

Lente Joven

en Salud Reproductiva y VIH/SIDA

La educación sobre sexualidad y vida familiar contribuye a la preparación de los jóvenes

Los programas basados en la escuela pueden producir cambios positivos de comportamiento, pero tales programas varían en gran medida y las interrogantes sobre los modelos ideales necesitan más estudio.

La educación sobre sexualidad basada en la escuela puede producir un retraso en la primera relación sexual o, si los jóvenes ya están sexualmente activos, en el uso de anticonceptivos. Aun así, tales programas son a menudo polémicos porque muchas personas piensan que la sexualidad es un asunto privado de las familias y que hablar de ello en la escuela puede conducir a que los jóvenes se vuelvan más activos sexualmente.

Los formuladores de políticas y los planificadores de programas generalmente están de acuerdo en que los jóvenes necesitan información precisa sobre sexualidad para poder tomar mejores decisiones estando informados. Los programas que tratan esta necesidad varían en gran medida y tienen nombres tales como educación para la salud, educación sobre vida familiar, aptitudes de vida familiar o educación sobre sexualidad. Algunos de ellos sólo dan información biológica. Otros programas ponen a la sexualidad en un contexto de desarrollo más amplio que incluye temas tales como la autoestima, la fijación de metas y el respeto por los demás. Independientemente del tipo de programa, los investigadores han determinado que cambiar el conocimiento y las actitudes sobre comportamiento sexual es muchísimo más fácil que cambiar los comportamientos.

A pesar de las grandes diferencias, hay varios temas comunes y de importancia fundamental que surgen retiradamente:

- ¿Inducen los programas de educación sobre sexualidad basados en la escuela a que los adolescentes tengan relaciones sexuales?
- ¿Qué hace que un determinado programa de educación sobre sexualidad basado en la escuela dé buenos resultados?
- ¿A qué edad deben comenzar los programas de educación sobre sexualidad basados en la escuela?
- ¿Puede el currículo desarrollado en una cultura adaptarse a otro ambiente?

Las evaluaciones de los programas de educación sobre sexualidad y vida familiar publicadas en revistas revisadas por colegas sugieren algunas respuestas a estas preguntas.

¿Inducen los programas de educación sobre sexualidad basados en la escuela a que los adolescentes tengan relaciones sexuales?

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Campaña Nacional de EE.UU. para Evitar el Embarazo de Adolescentes (U.S. National Campaign to Prevent Teen Pregnancy) han llevado a cabo los dos estudios más completos en esta área.

Ambos llegaron a la conclusión de que los programas de educación sobre sexualidad no promueven ni conducen a un aumento de la actividad sexual en los jóvenes. Casi ninguno de los programas evaluados y revisados condujo ni al inicio de





La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Campaña Nacional de EE.UU. para Evitar el Embarazo de Adolescentes han llevado a cabo los dos estudios más completos en esta área. Ambos llegaron a la conclusión de que los programas de educación sobre sexualidad no promueven ni conducen a un aumento de la actividad sexual en los jóvenes.

relaciones sexuales ni al aumento de la frecuencia de las actividades sexuales.

El estudio de la OMS revisó 47 intervenciones que tuvieron lugar entre 1974 y 1995 en países desarrollados y países en desarrollo.¹ El estudio de EE.UU. examinó más de 250 evaluaciones de programas en Estados Unidos o Canadá llevados a cabo desde 1980.² En los dos estudios se analizaron evaluaciones de programas basados en la escuela que medían el cambio de comportamiento con respecto al sexo.

¿Qué hace que un determinado de educación sobre sexualidad basado en la escuela dé buenos resultados?

El análisis de 250 evaluaciones de programas en EE.UU., llevado a cabo por el doctor Douglas Kirby, determinó que los programas tanto de educación sobre sexualidad como de prevención de VIH dieron buenos resultados.³ Los programas sobre VIH tenían una tendencia a disminuir la cantidad de compañeros o compañeras sexuales y aumentar el uso de condones; los programas de educación sobre sexualidad tenían más impacto en el uso de anticonceptivos por parte de los jóvenes sexualmente activos. De los pocos programas exclusivamente sobre abstinencia evaluados rigurosamente, ninguno dio pruebas de que hubiera habido retraso alguno en la actividad sexual. Los programas basados en la escuela llamados "aprendizaje de servicio" se encontraban entre los más eficaces en la prevención del embarazo mientras los estudiantes participaban, aun cuando tales programas no se concentraban en la salud de la reproducción. Estos programas contienen servicio comunitario voluntario con tiempo para la preparación y reflexión sobre tal servicio, lo cual sugiere la importancia de tener un contexto amplio para que se produzca un impacto en los comportamientos de salud de la reproducción.

El análisis del doctor Kirby determinó que los programas que daban mejores resultados:

- dan un mensaje claro y coherente basado en información precisa
- se concentran en reducir uno o más comportamientos sexuales que conducen al embarazo involuntario, las infecciones de transmisión sexual (ITS) y el VIH
- tienen un marco teórico comprobado en cuanto a cambio de comportamientos de salud
- usan métodos pedagógicos que hacen participar a los estudiantes, se basan en las aptitudes y usan situaciones de la vida real
- son específicos en cuanto a edad y cultura y duran suficiente tiempo; y
- motivan y capacitan a los maestros para que participen.

El doctor Kirby está colaborando actualmente con la OMS para revisar programas de países en desarrollo a fin de ver los elementos que emergen como los más importantes para el cambio de comportamientos.

En un estudio de programas basados en la escuela que habían recibido sólidos resultados en las evaluaciones, el programa FOCUS on Young Adults (Enfoque sobre los adultos jóvenes) llegó a la conclusión de que en los países de desarrollo hay pocos programas que contengan todas las características comunes de los programas que dan buenos resultados.⁴ Pero unos pocos han incorporado muchos de los elementos importantes. Por ejemplo, un programa desarrollado por un grupo de educadores locales en Tanzania, y basado en el aprendizaje social y otras teorías sobre cambio de comportamiento, determinó en una encuesta de seguimiento de 12 meses que, en comparación con un grupo de control, menos niños y niñas del grupo intervenido habían iniciado relaciones sexuales. Aunque eran grandes, en particular en el caso de los niños, las diferencias entre el grupo intervenido y el grupo de control no eran estadísticamente significativas (3% a 6% en las niñas; 14% a 35% en los niños).⁵

¿A qué edad deben comenzar los programas de educación sobre sexualidad basados en la escuela?

La investigación en general no ha tratado esta pregunta específica, pero los estudios sugieren que los programas deben comenzar a temprana edad. Muchos estudiantes abandonan la escuela e inician sus actividades sexuales antes de llegar a la secundaria. El estudio de 47 programas llevado a cabo por la OMS determinó que los programas de educación sobre sexualidad tenían un impacto mayor en el comportamiento si los estudiantes tomaban el curso antes y no después de iniciar sus actividades sexuales. El estudio concluyó que tales cursos pueden establecer patrones de comportamiento sexual con mayor facilidad que cambiar comportamientos sexuales ya establecidos.⁶

En Namibia, por ejemplo, en comparación con las vírgenes del grupo de control, las niñas vírgenes que participaron en un currículo llamado "Yo decido mi futuro" tenían más probabilidades de seguir siendo vírgenes 12 meses después del programa.⁷ Un estudio hecho en EE.UU. determinó que en comparación con el grupo de control (en el cual el porcentaje de jóvenes sexualmente activos pasó de 14% a 38%), los estudiantes que no habían tenido relaciones sexuales antes de asistir a un cierto programa de educación sobre sexualidad tenían considerablemente menos probabilidades de haber iniciado actividades sexuales 18 meses después de terminado el programa (el porcentaje de jóvenes sexualmente activos pasó de 12% a 29%).⁸ La tasa de uso de anticonceptivos de quienes tenían relaciones sexuales antes de que el programa comenzara no aumentó durante la intervención ni en los estudios de Namibia ni en los de EE.UU., lo cual subraya la importancia de iniciar la educación sobre sexualidad a temprana edad.

Las encuestas han determinado que muchos jóvenes son sexualmente activos antes de llegar a la secundaria. En una encuesta de niños y niñas de 13 y 14 años en un proyecto en Tanzania, la mitad de los niños y 10

por ciento de las niñas declararon ser sexualmente activos. En un proyecto en Jamaica, 64% de los niños, pero sólo 6% de las niñas, de 11 a 14 años de edad declararon ser sexualmente activos. En una encuesta de niños y niñas de 13 años en EE.UU., 65 % de los niños y 27% de las niñas declararon ser sexualmente activos.⁹

El Consejo de Educación e Información sobre la Sexualidad (Sexuality Information and Education Council, SIECUS), con sede en los EE.UU. y que promueve la educación global sobre sexualidad, ha desarrollado pautas que hacen hincapié en el inicio de la educación sobre sexualidad a temprana edad; cuando los niños están en la escuela primaria.¹⁰ Sin embargo, se necesita más evaluación de programas que comienzan a temprana edad para determinar si de hecho tales programas conducen a mejores resultados conductuales. Hubo un estudio que se esforzó en inculcar un sentido de pertenencia a la escuela a estudiantes de primaria por medio de capacitación de maestros, clases sobre ser padres y capacitación sobre competencia social para niños. Cuando estos estudiantes tenían 21 años de edad, declararon tener considerablemente menos compañeros y compañeras sexuales y, cuando los resultados se

ELEMENTOS DE LOS PROGRAMAS DE EDUCACIÓN QUE DAN BUENOS RESULTADOS

Contenido

- Dan un mensaje claro y coherente basado en información precisa.
- Se concentran en reducir uno o más comportamientos sexuales que conducen al embarazo involuntario, las enfermedades de transmisión sexual y el VIH.
- Son específicos en cuanto a edad y cultura.
- Tienen un marco teórico comprobado en cuanto a cambio de comportamientos de salud

Diseño del programa

- Usan métodos pedagógicos que hacen participar a los estudiantes, se basan en las aptitudes y tienen en cuenta las presiones sociales.
- Llevan a cabo sesiones que duran suficiente tiempo.
- Motivan y capacitan a los maestros para que participen.

Adaptado de Kirby D. *Emerging Answers: Research Findings on Programs to Reduce Teen Pregnancy*, 2001.

Para obtener mayor información, por favor comuníquese con:

YouthNet

2101 Wilson Boulevard
Suite 700
Arlington, VA 22201 EE.UU.

teléfono
(703) 516-9779

fax
(703) 516-9781

correo electrónico
youthnet@fhi.org

sitio en la web
www.fhi.org/youthnet



controlaron para tener en cuenta la pobreza, se vio que tenían menores tasas de embarazo y enfermedades de transmisión sexual que el grupo de control. Noventa y tres por ciento de los estudiantes de quinto grado inscritos en el grupo intervenido (144) y en el grupo de control (205) fueron entrevistados a los 21 años.¹¹

¿Puede el currículo desarrollado en una cultura adaptarse a otro ambiente?

Los programas de muchos países en desarrollo usan un formato de clase dictada y se concentran en la información biológica, lo cual determina un enfoque muy diferente del que determinan las características que según Kirby dan buenos resultados en programas de EE.UU. y Canadá. Pero, ¿es factible adaptar un currículo que da buenos resultados en una cultura a otro ambiente? Sólo un estudio ha tratado este tema, aunque hay otras evaluaciones en curso.

Un estudio en Namibia modificó un currículo diseñado para el entorno estadounidense usando ejemplos apropiados y comprensibles en el contexto namibio e incorporando creencias y prácticas culturales namibias. Como el programa dio buenos resultados en cuanto a retrasar el inicio de las actividades sexuales, los autores concluyeron que "el trasplante de currículo diseñado en occidente puede dar buenos resultados".¹²

Otra de las adaptaciones en curso es el uso del enfoque metodológico del currículo jamaicano llamado "Vibes" a escuelas en Senegal y Ruanda. En Senegal, hablar de embarazo es tabú, de modo que hubo que cambiar ciertos ejercicios de Vibes. Los resultados de una evaluación de este proyecto se esperan para fines de 2002. En Ruanda, la versión

senegalesa se usó como referencia de base para la adaptación. Como el programa en Ruanda involucra a la iglesia católica, se crearon nuevos ejercicios para hablar sobre religión y sexualidad. El desarrollo inicial de Vibes tardó 16 meses y costó US\$120.000 dólares. El proceso en Senegal y Ruanda tomó mucho menos tiempo y dinero.

— Karen Katz y William Finger

REFERENCIAS

1. Grunseit A, Kippax S, Aggleton P, et al. Sexuality education and young people's sexual behavior: a review of studies. *J Adolesc Res* 1997;12(4):421-53.
2. Kirby D. *Emerging Answers: Research Findings on Programs to Reduce Teen Pregnancy*. Washington, DC: National Campaign to Prevent Teen Pregnancy, 2001.
3. Kirby.
4. FOCUS on Young Adults. *Advancing Young Adult Reproductive Health: Actions for the Next Decade*. End of Program Report. Washington, DC: Pathfinder International, 2001.
5. Klepp KI, Ndeki SS, Leshabari MT, et al. AIDS education in Tanzania: promoting risk reduction among primary school children. *Am J Public Health* 1997;87(12):1931-36.
6. Grunseit.
7. Stanton BF, Li X, Kahihuata J, et al. Increased protected sex and abstinence among Namibian youth following a HIV risk-reduction intervention: a randomized, longitudinal study. *AIDS* 1998;12:2473-80.
8. Kirby D, Barth RP, Leland N, et al. Reducing the risk: impact of a new curriculum on sexual risk-taking. *Fam Plann Perspect* 1991;23(6):253-63.
9. Klepp; Eggleston E, Jackson J, Hardee K. Sexual attitudes and behavior among young adolescents in Jamaica. *Int Fam Plann Perspect* 1999;25(2):78-84, 91; Siegel DM, Aten MJ, Roghmann KJ, et al. Early effects of a school-based human immunodeficiency virus infection and sexual risk prevention intervention. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1998;152:961-70.
10. *National Guidelines Task Force, Guidelines for Comprehensive Sexuality Education. Second Edition*. 1996. Online. Available: <http://www.siecus.org/pubs/guidelines/guidelines.pdf>. May 2002.
11. Lonczak HS, Abbott RD, Hawkins JD, et al. Effects of the Seattle social development project on sexual behavior, pregnancy, birth, and sexually transmitted disease outcomes by age 21 years. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2002;156(5):438-47.
12. Fitzgerald AM, Stanton BF, Terreri N, et al. Use of Western-based risk reduction interventions targeting adolescents in an African setting. *J Adolesc Health* 1999;25:52-61.

Karen Katz es Directora Asociada de Investigación de Servicios de Salud en FHI, ha llevado a cabo investigaciones con adultos jóvenes en África y en el Caribe, y trabaja con el equipo de investigación de YouthNet. William Finger ha escrito acerca de la educación sobre la sexualidad para la publicación trimestral, Network, de FHI y trabaja con el equipo de diseminación de información de YouthNet.

LenteJoven es una actividad de YouthNet, un programa de cinco años fundado por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional a fin de mejorar la salud reproductiva y prevenir el VIH entre la gente joven. El equipo de YouthNet está liderado por Family Health International e incluye CARE EE.UU., Deloitte Touche Tohmatsu Emerging Markets, Ltd., Margaret Sanger Center International, y RTI International.