

Desarrollo de una postura ante la sexualidad en personal de salud

RESUMEN

Introducción: se consideraron dos perspectivas del ejercicio sexual, una centrada en la reproducción, apego a lo natural, intolerancia a expresiones diferentes a la heterosexualidad y rechazo a la educación sexual; otra a favor de prevenir daños y aceptar el ejercicio sexual, alejándose de la culpa y la intolerancia. El objetivo fue valorar el efecto de una intervención educativa, sobre el desarrollo de la postura ante la sexualidad en personal de salud.

Métodos: estudio de intervención comparativo de dos grupos experimentales con medición inicial y final, y un control sin intervención. Instrumento con confiabilidad de 0.97. Para las comparaciones se usaron pruebas de *U* de Mann-Whitney, Kruskal-Wallis y pares igualados de Wilcoxon.

Resultados: las medianas iniciales del grupo experimental 1 (GE1) y el testigo (GT) fueron iguales y significativamente diferentes al grupo experimental 2 (GE2), en éste solo 31 % de sus integrantes inició sin postura, a diferencia de 100 % del GE1 y 93 % del GT, misma que se desarrolló en 93 % de los integrantes del GE1, superando al GE2.

Conclusiones: existe elevada proporción de profesionales del equipo de salud con ausencia de una postura ante la sexualidad, a pesar de ser responsables de educar a la población.

SUMMARY

Background: two attitudes were considered about sexual practice; one is centered in the reproduction, attaching to as a natural thing and intolerance to different expressions of sexuality. The other view according to prevent damage and sexual practices without guilt, bashful attitudes and intolerance. Our objective was to evaluate the effect of an educational intervention, upon the development of the position on sexuality in health care providers.

Methods: study of comparative intervention. Two experimental and one control groups with initial and final measurements were used. To compare two groups we used *U* of Mann-Whitney and Kruskal-Wallis.

Results: the initial median of the experimental group 1 (GE1) and the witness (GT) were equals and significantly different to the experimental group 2 (GE2); in this one, only 31% of its members initiated without position, as opposed to the 100% of the GE1, and of 93 % of the GT.

Conclusions: a high proportion of health care providers had not posture on sexuality. A position was not reached with the accumulating information; it develops through the questioning of their experience, being the educational perspective an essential factor to achieve it.

Coordinación
de Educación en Salud,
Instituto Mexicano
del Seguro Social,
Distrito Federal, México

Comunicación con:
Juan García-Moreno.
Tel.: (55) 3659 8647
Correo electrónico:
juan.garciam@imss.gob.mx

Recibido: 17 de marzo de 2006

Aceptado: 12 de septiembre de 2007

Introducción

La salud sexual y reproductiva de la población han sido motivo de preocupación en México como en muchos otros países del mundo, por ello, los programas de educación sexual son un compromiso permanente, ratificado en distintas conferencias internacionales sobre salud sexual y reproductiva como la de Nueva Delhi en 1992, El Cairo en 1994, Beijing en 1995, El Cairo + 5 en 1999. En México, desde 1996 el Fondo de Población de las Naciones Unidas recomendó la atención de la salud sexual como prioridad dentro de las estrategias de salud reproductiva.¹

En este contexto ha emergido una mirada más intencionada hacia la educación sexual, tanto a nivel de instituciones públicas como privadas. Por ejemplo, una revisión de las tendencias conceptuales y metodológicas de la educación de la sexualidad en México analizó distintos enfoques como reflejo de las formas como se instrumentan los programas de

En este contexto ha emergido una mirada más intencionada hacia la educación sexual, tanto a nivel de instituciones públicas como privadas. Por ejemplo, una revisión de las tendencias conceptuales y metodológicas de la educación de la sexualidad en México analizó distintos enfoques como reflejo de las formas como se instrumentan los programas de

Palabras clave
sexualidad
educación sexual
personal de salud

Key words
sexuality
sex education
health personnel

educación sexual, en donde confluyen la educación formal, las instituciones de salud y las organizaciones no gubernamentales, entre ellos: el modelo escolar oficial, los programas de salud y planificación familiar, el modelo feminista, los talleres de sexo protegido y la propuesta del enfoque de abstinencia. En dicho estudio se identificó que la educación sexual en las instituciones de salud tiene un sustento metodológico esencialmente racionalista, cognoscitivista o conductista.² Consecuentemente, el concepto de participación ha sido entendido como la actividad que realiza el alumno en el ámbito de las técnicas didácticas utilizadas.

Marco teórico

Desde nuestro punto de vista destacan al menos dos perspectivas contrastantes respecto al ejercicio y educación para la sexualidad: una muy familiar en nuestra cultura caracterizada por una fuerte influencia judeocristiana, que ha establecido y promueve códigos y preceptos rígidos que responden a las formas de convivencia de épocas pretéritas y que poco tienen que ver con los acuciantes problemas actuales. Lo anterior se expresa en ese apego a lo supuestamente natural como determinante de los roles de género, a la intolerancia de expresiones diferentes a la heterosexualidad, así como una visión centrada en la reproducción como único móvil válido que justifica el ejercicio de la sexualidad y el rechazo a la educación sexual en las instituciones ajenas a la familia. Esta visión de la sexualidad la denominaremos para los fines de este trabajo, perspectiva tradicional.

Otra propuesta, es la que se pronuncia en favor de una nueva cultura de la salud sexual que limite y prevenga los crecientes daños físicos, psicológicos y morales como efecto de un ejercicio sexual desinformado, mitificado y estereotipado, lo cual requiere una contribución más decidida de toda la sociedad, que deje atrás la subcultura de la culpa, de las actitudes vergonzantes y la intolerancia. Esta propuesta plantea la necesidad de colaboración de las instituciones educativas y de salud en la revisión y actualización de la estructura y los contenidos de sus programas, para que éstos aborden con amplitud el tema y no se limiten solo a la procreación, pues la sexualidad no implica necesariamente tener hijos.³ La sexualidad bajo este enfoque la definiremos como perspectiva incluyente de la diversidad.

Por otro lado, en el plano de la educación para la sexualidad nuestro punto de vista se sustenta en la perspectiva participativa, por considerar que es una mejor opción para propiciar que sean los alumnos quienes elaboren conocimientos que les apoyen en la toma de decisiones relacionadas con su salud y, en especial, las vinculadas al ejercicio de su sexualidad. Dicha perspectiva considera la posibilidad de transformación del profesor y del alumno, en donde educar para la participación implica el acto que tiene como horizonte el progreso social, y la participación significa y es el sustrato mismo del proceso de elaboración del conocimiento,⁴ que fomenta la actitud crítica y busca lograr el aprendizaje denominado autónomo, es decir, aquel que el alumno logra al confrontar y enjuiciar la información de diferentes fuentes, contrastándola con los argumentos personales, cuestionando y reflexionando la experiencia misma, en donde la lectura crítica es el medio privilegiado del proceso educativo.^{4,6}

En esta perspectiva, en que se considera a la crítica de la experiencia como una metodología educativa, la actitud crítica es algo que se construye, que se desarrolla hasta manifestarse como una predisposición, para ejercerla y profundizarla ante cualquier oportunidad propicia, de manera que la capacidad para juzgar los acontecimientos y las realizaciones humanas en particular, implica el desarrollo y consolidación de puntos de vista propios, de solidez creciente, a lo que se le denomina “postura”. Así, para que la postura emerja y se refine, la experiencia

representa el núcleo del punto de vista y el referente privilegiado para clarificar la participación.⁷ Reflexionar sobre la experiencia implica, por tanto, un proceso de autocritica donde la postura se depura de manera permanente.^{4,7}

El problema

Las ideas en torno a la sexualidad generalmente están muy arraigadas porque generalmente se llega a ellas de manera irreflexiva —sin ejercicio de la autocritica y sin cuestionar lo habitual, lo inercial, lo de costumbre, lo tradicional, lo dominante—, ideas que suelen ser tácitas y provenir del núcleo personal más cercano, por tanto, cuando las personas opinan con base en su experiencia puede considerarse que tienen una “perspectiva o punto de vista” pero difícilmente una postura, dado que no existe garantía de que ésta sea producto de la reflexión, el autocuestionamiento, la indagación y el intento y esfuerzo permanente por refinirla, por contrastarla con enfoques diferentes, lo cual puede estar relacionado con la carencia de espacios propicios para ello, y por la educación alienante (con un concepto diferente de participación) reproductora de ideas, costumbres, tabúes y estereotipos.

En nuestro país, las acciones de educación sexual de las instituciones educativas y del sector salud para la población por lo general están orientadas a diferentes grupos de edad: adolescentes, mujeres y hombres adultos y adultos mayores,⁸ e involucra a todos los profesionales y, en su caso, integrantes del equipo de salud. No obstante, existen reportes de que la mayor parte de los profesionales en las instituciones de salud no cuenta con la suficiente formación, experiencia docente ni dominio de los aspectos técnicos relacionados con los contenidos acerca de la sexualidad;⁹ por ello, quienes realizan dichas acciones educativas debieran estar conscientes del enorme riesgo de proyectar sus propias concepciones, perspectivas, valores y creencias acerca de la sexualidad, muchas de las cuales pueden estar orientadas a perpetuar actitudes estereotipadas y roles sociales irreflexivos, que repercuten en un ejercicio sexual desinformado, con sus consecuentes efectos frecuentemente negativos en la salud personal, familiar y social. Situación que devela la necesidad de contar con ambientes educativos más propicios para cuestionar y enjuiciar las propias concepciones y actitudes sexuales.

Justificación

En opinión de los autores, incursionar en la tarea orientadora relacionada con la educación para la

sexualidad requiere que los profesionales involucrados se formen en procesos educativos que favorezcan la reflexión a fin de refinar su ejercicio docente, por tanto, un importante reto es mejorar la orientación educativa de los cursos de sexualidad; llevarlos a cabo con enfoques metodológicos donde la crítica sea el eje para la elaboración del conocimiento, alejándose —en la medida de lo posible— del estilo dominante que suele matizar los procesos educativos en general, los cuales propician en los alumnos la dependencia del profesor y la adhesión a sus puntos de vista, así como la revisión de información orientada al ejercicio de la memoria, que difícilmente aplica en situaciones de la realidad concreta.

En materia de educación sexual, es fundamental considerar no solo las dimensiones biológicas y fisiológicas, sino las implicaciones relativas a la sociología, la economía, la psicología y la cultura, así como analizar las cuestiones subjetivas, simbólicas y valorativas que dan sentido y significado al comportamiento de los individuos.⁹⁻¹¹ El presente trabajo presenta los alcances de una estrategia educativa con enfoque participativo, como propuesta alternativa a las existentes con el fin de mejorar estos procesos, favorecer la reflexión sobre la experiencia personal y docente; coadyuvar a mejorar los efectos de las actividades educativas orientadas a la salud sexual y, sobre todo, valorar los efectos de tal experiencia educativa en el desarrollo de una postura acerca de la sexualidad, en los integrantes del equipo de salud.

Métodos

Se llevó a cabo una estrategia educativa de seis meses de duración con dos grupos multidisciplinarios denominados experimental 1 (GE1) y experimental 2 (GE2), conformados por profesionales del equipo de salud del primer nivel de atención. Se incluyó también un grupo testigo, no intervenido, cuyos integrantes eran derechohabientes sin formación en el área de la salud, denominados profanos.

Para su inclusión, los integrantes de los grupos experimentales debían estar participando en actividades educativas institucionales relacionadas con la sexualidad, dirigidas a la población derechohabiente y asistir al menos a 95 % de las sesiones de la estrategia educativa que se llevó a cabo en fines de semana, así como cumplir con todas las actividades extraclase.

El GE1 ($n = 14$) estuvo conformado por profesionales que no habían asistido previamente a cursos acerca de la sexualidad, y el GE2 ($n = 13$) por personal que contaba con asistencia previa a uno o más cursos sobre sexualidad en cualquier institución edu-

cativa. Fueron excluidos tres integrantes del GE1 y dos del GE2 por no cumplir con alguno de los requisitos mencionados.

Variables

- *Independiente*: estrategia educativa basada en la participación, donde participar es la actividad protagónica del alumno al elaborar su conocimiento, resultado del ejercicio de la reflexión.
- *Dependiente*: postura, concepto que alude a las ideas o conjunto de ideas bien fundamentadas, que después de confrontarse y contrastarse con otras ideas y con la propia experiencia, devienen en una forma de ser, de concebir las cosas y actuar con plena conciencia y responsabilidad ante las situaciones.

Estrategia educativa

Estuvo caracterizada por actividades intra y extraclase, estas últimas indispensables para las de aula, consistentes en resolver guías de lectura crítica sobre textos teóricos y reportes de investigación acerca de la sexualidad. Las actividades de aula fueron la discusión e intercambio de ideas en pequeños grupos y plenarias, además de algunos ejercicios como sociodramas, testimonios, entrevistas, etcétera, acompañados de análisis y discusión en el cierre de los mismos, ambos grupos tuvieron al mismo coordinador. Los materiales del programa educativo para la estrategia, fueron seleccionados considerando su aportación de información acerca de la sexualidad (reportes de investigación factual y textos que promueven o fundamentan una perspectiva acerca de la sexualidad o de la educación sexual), así como la posibilidad de cuestionar y discutir las ideas (propias y ajenas). Estos materiales fueron organizados y abordados de la siguiente manera:

- Aspectos o conceptos generales de la sexualidad.
- Dimensión y efectos del ejercicio de la sexualidad en México.
- Ideología e historia de la sexualidad.
- Elementos sexológicos básicos.
- Construcción psicosocial de la sexualidad.
- Aspectos orientadores hacia una postura.

Con base en estas líneas organizadoras para el abordaje de la problemática en cuestión, se establecieron cuatro aspectos a fin de delimitar la inclinación hacia la perspectiva tradicional o hacia la perspectiva incluyente de la diversidad de los participantes: *concepto de moral en sexualidad, equidad entre los géneros, sentido del erotismo y expresiones del comportamiento sexual*.

Instrumento de medición

Se construyó un instrumento para estimar la postura ante la sexualidad constituido inicialmente por 84 enunciados (42 duplas), que a través de rondas de expertos mediante consenso o mayoría quedó integrado por 68 enunciados (34 duplas), con enfoques opuestos y mutuamente excluyentes: postura tradicional y postura incluyente de la diversidad. El fraseo de los mismos intencionalmente se redactó para que el respondiente reconociera como propios o ajenos los enunciados o aseveraciones y la escala utilizada para contestarlo constó de seis posibilidades, las cuales van desde totalmente de acuerdo hasta totalmente en desacuerdo. El coeficiente de confiabilidad que obtuvo fue de 0.97.

Indicadores

Para determinar la postura se tomaron tres de los indicadores propuestos por Aguilar y Viniegra,¹² denominados como “sincrónicos” es decir, observables en un momento dado, que no implican el factor tiempo, a saber:

- *Consecuencia*: grado en que se distinguen los enfoques opuestos y cuyas respuestas implican acuerdo consistente con uno de ellos y desacuerdo con su opuesto. Se consideró como presente cuando su valor fue mayor a 75%.
- *Acuerdo indiscriminado*: respuestas que no discriminan entre un enfoque (postura tradicional) y otro (postura incluyente de la diversidad), estando de acuerdo al mismo tiempo, por tanto, con propuestas opuestas. Su escala de medición fue establecida entre 0 y 100 %, teniendo una connotación negativa respecto a la postura.
- *Enfoque más popular*: predominio del acuerdo con uno de los dos enfoques, tradicional o incluyente de la diversidad.

Se incluyó uno más:

- *Indefinición*: determinado al considerar las duplas en que el participante estuvo en desacuerdo con ambos enunciados de una misma dupla, teniendo una connotación también negativa respecto a la postura.

En ambos grupos experimentales se realizó una medición al inicio y al final de la intervención. Con el fin de contar con un referente, el instrumento se aplicó en una ocasión a un grupo testigo sin intervención ($n = 13$) (GT).

Análisis estadístico

Para determinar la confiabilidad del instrumento de medición se utilizó el coeficiente KR-21 de Kuder-Richardson;¹³ en la comparación de más de dos grupos, la prueba de Kruskal-Wallis; en la de dos grupos, la *U* de Mann-Whitney; y para medir el efecto de la estrategia en cada uno de los grupos la prueba de pares igualados de Wilcoxon.¹⁴

Resultados

Antes de la intervención, en el indicador “consecuencia”, considerado como de mayor fortaleza para determinar la postura, existía una diferencia significativa entre la mediana del GE1 y la del GE2, y entre la de este último y la del GT. No así entre GE1 y GT. Posterior a la intervención educativa, la diferencia entre las medianas de ambos grupos experimentales desapareció, y el avance logrado por el GE1 fue mayor que el de GE2 (cuadro I).

El comportamiento o tendencia de los grupos experimentales respecto al desarrollo de la postura fue ascendente, pero el incremento obtenido en GE1 fue ostensiblemente mayor que el de GE2, no obstante la menor puntuación inicial del primero. Solo un integrante de GE1 y dos de GE2 no lograron una postura, dado que sus puntuaciones fueron menores a 75 % en el indicador consecuencia. Así mismo, se aprecian las elevadas proporciones de ausencia de la postura en las mediciones iniciales (cuadro II).

De manera global, el acuerdo indiscriminado y la indefinición disminuyeron en ambos grupos intervenidos y el enfoque más popular lo constituyó la perspec-

tiva incluyente de la diversidad, con un importante incremento entre las dos mediciones (cuadro III).

En los grupos expuestos a la estrategia educativa las duplas en que mayormente se observó el acuerdo indiscriminado o la indefinición (ambas connotaciones negativas para la postura), fueron las asociadas con los temas de relaciones sexuales previas al matrimonio y la flexibilización de los roles de género. En el GE1, además de las anteriores, fueron las que abordan el sentido del erotismo, en tanto que en el GE2 fueron las relacionadas con el aborto y la virginidad como valor social.

Discusión

Abordar el estudio de la sexualidad es un reto, dadas las implicaciones esencialmente socioculturales y subjetivas que la matiza. Los efectos nocivos del ejercicio desinformado de la sexualidad han convertido a la educación sexual en una prioridad, pues cada vez más se le reconoce como una necesidad sentida en los diferentes sectores de la población.

Con los hallazgos de la medición inicial puede apreciarse que no existe diferencia entre la población y el personal de salud que asume el compromiso de educar sexualmente, y que entre los integrantes de los grupos intervenidos existe una elevada proporción cuyo punto de vista sobre el ejercicio de la sexualidad carece de solidez —que no es lo mismo que carecer de información— en sus conceptos, ideas y valores. También se observó que quienes asisten con mayor frecuencia a eventos educativos relacionados con la sexualidad (GE2), si bien tienen mayor posibilidad de desarrollar una postura generalmente no lo logran con la sola información, lo cual explica el hecho de que 31 % de los participantes de este grupo

Cuadro I
Indicador “consecuencia”

Grupo	Mediciones (Mediana)		p*
	GE1	GE2	
GT ($n = 13$)	58 (19-77)		—
GE1 ($n = 14$)	54.5 (16-66)	91 (71-100)	< 0.05
GE2 ($n = 13$)	85 (60-100)	94 (70-100)	ns
p**	< 0.01		

*p Wilcoxon, **p Kruskal-Wallis, GT = grupo testigo, GE1 = grupo experimental 1, GE2 = grupo experimental 2, ns = no significativo

Cuadro II
Desarrollo de la postura

Grupo	Medición inicial (con postura)	Medición final con postura
GE1 (n = 14)	0 (0 %)	n = 13 (93 %)
GE2 (n = 13)	9 (30 %)	12 (84 %)
GT (n = 13)	1 (0.07 %)	—

GE1 = grupo experimental 1,

GE2 = grupo experimental 2, GT = grupo testigo,

aun teniendo antecedente de haber aprobado diplomados previos sobre sexualidad o educación sexual, iniciaran sin postura, considerando que el valor 75 de 100 como indicador de la misma respecto a la consecuencia es relativamente bajo, dado que una postura con mayor fortaleza o refinamiento estaría cercana al valor máximo. ¿Cuál es, por ejemplo, la idea de los representantes de la Iglesia o de Provida respecto al aborto, a las relaciones previas al matrimonio, a las extramaritales, a la homosexualidad, al concepto de erotismo, etcétera? Sin nimiedades, seguramente muy cercana a 100 %, en contraste con las propuestas de quienes apoyan a la diversidad como característica del ejercicio sexual, por ejemplo, la propuesta de cambio del enfoque de lo natural como determinante del valor social de los géneros (que propicia sublimación pero también inequidad para la mujer) o la aceptación plena de diferentes preferencias sexuales, entre otras. Lo anterior implicaría para futuros análisis, un valor de la consecuencia más exigente y conllevaría a un asunto relevante: el refinamiento del instrumento de medición. Reiteramos que la postura se relaciona con los aspectos divergentes e irreconciliables de las instituciones, los cuales le dan solidez a partir de sus tesis y argumentaciones.

Es necesario destacar que en el ejercicio docente, entendido como el acto educativo llevado al plano institucional, las ideas sobre éste y sobre la problemática que se aborde —para el presente trabajo relacionado con educación sexual— son precisamente las ideas, los conceptos y valores de quien los ejerce, lo que influye en su forma de interactuar con los alumnos, de manera que si éstas no han sido cuestionadas a fondo, confrontadas con otras y sustentadas en argumentos fuertes, no es difícil comprender por qué ante un instrumento que explora estos aspectos, las personas muestran cierta —y a veces grave— falta de discriminación o indefinición al respecto. Por ello, observamos grandes vacíos de formación en aspectos

de educación sexual, que se revelan en las elevadas proporciones de acuerdo indiscriminado y de indefinición sobre el comportamiento sexual.

Para dimensionar el efecto de la estrategia educativa puede observarse la similitud entre las puntuaciones obtenidas por un grupo de profanos (GT) y el GE1 antes de ser intervenido; aparentemente son dos poblaciones similares, no obstante que una de ellas vive en contacto con pacientes y, con frecuencia, debe abordar problemáticas relacionadas con la salud sexual y lo que a ésta se refiere. Al finalizar la intervención, este mismo grupo que al inicio era igual al grupo de profanos y muy diferente al GE2, logra igualar sus puntuaciones con este último y disminuir el acuerdo indiscriminado y la indefinición.

Observamos también que aun el GE2, el cual desde su medición inicial tenía puntuaciones elevadas, logra superarlas. Es conveniente recordar que para obtener una *p* significativa entre una y otra medición, el incremento tendría que haber sido mayor; sin embargo, desde el punto de vista educativo eso no significa que el avance no sea meritorio, dado que en educación es mucho más arduo avanzar de 85 a 94 (GE2) que de 54 a 91 (GE1), dadas las implicaciones en el desarrollo de la postura para el autocuestionamiento, es decir, el ejercicio reflexivo manifestado como autocritica y, en consecuencia, cambio de ideas o conceptos como compromiso con un punto de vista propio de creciente solidez. Por más que parezca un contrasentido, en el refinamiento de la postura quien de entrada se encuentra en niveles altos o muy altos, deberá desplegar un mayor esfuerzo ante situaciones e instrumentos que lo desafían.

Al respecto, un factor de análisis de particular interés que conviene señalar relacionado con el ejercicio de la sexualidad y por demás característica dominante en nuestra sociedad, es que esté anclado en una doble moral (valores, leyes y normas para que “otros” las respeten), existiendo una brecha entre el

Juan García-Moreno et al.

Postura ante la sexualidad

Cuadro III
Otros indicadores de postura

	Testigo (mdn)	Experimental 1		Experimental 2	
		Medición 1 (mdn)	Medición 2 (mdn)	Medición 1 (mdn)	Medición 2 (mdn)
Acuerdo indiscriminado*	30	34	9	8	6
Indefinición*	24	25	9 2	6	11
Enfoque más popular* (PID)	59	54	91	85	94

*Valor en %

PID = postura incluyente de la diversidad

discurso y lo que realmente es el comportamiento de las personas. De ahí que la deseabilidad social en las respuestas como factor de sesgo, resulta todo un reto abatirla en un instrumento de medición donde la gente manifieste lo que en verdad hace y no lo que piensa; como ejemplo resultaría fácil declarar que la homosexualidad se acepta como expresión de la preferencia sexual, situación que difícilmente podría constatare ante una circunstancia donde dicha preferencia se hiciera presente en un hijo.

En el contexto citado, pronunciarse por una postura ante la sexualidad pareciera un ejercicio sencillo, como lo demuestra el indicador “enfoque más popular” desde su medición inicial, en que incluso el grupo de profanos obtiene una calificación superior al personal de salud del GE1, siendo la postura incluyente de la diversidad la que consistentemente se elige. No obstante, los datos del acuerdo indiscriminado o la indefinición develan la existencia de aspectos relevantes que representan en la gente sus áreas de conflicto, al estar de acuerdo en que muchas implicaciones morales del ejercicio sexual son inoperantes para nuestro tiempo y sociedad, pero a la vez las identifica como valores personales arraigados (de manera irreflexiva) no solo en su persona sino en el ámbito de su familia y núcleos sociales cercanos. Quizá por ello resulten motivantes las discusiones relacionadas con la infidelidad, las relaciones sexuales que se dan antes y fuera del matrimonio, las diferentes a la heterosexualidad, así como las que cuestionan la inequidad de los géneros y las consecuencias de flexibilizar los roles.

Este estudio nos permite reflexionar acerca del camino por recorrer, si consideramos que el concepto de salud sexual implica una vida sexual responsable, satisfactoria y segura; que lo anterior implica y demanda una vida sexual libre de enfermedades, lesiones, violencia, dolor innecesario o riesgo de muerte, temor, vergüenza, culpa y falacias, así como la capacidad de disfrutar y controlar la propia sexualidad y reproducción. Que requiere respeto al derecho de cada individuo para controlar su propio cuerpo; implica apoyo emocional y social para su bienestar, mejorar las relaciones personales, así como un equilibrio del poder en las relaciones de pareja, y la oportunidad en el acceso a la información y servicios seguros sobre salud sexual y reproductiva.¹⁵

Es necesario reorientar la educación en el plano de la sexualidad sin vincularla necesariamente al daño, hablar de infecciones de transmisión sexual o aborto, por ejemplo, aunque evidentemente es importante y tiene sus espacios en la epidemiología y el aprendizaje de la clínica de las diversas disciplinas que abordan estos temas e incluso se los compiten (infectología, epidemiología, urología, ginecología, etcétera), pero la población también demanda espacios para discutir sus inquietudes libres de amenazas (daños), como las de relación, afecto, amor, erotismo. Todas esos temas que la educación informal aborda de manera generalmente mal informada, o las instituciones como la familia, la escuela y a veces las de salud, entre otras, se encargan de hacer en forma represiva y castrante.

Los resultados de este estudio muestran que la postura ante la sexualidad se desarrolla a partir de cuestionar la experiencia, enjuiciarla, confrontarla con la de otros, de refinarla para crear o elaborar el conocimiento que da solidez a los argumentos y se traduce precisamente en su desarrollo, es decir, que la postura no puede ser un producto terminado, como la lectura de la realidad tampoco.

Lo anterior evidentemente demanda un esfuerzo permanente de quienes participan en los programas y hacen realidad las políticas de las instituciones interesadas en mejorar la calidad de vida de la población, pero también la necesidad de terminar con prácticas educativas inveteradas, rígidas, que favorecen el dogmatismo, para propiciar espacios y estrategias educativas que fomenten la participación protagónica en la elaboración del conocimiento.

Referencias

1. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Examen del Programa y Elaboración de Estrategias. México: UNFPA; 1996.
2. Rodríguez G. Conceptos y métodos en la educación de la sexualidad. México: Consejo Nacional de Población. Antología de la Sexualidad Humana; 1994.
3. Fundación Mexicana para la Planeación Familiar. Perspectiva hacia el siglo XXI, la nueva cultura de la salud sexual. México: Mexfam; 1995.
4. Garza P, Viniegra L. Intervención educativa en el desarrollo de una postura ante la educación. *Rev Med IMSS* 2000;38(3):235-241.
5. Viniegra L. El camino de la crítica. En: *Materiales para una crítica de la educación*. México: Programas educativos; 1999.
6. Leyva FA, Viniegra L. Aptitud para la lectura crítica de informes de investigación clínica en el IMSS en Jalisco. *Bol Vox Med* 2001.
7. Aguilar ME, Viniegra VL. Una mirada al proceso educativo. En: *La investigación en la educación: Papel de la teoría y de la observación*. México: IMSS; 2000. p. 11-68.
8. Instituto Mexicano del Seguro Social. Programas Integrados de Salud. Guías técnicas. México: IMSS; 2002.
9. Corona VE. Resquicios en las puertas: la educación sexual en México en el siglo XX. México: Consejo Nacional de Población; 1994..
10. Zsas I, Lerner S. Para comprender la subjetividad. Investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad. México: El Colegio de México; 2002.
11. Loyden SL. Los hombres y su fantasma de lo femenino. México: Universidad Autónoma Metropolitana; 2001.
12. Aguilar ME, Viniegra VL. El concepto de postura, más allá de la medición de aptitudes. Un estudio sobre su desarrollo en un grupo de estudiantes de pedagogía. En: *La investigación en educación: papel de la teoría y de la observación*. México: IMSS; 1996.
13. Hernández SR, Fernández CC, Baptista LP. Metodología de la investigación. México: McGraw-Hill; 1996.
14. Sidney S. Estadística no paramétrica aplicada a ciencias de la conducta. México: Trillas; 1990.
15. Population Council. Mensajes sobre salud sexual y reproductiva. México: Oficina Regional para América Latina y el Caribe; 1999.