

Intervención para el empoderamiento de actores sociales para promover salud sexual en preescolares

Intervention for empowering social players to promote sexual health in preschoolers

Guillermo Díaz Llanes,^I Ana Margarita Espín Andrade^{II}

^I Escuela Nacional de Salud Pública. La Habana, Cuba.

^{II} Universidad SEK. Quito, Ecuador.

RESUMEN

Introducción: la promoción de salud sexual ha sido objeto de atención teórica por parte de la salud pública. La teoría del empoderamiento ha devenido importante referente para ello, gracias a su capacidad para desmitificar atavismos subyacentes en los procesos cotidianos de producción y reproducción de significados en sexualidad.

Objetivo: empoderar actores sociales vinculados a la educación de niños preescolares, para responder de eficazmente a las manifestaciones de su sexualidad.

Métodos: diseño de investigación-acción participativa en el municipio Artemisa en el año 2014. Participaron 39 actores, seleccionados por muestreo intencional. Se utilizaron el cuestionario, la observación, la entrevista grupal, el grupo focal y la dramatización. Se evaluaron las tres dimensiones del empoderamiento, antes, después y a los seis meses de concluida la intervención. Se realizó un análisis cualitativo de la información.

Resultados: la intervención consiguió un adecuado empoderamiento en 26 actores sociales (81,2 %); 5 actores (15,6 %) clasificaron como medianamente empoderados y un actor no resultó empoderado. Los 32 actores que concluyeron la intervención expresaron satisfacción con la misma. A los seis meses de concluida la intervención, 20 actores mantuvieron el empoderamiento adecuado y ocho medianamente adecuado.

Conclusiones: la intervención desarrollada exhibió eficacia para el empoderamiento de los actores sociales involucrados, en tanto propició sustanciales modificaciones en las tres dimensiones del empoderamiento. La intervención logró efectos mantenidos los seis meses de su aplicación.

Palabras clave: promoción de salud sexual; empoderamiento; actores sociales; niños preescolares.

ABSTRACT

Introduction: Sexual health promotion has received great theoretical attention by public health. Empowerment theory has been an important referent for that, in terms of its capacity to elicit taboos under the day by day processes of production and reproduction of meaning in sexuality.

Objective: Study shows an intervention in Artemisa municipality in 2014, to empower social actors related to preschool children education, in terms to give proper answers to their sexuality manifestations.

Method: A participative action-research was design. 39 social actors were chosen by intentional sampling. As techniques were used questionnaire, observation, group interview, focal group and dramatization. The three dimensions of empowerment were evaluated before, after and six months later of the intervention. Qualitative analysis of information was made.

Results: The intervention leads to appropriate empowerment of 26 social actors (81,2 %). Five actors (15,6 %), classified as middle empowered and one actor was not empowered. All the actors that finished the intervention expressed satisfaction with it. Six months later 20 actors keep adequate empowerment and eight, middle empowerment.

Conclusions: The intervention shows efficacy to empower involved social actors, because achieves substantives changes on the three dimensions of empowerment, which keep six months later.

Key words: Sexual health promotion; empowerment; social actors; preschooler children.

INTRODUCCIÓN

La promoción de salud sexual constituye una de las prioridades de la salud pública contemporánea, dada la importancia que tiene en la disminución de los comportamientos de riesgo, por su íntima relación con los cuadros de mortalidad y morbilidad a escala global en esa dimensión de la salud.¹ De ahí la necesidad de promover comportamientos responsables en las personas.²⁻⁴

Uno de los hitos fundamentales en la conformación de dichos comportamientos se produce en la etapa preescolar, donde aparece la autoconciencia que impone la necesidad de corroborar su relativa independencia de la realidad mediante la búsqueda de información de todo tipo, incluyendo la sexual. La autoconciencia es una formación psicológica que está en la base de la autodeterminación.⁵ Esta necesidad, que expresa desarrollo cognitivo y emocional, es interpretada como una amenaza por los adultos que intervienen en su educación, debido a la reproducción de estereotipos socialmente inducidos relativos al temor y al placer que puede emanar del conocimiento de las diferencias entre niñas y niños, adultos y niños/as y la

exploración genital, los cuales generarían una repetición compulsiva de dichas conductas, que podría conducirlos a la enfermedad.⁶

La intención de eliminar las conductas exploratorias mediante desvío de la atención o el castigo (respuestas controladoras), produce en el niño sentimientos de culpabilidad relacionados con la satisfacción de dicha necesidad y lo condiciona a comportarse de acuerdo a la presión externa, lo que socava el desarrollo de su autonomía e independencia en dicha área y los coloca a merced de las exigencias del grupo en etapas posteriores, principalmente en la adolescencia.⁷ De ahí la necesidad de implementar intervenciones científicamente fundamentadas, que contribuyan a empoderar a los actores sociales vinculados a estos niños para que respondan de modo adecuado a las manifestaciones de la sexualidad en esa etapa de la vida. Para ello se diseñó una intervención basada en la metodología para el empoderamiento en salud sexual de actores sociales vinculados a niños preescolares en el municipio Artemisa.

MÉTODOS

Se empleó un diseño de investigación-acción-participativa, guiado por la metodología para el empoderamiento de actores sociales para la promoción de salud sexual de niños preescolares propuesta por el autor.⁸ Se implementó una intervención con diez sesiones de tres horas cada una, por el equipo de investigación compuesto por el autor y dos psicólogos residentes en el municipio, de conjunto con informantes clave de la comunidad (una directora de CI, una funcionaria de la dirección municipal de educación, una madre de niña asistente a CI, una madre de niña del programa *Educa a tu hijo* y una activista municipal de este programa).⁹ Se seleccionaron 39 actores sociales por muestreo intencional. Se elaboró un cronograma para los tres grupos de actores conformados: padres (n= 15), educadoras de tercer ciclo y maestras de preescolar (n= 11) y auxiliares pedagógicas y agentes comunitarias (n= 13), entre julio de 2013 y noviembre de 2014. Se seleccionaron como técnicas la observación no participante, el grupo focal, la entrevista grupal focalizada y la dramatización. El procesamiento de la información se realizó mediante el análisis cualitativo.

La intervención se realizó teniendo en cuenta los principios establecidos por el código de ética de los educadores para la salud, que incluye el respeto por la dignidad y los derechos, la independencia individual y familiar, el consentimiento para la participación, la confidencialidad, la no discriminación o estigmatización, la equidad en el acceso, el respeto por los valores y la diversidad cultural, la ausencia de conflictos de intereses, la integridad y la conducta personal de los involucrados.¹⁰ Se obtuvo además la autorización de la dirección municipal de educación.

Se caracterizó el escenario, de acuerdo a algunas características demográficas, como su nivel promedio aproximado de instrucción, su procedencia y las estructuras familiares predominantes.

Fueron identificados dos problemas fundamentales: el primero, la carencia de conocimientos de los padres, las agentes comunitarias y las auxiliares pedagógicas del tercer ciclo en los círculos infantiles, para responder de modo acertado a las preguntas de los niños relacionadas con los genitales y a las conductas de exploración genital propia, de otros niños del mismo sexo o del otro. Las expectativas de solución las basaron en ofrecer respuestas capaces de impedir dichas manifestaciones, mientras que la vía para su solución residió en la adquisición de conocimientos para responder mediante la capacitación tradicional.

Se propuso la aplicación, antes y después de la intervención, del *cuestionario de empoderamiento para actores sociales*, construido por el autor principal y validado en su contenido por expertos, para evaluar las dimensiones de *Interpretación de la influencia social en la sexualidad y control sobre las respuestas a manifestaciones sexuales*, y la técnica *interacciones cotidianas*, para la interacción grupal. Se propuso, además, un formulario de satisfacción para evaluar la satisfacción de los actores sociales con la intervención y una guía de observación para ser aplicada por tres observadores no participantes. Se confeccionaron tres grupos de actores, uno de padres (n= 15), otro de educadoras de tercer ciclo y maestras de preescolar (n= 11) y uno de auxiliares pedagógicas y agentes comunitarias (n= 13). Se implementaron tres intervenciones en el período de julio de 2013 y mayo de 2014.

Para evaluar las intervenciones se utilizaron los criterios de Donabedian, en las dimensiones de estructura, proceso y resultado.¹¹ Se operacionalizaron las variables correspondientes a cada dimensión y se establecieron criterios, indicadores y estándares para cada una.

La estructura se operacionalizó conforme a las siguientes variables: presencia del equipo de investigación, competencia del equipo de investigación, condiciones físicas del local de la intervención, disponibilidad de medios de enseñanza y calidad de medios de enseñanza.

La operacionalización del proceso se realizó en virtud de las siguientes variables: asistencia de actores sociales, predominio de vínculos entre actores, claridad en la explicación de las técnicas, calidad de las interpretaciones, validación de interpretaciones con el grupo, construcción colectiva de proposiciones, equilibrio en la participación de los actores, solicitud de permiso para intervenir, concentración del grupo en la tarea, clima afectivo del grupo, compromiso de las respuestas y calidad de las sesiones. Para evaluar la estructura y el proceso se fijaron estándares de 90 %.

La satisfacción de los actores sociales con la intervención se operacionalizó mediante una escala de clasificación con tres clases: satisfecho, parcialmente satisfecho e insatisfecho. Se establecieron estándares de 90 % para su evaluación.

La operacionalización del empoderamiento se realizó mediante las siguientes variables: *interpretación de la influencia social en la sexualidad*, control sobre respuestas a manifestaciones sexuales e interacción grupal. La escala de clasificación estuvo compuesta por las siguientes clases: Adecuada, medianamente adecuada e inadecuada.

Para la evaluación se fijaron estándares del 80 % en el final de la intervención y 70 % para la evaluación a los 6 meses. Se consideró empoderado el actor que obtuvo calificación de adecuado en, al menos, dos dimensiones y no clasificó como inadecuado en ninguna. Medianamente empoderado si obtuvo calificación de medianamente adecuado en, al menos, dos dimensiones y no clasificó como inadecuado en ninguna. No empoderado si clasificó como inadecuado en alguna de las tres dimensiones

RESULTADOS

Como puede apreciarse en la tabla 1, todos los expertos evaluaron como apropiados los cinco criterios de estructura concebidos. Estos resultados se encuentran en correspondencia con los estándares establecidos en la investigación.

Tabla 1. Distribución de expertos según grado de adecuación de criterios de estructura

Criterios	Apropiado		Total	
	No.	%	No.	%
Presencia del equipo de investigación	3	100	3	100
Competencia del equipo de investigación	3	100	3	100
Condiciones físicas del local de la intervención	3	100	3	100
Disponibilidad de medios de enseñanza	3	100	3	100
Calidad de medios de enseñanza	3	100	3	100

*Porcientos calculados por fila.

En cuanto a la evaluación de criterios de proceso, de los 12 criterios de proceso, 11 fueron evaluados de manera satisfactoria por los tres expertos, el criterio referido a la solicitud de permiso para intervenir fue evaluado por un experto como medianamente apropiado, fundamentado por su presencia reiterada en una auxiliar pedagógica. Este resultado implica que ese criterio no alcanzó el estándar establecido, sin embargo, el resto de los criterios de proceso se encuentran en correspondencia con lo planificado, lo cual sugiere, de manera general, una evaluación positiva del indicador (tabla 2).

La tabla 3 revela que 84,6 % de los actores sociales (33) expresaron una interpretación inadecuada de la influencia social en la sexualidad, derivada de no reconocerse como educadores y educandos en sexualidad de manera cotidiana y mostrar en sus respuestas tabúes con relación al género, la genitalización y la degradación de la sexualidad. En tanto, 6 (15,3) clasificaron como medianamente inadecuados, pues se consideraron objetos de dicha educación solo en procesos formales de instrucción, mientras que ningún actor interpretó de manera adecuada el entorno en que se produce la educación para la sexualidad.

El control sobre las respuestas a las manifestaciones de la sexualidad en los niños, fue deficiente en 31 actores (79,4 %), porque reportaron intención de intervenir en el juego de los niños para tratar de impedirlo y no contestaron de manera veraz a las respuestas que les hacían.

Como puede apreciarse en la tabla 4, los 32 actores sociales que concluyeron la intervención reportaron satisfacción, debido a la utilidad futura que le atribuyeron y las condiciones materiales que tuvo. Se consideraron satisfechos con las relaciones interpersonales establecidas 31 actores (96,8). Un actor (3,1 %) reportó satisfacción parcial con las relaciones interpersonales establecidas.

Tabla 2. Distribución de expertos según grado de adecuación de criterios de proceso

Criterios	Apropiado		Medianamente apropiado		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Asistencia de actores sociales	3	100	0	0,0	3	100
Predominio de vínculos entre actores	3	100	0	0,0	3	100
Claridad de explicación de las técnicas	3	100	0	0,0	3	100
Calidad de las interpretaciones	3	100	0	0,0	3	100
Consulta al grupo de las interpretaciones	3	100	0	0,0	3	100
Construcción colectiva de proposiciones	3	100	0	0,0	3	100
Equilibrio en la participación de los actores	3	100	0	0,0	3	100
Solicitud de permiso para intervenir	2	66,6	1	33,3	3	100
Concentración del grupo en la tarea	3	100	0	0,0	8	100
Clima afectivo del grupo	3	100	0	0,0	3	100
Compromiso de las respuestas	3	100	0	0,0	3	100
Calidad de las sesiones	3	100	0	0,0	3	100

* Porcientos calculados por fila.

Tabla 3. Distribución de respuestas de actores sociales según dimensiones del empoderamiento en la evaluación pre-intervención

Clasificación	Interpretación de la influencia social en la sexualidad		Control sobre las respuestas a manifestaciones sexuales		Interacción grupal	
	No.	%	No.	%	No.	%
Adecuada	0	0,0	0	0,0	2	5,1
Medianamente adecuada	6	15,3	8	20,5	7	17,9
Inadecuada	33	84,6	31	79,4	30	76,9
Total	39	100	39	100	39	100

* Porcientos calculados por columna.

Tabla 4. Distribución de respuestas según componentes y grado de satisfacción de los actores con la intervención

Clasificación	Utilidad futura		Condiciones materiales		Relaciones interpersonales	
	No.	%	No.	%	No.	%
Satisfecha(o)	32	100	32	100	31	96,8
Parcialmente satisfecha(o)	0	0,0	0	0,0	1	3,1
Insatisfecha(o)	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total	32	100	32	100	32	100

* Porcientos calculados por columna.

En la tabla 5 se observa que de los 39 actores sociales que participaron en la primera sesión, 32 concluyeron la intervención. En la evaluación del empoderamiento pre-intervención, ninguno de los actores que terminó la intervención clasificó como empoderado, mientras que en la evaluación post-intervención, 81 % de los 26 actores evaluados consiguió dicha condición. En cuanto a la evaluación mediata realizada a los seis meses de concluida la intervención, de los 28 actores, 20 (71,4 %) mantuvo el empoderamiento, mientras que los ocho restantes clasificaron como medianamente empoderados. Ningún actor fue evaluado como no empoderado. No se evaluaron dos padres, uno por enfermedad y el otro por no estar en el municipio, y dos agentes comunitarias que pidieron la baja. Estos resultados corroboran la estabilidad de los resultados en términos de empoderamiento. También confirman el vínculo de las dimensiones, por cuanto cada actor exhibe resultados similares en cada una de ellas.

Tabla 5. Distribución de actores sociales según nivel de empoderamiento y momento de la evaluación

Empoderamiento	Adecuado		Medianamente adecuado		Inadecuado	
	No.	%	No.	%	No.	%
Pre intervención	0	0,0	6	16,2	26	81,2
Post intervención	26	81,2	5	15,6	1	3,1
Mediata	20	71,4	8	28,5	0	0,0

* Porcientos calculados por fila.

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos expresan que la gran mayoría experimentó modificaciones adecuadas en las tres dimensiones del empoderamiento. En general las dimensiones que más contribución hacen al empoderamiento fueron: *interpretación de la influencia social en la sexualidad* y *control sobre las respuestas a manifestaciones sexuales*. Ello podría explicarse por la naturaleza pre-reflexiva de la apropiación y reproducción de los estereotipos sociales con relación a la sexualidad, que al no estar en planos conscientes para el actor, su modificación se hace más difícil.

Estos resultados son superiores a los obtenidos por el autor en mujeres de edad mediana y prestadores de servicio,^{12,13} así como a los alcanzados por Jiménez¹⁴ en embarazadas en Caracas. También son ligeramente superiores a los alcanzados por el autor en actores sociales del municipio Plaza de la Revolución.⁹ En cuanto a la dimensión *interacción grupal*, los resultados logrados por el autor son similares en los diferentes grupos de actores, lo cual presumiblemente está ligado a la metodología empleada, que privilegia el intercambio entre los actores, lo cual robustece los vínculos inter-actor, así como la satisfacción con la intervención.

Se concluye que la intervención desarrollada a partir de la metodología exhibe efectividad para el empoderamiento de los actores sociales involucrados, en tanto propicia el desarrollo de la capacidad para enjuiciar, de modo crítico, el efecto de los tabúes y atavismos presentes en las representaciones sociales de la sexualidad y su influencia en las respuestas cotidianas a las manifestaciones de la sexualidad de los niños preescolares, así como el perfeccionamiento de recursos de interacción grupal para su modificación. El empoderamiento en salud sexual de los actores sociales, se conserva a los seis meses de finalizada la intervención.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cardoso FL. Political and Sexual Attitudes Concerning Sexual Behavior. *Sexuality & Culture*. 2010; 14: 306-26.
2. Wight D, Plummer M, Ross D. The need to promote behavior change at the cultural level. London. SAGE. *BMC Public Health*. 2012; 12: 788-801.
3. Acosta S, Honoré H. Transforming Practices: A Primer on Action Research. *Health Promotion Practice*. 2014; 15(4): 465-70.
4. Bancroft J. Promoting responsible sexual behaviour. *Sexual and Relationship Therapy*. 2012; 17(1): 128-36.
5. Deci EL, Ryan RM. Self-Determination Theory: A Macrotheory of Human Motivation, Development, and Health. *Canadian Psychology*. 2008; 49(3): 182-5.
6. Díaz Llanes G. Consideraciones teóricas acerca del empoderamiento psicológico en salud sexual de actores sociales vinculados a niños/as preescolares. *Revista Cubana de MGI*. 2011; 27(1): 23-32.
7. Díaz Llanes G. Empoderamiento. Una propuesta para las intervenciones en salud de los adolescentes. En: *Salud Sexual y Reproductiva en adolescentes cubanos. Gestión, promoción e investigación*. La Habana: Casa editorial Abril; 2010. p. 22-35.
8. Díaz Llanes G. Metodología para el empoderamiento en salud sexual de actores sociales vinculados a niños/as preescolares. *Revista Cubana de MGI*. 2010; 26(4): 607-16.
9. Díaz Llanes G. Estrategia comunitaria para el empoderamiento en salud sexual de actores sociales vinculados a niños preescolares. Plaza 2009. *Revista Cubana de MGI*. 2010; 26(3): 446-54.
10. WHO. Health education: theoretical concepts, effective strategies and core competencies. 2012 [cited 16 Jan 2014]. Disponible en: <https://kinwahlin.wordpress.com/2013/10/14>.

11. Donabedian A. Garantía y monitoría de la calidad de la atención médica. México: Editorial Perspectivas en Salud Pública; 1992.
12. Díaz Llanes G. Control percibido por mujeres de edad mediana como educadoras para la sexualidad del niño preescolar. Revista Cubana de Salud Pública. 2007;33(1): 1-8.
13. Díaz Llanes G. Empoderamiento en salud sexual de prestadores del policlínico Finlay. Marianao. En: Investigación en servicios de salud en el sistema sanitario cubano 2001 - 2010. Parte 2. La Habana, Cuba: N. Rojo; 2012.
14. Jiménez E. Educación Sexual. Un programa de concientización. Caracas: Fascículo. AVEPSO; 1984.

Recibido: 22 de octubre de 2015.

Aprobado: 19 de noviembre de 2015.

Guillermo Díaz LLanes. Profesor auxiliar. Departamento de Ciencias Sociales. Escuela Nacional de Salud Pública. Cuba.
Dirección electrónica: gdlldanes@infomed.sld.cu