en prevención.
- 3) Lograr una mayor participación de los padres en las tareas de prevención en salud sexual y reproductiva, para que la ley general de educación de 1993 (Pick, 2006) cumpla su cometido.
- 4) Los adolescentes necesitan espacios que les permitan abordar el tema de sexualidad en un marco integral de salud física y emocional, asegurando el respeto a su intimidad, la confidencialidad de los adultos cercanos, esto incluye al personal de las escuelas, sus padres o tutores y el equipo externo en este caso de investigación.

Si los padres y maestros permanecen asumiendo o deseando que los adolescentes más jóvenes no sean sexualmente activos, se crean serias limita-

ciones para los programas de intervención preventiva ya que lo ideal sería mantener la prevención durante las distintas etapas (O'Donell, O'Donell y Stuev, 2001:7-8). Aunque existen evidencias de experiencias importantes en escuelas hace falta trabajo para que esto se haga realidad en una mayor cantidad de planteles. Estas intervenciones deberán sean evaluadas rigurosamente, pues pese a que se tomaron en cuenta elementos de experiencias exitosas de otros investigadores, a nivel local la relación de un currículo exitoso para adolescentes mexicanos sigue siendo una asignatura pendiente (Torres, Gutiérrez, Dilys, 2006). Se concluye que es necesario establecer condiciones para la investigación en salud sexual con adolescentes, mucho antes de cuestionar el tema de efectividad y sustentabilidad de los programas preventivos.

Las escuelas deben involucrar a estudiantes, maestros, directores, padres y a la comunidad a participar del planteamiento de metas y los objetivos de los programas de intervención preventiva se conocerán de forma más directa las necesidades. Mientras más puntos de vista sean incluidos y se genere un compromiso de trabajo en equipo mejor funcionarán los programas de salud basados en la escuela (WHO, 2002).

Referencias bibliográficas

- Aguilar, G. J. A. (1994). "Educación de la sexualidad en la adolescencia: Métodos y contenidos. Antología de la Sexualidad Humana", *Antología de la sexualidad humana*, vol. III, México: CONAPO-Miguel Ángel Porrúa.
- Blim-Pike, L.; Berger, T. y Rea-Holloway, M. (2000). "Conducting adolescent sexuality research in schools: Lessons learned", *Family Planning Perspectives*, vol. 32 (5) septiembre-octubre.
- Buston, K.; Wight, D.; Hart, G. y Scott, S. (2002). "Implementation of a teacher-delivered sex education programme: Obstacles and facilitating factors", *Journal of Health and Education Research*, vol. 17, núm. 1, pp. 59-71.
- Bronfman, M. *et al.* (1995). "Mitos y dilemas de los jóvenes en tiempos de sida", en *Sida en México: migración, adolescencia y género*, México: Colectivo Sol.
- Constantine, N.; Slater, J. y Carroll, J. (2007). "Motivational aspects of community support for school-based comprehensive sexuality education", *Journal of sex education*, vol. 7, núm. 4, pp. 421-439, noviembre.
- Cordero, A. (2004). *Consumo de alcohol en adolescentes, detección con el AUDIT en nivel medio superior*, tesis de licenciatura, México: Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México.
- Donovan, P. (1998). "School-based sexuality education: The issues and challenges", *Family Planning Perspectives*, vol. 30, núm. 4, julio-agosto.

- FHI (2000). "La educación en salud reproductiva puede dar resultado en varios entornos, incluidos centros comunitarios y escuelas", *Network en español*, vol. 20, núm. 3.
- García A., M. (2000). "La educación sexual en la reforma educativa de los años setenta", recurso electrónico disponible en <http://educacion.jalisco.gob.mx/consulta/educar/17/GarciaA.html>
- George, W. *et al.* (2006). "Postdrink sexual perception and behaviors toward another person: Alcohol expectancy set and gender differences", *Journal of Sex Research*, vol. 43, núm. 3, agosto, pp.282-291.
- González-Garza, C. *et al.* (2005). "Perfil del comportamiento sexual en adolescentes mexicanos de 12 a 19 años de edad. Resultados de la ENSA 2000", *Salud Pública*, vol. 47, núm. 3, mayo-junio.
- IMIFAP (2006). *Programa de prevención de VIH para escuelas- México*, disponible en [http://www.thedrumbet.org/boletín-salud jóvenes: La iniciativa de Comunicación](http://www.thedrumbet.org/boletín-salud jóvenes: La iniciativa de Comunicación, recuperado en abril de 2007), recuperado en abril de 2007.
- INJ (2000). *Encuesta Nacional de la Juventud 2000*, disponible en <http://www.imjuventud.gob.mx/>, recuperado en marzo 2004
- INJ (2005). *Encuesta Nacional de la Juventud 2005*, boletín núm. 23: sexualidad, disponible en <http://www.imjuventud.gob.mx/>, recuperado en junio 2007.
- IPPF-RHO-Jóvenes (2000). *Boletín Epidemiológico*, vol. 21, núm. 3, septiembre.
- IPAS (2004). *Adolescent Health*, disponible en http://www.ipas.org/english/womens_health
- IFIE (2002). *Encuesta a padres. Evaluación del Sistema Nacional de educación Básica. Informe ejecutivo*, disponible en <http://www.ifie.edu.mx/lineas.html>, recuperado en abril 2007.
- Kirby, D. (1999). "Sexuality and sex education at home and school", *Adolescent Medicine, State of the Art.*, vol. 10 (2), pp. 195-209.
- Meave, S. y Lucio, E. (2005). "Cuestionario de desarrollo adolescentes, instrumento para la investigación", elaborado para la tesis de doctorado *Relación entre rasgos de personalidad y conductas sexuales de riesgo para proponer intervención preventiva con adolescentes*, UNAM: Facultad de Psicología.
- Meave, S. (2006). "Notas de campo", *Relación entre rasgos de personalidad y conductas sexuales de riesgo para proponer intervención preventiva con adolescente*, tesis de doctorado, México: Facultad de Psicología-UNAM.
- Mexfam (1999). *Encuesta Gente Joven. Programa Gente Joven*, México: The Population Council/Fronteras de la Salud Reproductiva/Mexfam.
- O'Donnell, L.; O'Donnell C. y Stuev, A. (2001). "Early sexual initiation and subsequent sex-related risk among urban minority youth: The research of health study", *Family Planning Perspective*, vol. 33(6) noviembre-diciembre, pp. 268-275.
- Petry, N. (2000). "Gambling problems in substance abusers are associated with increased sexual risk behavior", *Addiction*, vol. 95 (7), pp. 1089-1100.
- Pick, S.; Andrade, P. y Chavez, N. (1988). "Conocimientos de las adolescentes de la Ciudad de México sobre la conducta sexual y los anticonceptivos. Resultado de una encuesta en hogares", *Salud Mental*, vol. 11 (2), pp. 35-38, junio.

- Pick, S. (2006). *Educación salud y vida*, Reporte de investigación en salud sexual, Universidad de Conecticut, disponible en <http://www.chip.uncom.edu>
- Paul, E.; McManus, D. y Hayes, A. (2000). "Hookups: Characteristics and correlates of college students' spontaneous and anonymous sexual experiences", *Journal of Sex Research*, vol. 37, 1, pp. 76-88.
- Stern, C. y Reartes, D. (2001) "Estudio de caso. Programas de salud reproductiva para adolescentes en México DF", en Gogna, M. (coord.) *Programas de salud reproductiva para adolescentes. Los casos de Buenos Aires, México, DF y San Pablo*, Buenos Aires: Consorcio Latinoamericano de Programas en Salud Reproductiva y Sexualidad, pp. 117-194.
- SEP (2006). *Resumen del sistema educativo nacional: inicio 2005-2006*, disponible en <http://www.sep.gob.mx>, recuperado en febrero de 2007.
- Senderowitz, J. (2000). *Reproductive health programs for young adults: school-based programs*, Washington, DC: Focus in Young Adult Research Series.
- Shutt-Aine, J. y Maddaleno, M. (2003). *Salud sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Américas*, Unidad de Salud y Desarrollo de Adolescentes-Organización Panamericana de la Salud.
- Torres, P.; Gutiérrez, J. y Dilys, M. (2006). "Prevención de VIH/SIDA en las escuelas: el reto de modificar comportamientos", *Sida aspectos de salud pública*, CONASIDA.
- WHO (2002). "School Health. Skills-based health education including life skills: An important component of a child-friendly/health promoting school", *Information Series of School Health*, Atlanta: World Health Organization.

Artículo recibido: 15 de mayo de 2007
Dictaminado: 11 de julio de 2007
Segunda versión: 21 de agosto de 2007
Aceptado: 11 de septiembre de 2007