

Educación sexual integral: cobertura, homogeneidad, integralidad y continuidad en escuelas de México

Rosalba Rojas, PhD,⁽¹⁾ Filipa de Castro, PhD,⁽¹⁾ Aremis Villalobos, D en C,⁽¹⁾ Betania Allen-Leigh, PhD,⁽¹⁾ Martin Romero, PhD,⁽²⁾ Ariela Braverman-Bronstein, MPH,⁽¹⁾ Patricia Uribe, Med Esp en C.⁽³⁾

Rojas R, de Castro F, Villalobos A, Allen-Leigh B, Romero M, Braverman-Bronstein A, Uribe P. Educación sexual integral: cobertura, homogeneidad, integralidad y continuidad en escuelas de México. *Salud Publica Mex* 2017;59:19-27. <http://dx.doi.org/10.21149/8411>

Resumen

Objetivo. Analizar la cobertura de la educación sexual integral (ESI) en México y describir su integralidad, homogeneidad y continuidad en cuanto a contenidos sobre salud sexual y reproductiva, autoeficacia, derechos y relaciones. **Material y métodos.** En una encuesta probabilística transversal con muestreo estratificado y por conglomerados, se aplicó un cuestionario sobre ESI a una muestra representativa a nivel nacional de 3 824 adolescentes de 45 escuelas de educación media superior públicas y privadas, en localidades urbanas y rurales. **Resultados.** El porcentaje de adolescentes que reportan recibir educación sexual integral varía dependiendo de los temas y nivel escolar. Los temas más frecuentes están relacionados con salud sexual y reproductiva; los menos tratados con derechos y relaciones. Los contenidos de educación sexual se transmiten mayoritariamente durante la escuela secundaria. **Conclusiones.** Se requiere garantizar la integralidad, homogeneidad y continuidad de los contenidos de la ESI, asegurando que se imparta la totalidad de los temas planteados en recomendaciones nacionales e internacionales.

Palabras clave: educación sexual; adolescentes; México

Rojas R, de Castro F, Villalobos A, Allen-Leigh B, Romero M, Braverman-Bronstein A, Uribe P. Comprehensive sexual education in Mexico: an analysis of coverage, comprehensiveness and continuity of contents in Mexican public and private schools. *Salud Publica Mex* 2017;59:19-27. <http://dx.doi.org/10.21149/8411>

Abstract

Objective. To analyze coverage of comprehensive sex education (CSE) in high schools in Mexico and describe whether it is comprehensive, homogeneous and has continuity based on student reports of exposure to topics in three dimensions: reproductive and sexual health, self-efficacy and rights and relations. **Materials and methods.** Within a probabilistic, cross-sectional survey with stratified, cluster sampling, a nationally representative sample of 3 824 adolescents attending 45 public and private high-schools in urban and rural areas completed questionnaires on CSE. **Results.** The proportion of adolescents reporting having received sex education from school personnel varies depending on topics and grade level. Topics most frequently covered are those related to sexual and reproductive health while rights and relations are least frequently dealt with. Most sex education topics are covered during junior high school and much less frequently in elementary or high school. **Conclusions.** CSE needs to be comprehensive and homogenous in terms of content, ensure inclusion of priority topics, meet national and international recommendations, ensure continuity and adapt contents to student age through all education levels.

Keywords: sex education; adolescents; Mexico

(1) Centro de Investigación en Salud Poblacional, Instituto Nacional de Salud Pública. México.

(2) Centro de Investigación en Evaluación y Encuestas, Instituto Nacional de Salud Pública. México.

(3) Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el Sida. México.

Fecha de recibido: 30 de octubre de 2015 • **Fecha de aceptado:** 24 de junio de 2016

Autor de correspondencia: Dra. Filipa de Castro. Centro de Investigación en Salud Poblacional, Instituto Nacional de Salud Pública. 7ª Cerrada de Fray Pedro de Gante 50, col. Sección XVI. I4080 Tlalpan, Ciudad de México, México.
Correo electrónico: fcastro@insp.mx

Durante la adolescencia los patrones conductuales, conocimientos y actitudes se establecen y se fortalecen, incluyendo aquéllos vinculados con las relaciones interpersonales y el ejercicio de la sexualidad.¹ El ejercicio responsable, respetuoso y equitativo de las relaciones interpersonales es fundamental para disminuir conductas sexuales riesgosas. Numerosos estudios y recomendaciones internacionales respaldan la pertinencia de programas de educación sexual integral (ESI), que empoderen y capaciten a los adolescentes para tomar decisiones que determinen la salud y la plenitud de su sexualidad en el contexto de su desarrollo² y del ejercicio de sus derechos fundamentales.³

En México, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut) 2012 ha evidenciado importantes áreas de oportunidad para la educación en salud sexual y reproductiva (SSR) de la población adolescente. En 2012, 23% de la población adolescente de 12 a 19 años de edad había iniciado su vida sexual. De las mujeres adolescentes con inicio de vida sexual, más de la mitad (51.3%) había estado alguna vez embarazada.⁴ Aunque 90% de la población adolescente reportó conocer o haber escuchado hablar de algún método anticonceptivo, 15% de los hombres y 33% de las mujeres no utilizaron método anticonceptivo alguno en su primera relación sexual. El 12% de los adolescentes y 20% de las adolescentes consideraban que un condón podía utilizarse en más de una ocasión y, de manera global, 21% desconocía que el condón podía utilizarse para prevenir tanto infecciones transmitidas sexualmente (ITS) como embarazos.⁴ Asimismo, diversos análisis de la Ensanut⁵ y otras encuestas nacionales evidencian la necesidad de la población adolescente mexicana de recibir ESI.^{6,7}

La *International Planned Parenthood Federation* (IPPF) define la ESI como una intervención educativa para mejorar conocimientos, actitudes y habilidades en siete ámbitos: el género, la salud sexual y reproductiva, la ciudadanía sexual, el placer, la violencia, la diversidad y las relaciones.⁸ La evidencia a nivel internacional demuestra que la ESI se asocia con mejores conocimientos, mejores resultados en SSR y menos prácticas de riesgo.⁹ La ESI no fomenta la actividad sexual, sino que aplaza la edad de inicio de vida sexual, reduce el número de parejas sexuales y mejora las prácticas de protección contra ITS, con lo cual ha demostrado ser una estrategia efectiva para reducir los riesgos asociados con el VIH y aumentar la autoeficacia para el uso de condón.⁹ Además de representar un elemento central en la prevención de las ITS y el embarazo no deseado,¹⁰ los currículos de la ESI incluyen componentes que influyen en las actitudes, prácticas y resultados asociados con el ejercicio más amplio de derechos, ciudadanía y relaciones interpersonales en general.

En México, a pesar de los esfuerzos de integración curricular de la ESI, se cuenta con evidencia limitada sobre las intervenciones realizadas y el impacto de la ESI. Estudios controlados llevados a cabo durante periodos de un año o más en poblaciones específicas muestran que la inclusión de horas de aprendizaje activo tiene un efecto positivo que se refleja en el incremento de las intenciones de usar condón y métodos anticonceptivos.^{11,12} Walker y colaboradores¹³ muestran que una intervención de promoción del uso del condón no tuvo efecto en el reporte de uso de condón, aunque mejoró el conocimiento sobre VIH. Otro estudio realizado en la frontera norte de México muestra efectos positivos cuando se realizan intervenciones de manera conjunta (recibir talleres y acceso a condones).¹⁴

Este artículo analiza la cobertura de la ESI en escuelas públicas y privadas de nivel medio superior en México y describe su integralidad, homogeneidad y continuidad con base en los reportes de los estudiantes respecto a su exposición a contenidos organizados en tres subdimensiones: salud sexual y reproductiva, autoeficacia, derechos y relaciones.

Material y métodos

Población y muestra

La población objetivo del estudio son jóvenes con edades entre 15 y 18 años que están inscritos en una escuela de educación media superior. El listado de escuelas de nivel medio superior se obtuvo de la página del Sistema Nacional de Información de Escuelas,¹⁵ de la Secretaría de Educación Pública. El total de escuelas listadas fue de 15 990; de ellas, 11 744 fueron escuelas de bachillerato general, 2 929 de bachillerato técnico y 1 317 de profesional técnico. El muestreo fue estratificado por conglomerados y polietápico; las variables de estratificación fueron dos: el financiamiento (privado-público) y cinco regiones geográficas (noroeste: Baja California, Baja California Sur, Chihuahua, Durango, Jalisco, Nayarit, Sinaloa, Sonora; noreste: Aguascalientes, Coahuila, Guanajuato, Nuevo León, Querétaro, San Luis Potosí, Tamaulipas, Zacatecas; centro: Guerrero, Morelos, Puebla, Tlaxcala, Hidalgo, Michoacán, Colima; DF-México, y sur: Campeche, Chiapas, Oaxaca, Quintana Roo, Tabasco, Veracruz y Yucatán). En consecuencia, se usaron 10 estratos. Los conglomerados del muestreo fueron los planteles. El total de planteles en el marco fue de 14 206. Se seleccionaron 45 planteles con probabilidad proporcional al número estimado de alumnos dentro de cada estrato. El muestreo fue probabilístico porque se conocen las probabilidades de selección en cada etapa. La estratificación sirvió para garantizar, desde el diseño, la representación en la muestra de las

diversas regiones geográficas y tipos de financiamiento. Han sido publicados previamente más detalles sobre la selección de la muestra y los procedimientos.¹⁶

Procedimiento

El estudio, previamente aprobado por el comité de ética del Instituto Nacional de Salud Pública, fue presentado al personal directivo de las escuelas seleccionadas. En las 45 escuelas seleccionadas, por lo menos, se eligieron al azar un grupo de primero, uno de segundo y uno de tercer año, independientemente del turno. Para obtener 20 estudiantes necesarios por grupo, se invitó al grupo completo a participar, es decir, no se realizó una selección de estudiantes. Se aplicó el cuestionario a aquellos alumnos que aceptaron participar y de quienes se obtuvo el consentimiento oral, en el caso de los mayores de 18 años, o de los padres, madres o responsables, en el caso de los menores de esta edad.

El levantamiento de la información se realizó con un programa de cómputo autoaplicable, en espacios cerrados dentro de la escuela, con ayuda del sistema de audio computarizado *Audio Computer-Assisted Self-Interview Software* (ACASI); se emplearon audífonos para asegurar la privacidad y confidencialidad durante el levantamiento.

Cuestionario

El cuestionario se diseñó para obtener información sobre los contenidos de ESI recibidos en la escuela primaria, secundaria y media superior, reflejando los componen-

tes que integran las recomendaciones internacionales⁸ para la educación sexual integral. Además, se recolectó información sobre las características sociodemográficas, los determinantes psicosociales y las prácticas en SSR, la cual se instrumentó a partir de un conjunto de instrumentos estandarizados. A la población del estudio se le preguntó si algún maestro, orientador, director o psicólogo le había hablado, ya fuera durante la primaria, secundaria o educación media superior, sobre 24 temas de educación sexual (cuadro I). Para fines analíticos y de la discusión de los resultados, los contenidos ESI se agruparon en tres dimensiones (SSR, autoeficacia, y derechos y relaciones interpersonales) y se consideraron *integrales y homogéneos* cuando incluyeron la totalidad de los temas de las tres áreas temáticas, y se consideraron *continuos* cuando la exposición se reportó de manera constante desde la escolaridad primaria hacia los niveles secundario y medio superior. Se indagó también sobre el método de enseñanza, fuentes y satisfacción con el formato y la claridad e intensidad con las que fueron tratados los contenidos de ESI. Debido a que la mayor exposición a los contenidos de la ESI se dio durante la secundaria, se presenta un cuadro específico de los temas de la ESI en ese ciclo escolar.

Análisis estadístico

Se obtuvieron los ponderadores correspondientes a cada participante del estudio, considerando la probabilidad de selección y la tasa de no-respuesta. Utilizando el paquete estadístico STATA 12.0, se calcularon distribuciones porcentuales y prevalencias con intervalos

Cuadro I
TRES DIMENSIONES Y 24 TEMAS DE LA EDUCACIÓN SEXUAL INTEGRAL

<i>Salud sexual y reproductiva</i>	<i>Autoeficacia</i>	<i>Derechos</i>
El sistema reproductivo	El uso del condón	Igualdad o equidad de género
La pubertad	El uso correcto del condón o de otros métodos anticonceptivos	Violencia física
Cómo protegerse para prevenir un embarazo	Dónde conseguir condones u otros métodos anticonceptivos	Las relaciones
Cómo protegerse para prevenir elVIH	Cómo evitar situaciones que pudieran llevar a tener relaciones sexuales que no desea o sin protección	Violencia sexual
Cómo protegerse para prevenir otras infecciones de transmisión sexual	Acceso a servicios de salud	Respeto de la diversidad por discapacidad
	Cómo hablar con su pareja sobre usar condón	El placer
Implicaciones del uso de alcohol y drogas	Cómo vencer barreras para conseguir condones u otros métodos anticonceptivos	Respeto de la diversidad por estatus deVIH y sida
		Respeto de la diversidad por orientación sexual
		Los derechos sexuales y reproductivos
		Respeto de la diversidad por origen étnico
		Valores y relaciones sociales; reconocimiento de las relaciones saludables y coercitivas

de confianza a 95% (IC95%) ajustados por el diseño muestral de la encuesta.

Resultados

Se entrevistaron a 3 824 adolescentes: 1 684 hombres y 2 140 mujeres, los cuales representan a los 4.8 millones de adolescentes de 15 a 18 años inscritos en escuelas públicas y privadas de educación media superior en México. La tasa de respuesta fue de 66%. Las escuelas

que no aceptaron participar fueron sustituidas mediante la selección de escuelas adicionales.

El 96.7% de la población adolescente de 15 a 18 años de edad que estudia en educación media superior es soltera, 97.4% no habla alguna lengua indígena y 68.4% sólo se dedica a estudiar, con una diferencia significativa entre hombres (58.2%) y mujeres (78%). Además, 20% estudia principalmente y hace algún trabajo; 81.1% acude a escuelas públicas y 66.6% asiste en el turno matutino (cuadro II).

Cuadro II
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS DE 15 A 18 AÑOS DE EDAD, POR SEXO. MÉXICO, 2014

	Hombres		Mujeres		Total	
	%	[IC95%]	%	[IC95%]	%	[IC95%]
Estado civil						
Soltero	96.1	[95.0-96.9]	97.3	[96.5-97.9]	96.7	[96.1-97.2]
Casado	2.0	[1.2-3.3]	1.1	[0.7-1.6]	1.5	[1.1-2.1]
Separado	0.2	[0.0-0.5]	0.2	[0.1-0.8]	0.2	[0.1-0.4]
Unión libre	1.7	[1.2-2.4]	1.3	[1.0-1.7]	1.5	[1.2-1.9]
Divorciado	0.0	[0.0-0.2]	0.0	[0.0-0.2]	0.0	[0.0-0.1]
Viudo	0.1	[0.0-0.5]	0.1	[0.0-0.3]	0.1	[0.0-0.3]
Habla alguna lengua indígena						
Sí, y también habla español	3.0	[2.4-3.8]	2.3	[1.5-3.4]	2.6	[2.0-3.4]
No	97.0	[96.2-97.6]	97.7	[96.6-98.5]	97.4	[96.6-98.0]
Ocupación principal						
Sólo estudia	58.2	[53.5-62.6]	78.0	[74.6-81.0]	68.4	[65.0-71.7]
Principalmente estudia y hace algún trabajo	27.8	[24.5-31.3]	12.8	[10.7-15.2]	20.0	[17.6-22.6]
Principalmente trabaja y además estudia	4.5	[3.1-6.4]	2.0	[1.4-3.0]	3.2	[2.3-4.5]
Estudia y además está buscando trabajo	8.9	[7.2-11.1]	6.7	[5.4-8.4]	7.8	[6.6-9.1]
Otra situación	0.6	[0.3-1.3]	0.5	[0.3-0.8]	0.6	[0.4-0.9]
Tipo de escuela						
Privada	16.4	[13.6-19.7]	21.1	[17.4-25.4]	18.9	[15.9-22.2]
Pública	83.6	[80.3-86.4]	78.9	[74.6-82.6]	81.1	[77.8-84.1]
Turno que cursa						
Matutino	67.5	[57.0-76.5]	65.7	[56.3-74.0]	66.6	[57.4-74.6]
Vespertino	32.2	[23.2-42.8]	34.1	[25.8-43.5]	33.2	[25.1-42.4]
Nocturno	0.3	[0.1-1.2]	0.2	[0.1-0.8]	0.2	[0.1-0.6]
Grado que cursa						
Cuarto	36.1	[31.9-40.5]	30.4	[25.3-36.0]	33.2	[29.0-37.6]
Quinto	33.5	[30.0-37.1]	33.9	[30.0-38.0]	33.7	[30.6-36.9]
Sexto	30.4	[26.9-34.1]	35.7	[30.4-41.3]	33.2	[29.4-37.1]
Región geográfica						
Noroeste	21.7	[17.5-26.5]	19.8	[13.9-27.3]	20.7	[16.0-26.4]
Noreste	17.8	[15.3-20.7]	19.4	[15.8-23.7]	18.7	[16.1-21.5]
Centro	17.6	[13.2-23.1]	18.8	[12.8-26.7]	18.2	[13.7-23.9]
DF-México	19.0	[15.6-22.9]	24.3	[16.1-35.0]	21.7	[16.3-28.4]
Sur	23.9	[16.0-34.2]	17.7	[12.9-23.7]	20.7	[14.7-28.3]

En la primaria 7% de los y las estudiantes recibió todos los contenidos sobre SSR, 2.5% sobre autoeficacia y 2.3% sobre relaciones y derechos. En secundaria estos porcentajes aumentan de forma significativa a 55.1, 23.7 y 19.9%, respectivamente. En educación media superior, estos porcentajes disminuyen a 14.5, 14.2 y 9%, respectivamente. En los tres niveles escolares, las mujeres reportan menor porcentaje de exposición que los hombres (datos no mostrados).

Los temas que con mayor frecuencia los y las adolescentes reportan haber recibido durante la escuela secundaria son los relacionados con SSR. Los tres temas más impartidos son el uso de condón, cómo protegerse para prevenir el embarazo y cómo protegerse para prevenir el VIH. Los tres temas menos impartidos son las relaciones, el placer y cómo vencer barreras para conseguir condones u otros anticonceptivos (figura 1).

Considerando la exposición a contenidos completos alguna vez en cualquier nivel escolar, cerca de 40% de los adolescentes reporta haber recibido información sobre todos los temas relacionados con derechos y relaciones, y todos los temas dentro del ámbito de la autoeficacia. Por otra parte, 87.2% de las mujeres y 82.1% de los hombres reporta haber recibido información sobre todos los temas que forman parte del tema general de SSR (figura 2). Al comparar por tipo de escuela, no se observaron diferencias en cuanto a contenidos completos de temas relacionados con derechos y relaciones (privadas: 42.3%; públicas: 41.8%); de temas sobre autoeficacia (privadas: 37.3%; públicas: 37.3%), ni sobre temas de SSR (privadas: 87.1%; públicas: 84.2%) (datos no mostrados).

El reporte de haber recibido todos los temas sobre SSR es mayor en la región centro para los hombres (87.5%) y en el DF-Estado de México para las mujeres (89.1%).

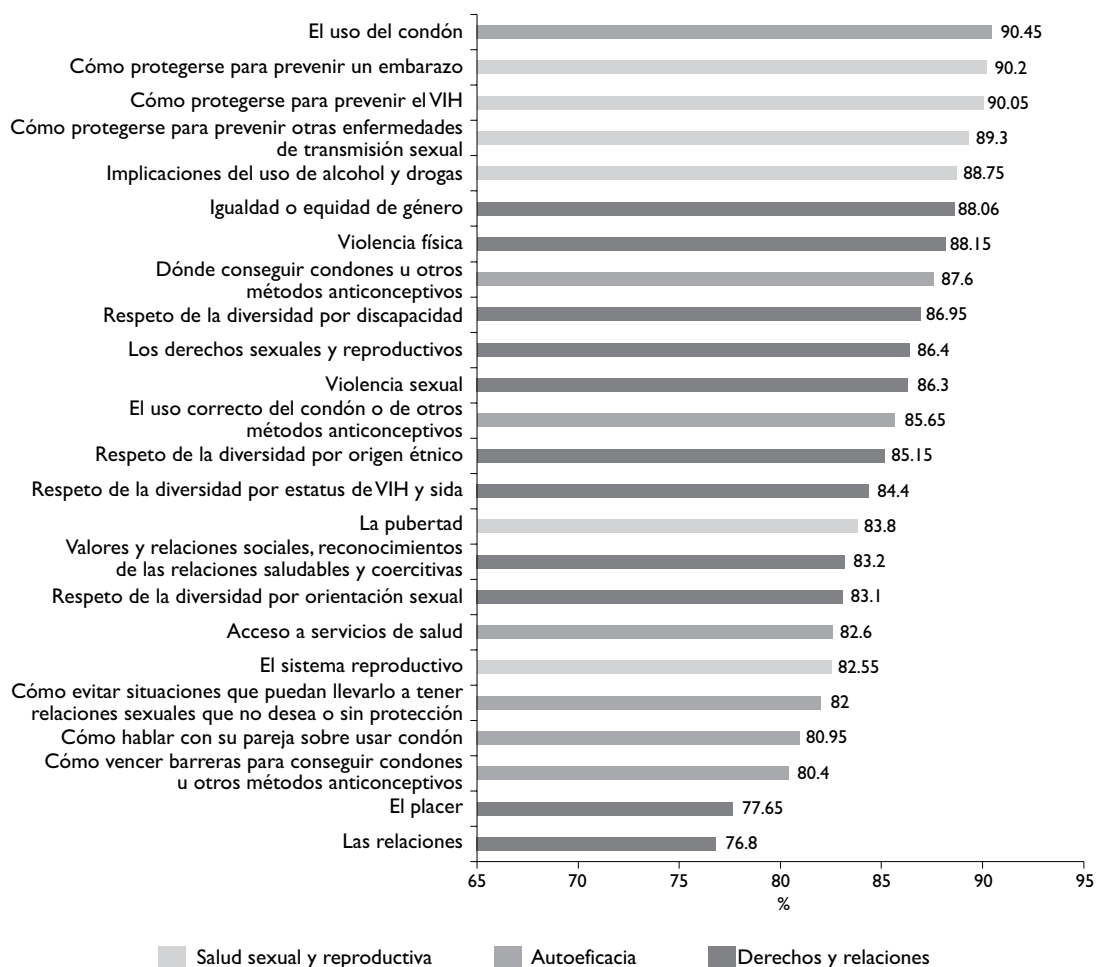


FIGURA 1. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE TEMAS A NIVEL SECUNDARIA. MÉXICO, 2014

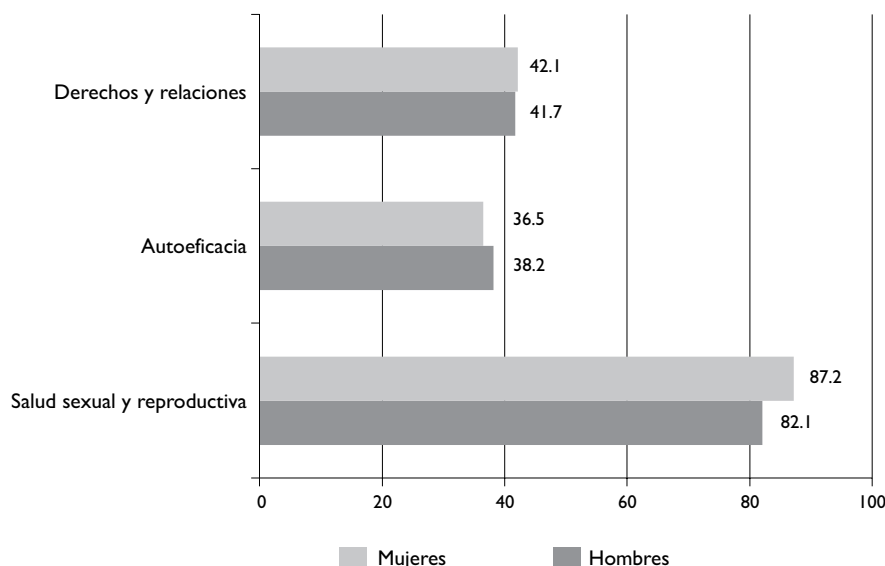


FIGURA 2. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE ESTUDIANTES QUE REPORTARON HABER RECIBIDO TODOS LOS CONTENIDOS DE EDUCACIÓN SEXUAL INTEGRAL ALGUNA VEZ EN SU RECORRIDO ACADÉMICO, POR SEXO. MÉXICO, 2014

Los temas completos sobre autoeficacia se impartieron en mayor medida en la región centro en el caso de los hombres (42%) y en el sur en el caso de las mujeres (41.7%). Finalmente, los temas completos sobre derechos y relaciones en la región DF-Estado de México se impartieron en poco más de 46% en ambos sexos (cuadro III).

En relación con los métodos de enseñanza de los contenidos ESI, predomina la presentación por parte del maestro (65%) y la búsqueda de información (39%). Los métodos menos reportados son los juegos, simulaciones o juegos de roles (9.1%) y la resolución de ejercicios (11%) (datos no mostrados).

Más de 95% de las y los estudiantes coincidió en que los contenidos, intensidad, formato y claridad empleados fueron satisfactorios (datos no mostrados). Con respecto a la percepción del alumnado sobre el personal de la escuela al presentar los temas de ESI, en promedio, 64% consideró que fue accesible, a poco más de 50% le dio confianza y 20% consideró que guardaría confidencialidad. El 25% de las mujeres y 33% de los hombres lo consideraron incluyente, y sólo 1 y 2% lo consideraron burlón, penoso y prejuicioso (datos no mostrados).

Discusión

Los resultados de este trabajo indican que el porcentaje de adolescentes que reportan haber recibido información sobre educación sexual por parte de personal de la

Cuadro III
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE ESTUDIANTES QUE REPORTARON HABER RECIBIDO TODOS LOS CONTENIDOS DE EDUCACIÓN SEXUAL INTEGRAL ALGUNA VEZ EN SU RECORRIDO ACADÉMICO, POR REGIÓN Y SEXO. MÉXICO, 2014

Región	Hombres	Mujeres
Salud Sexual y reproductiva		
Noroeste	76.5 [71.0-81.3]	87.6 [84.6-90.1]
Noreste	80.0 [75.6-83.8]	84.6 [80.5-87.9]
Centro	87.5 [85.4-89.3]	88.2 [81.8-92.6]
DF-México	84.1 [77.9-88.8]	89.1 [85.5-91.8]
Sur	83.0 [79.5-86.0]	85.9 [80.8-89.8]
Autoeficacia		
Noroeste	34.2 [28.7-40.1]	31.7 [22.8-42.2]
Noreste	41.7 [35.4-48.3]	38.1 [33.6-42.7]
Centro	42.0 [28.1-57.2]	30.6 [19.4-44.6]
DF-México	41.1 [37.0-45.3]	39.9 [34.3-45.7]
Sur	34.1 [29.1-39.4]	41.7 [34.4-49.4]
Derechos y Relaciones		
Noroeste	36.3 [31.8-41.0]	38.0 [31.0-45.5]
Noreste	46.4 [37.0-56.1]	41.9 [36.9-47.0]
Centro	42.2 [31.6-53.4]	37.7 [27.1-49.6]
DF-México	46.5 [41.4-51.7]	46.8 [42.9-50.7]
Sur	38.9 [35.1-42.9]	44.9 [37.4-52.7]

escuela varía ampliamente dependiendo de los temas y del nivel escolar en curso.

Se encontró que, durante la primaria, muy pocos estudiantes (3 a 7%) recibieron ESI. En contraste, durante la secundaria, entre una quinta parte y la mitad reportaron haber recibido contenidos dentro de cada uno de los tres ámbitos, mientras que, durante la educación media superior, la recepción de ESI sobre estos temas descendió a 10-15%. Los contenidos de ESI más prevalentes en el reporte de los estudiantes son los relacionados con SSR. Menos de la mitad (40%) del alumnado reporta haber recibido contenidos completos de ESI (sobre los 24 temas evaluados) en cualquier momento del recorrido escolar. La gran mayoría de los estudiantes está satisfecha con la ESI recibida y la mitad o más considera accesible y de confianza a la persona que la impartió. En relación con los métodos de enseñanza, se observa que prevalecen los que promuevan la transmisión de conocimientos (exposición por parte del maestro) y, en menor medida, los que promueven la práctica de habilidades y la autoeficacia (prácticas simuladas).

Los temas más frecuentemente impartidos durante la secundaria en México son los relacionados con SSR. La mayoría de los estudiantes encuestados recibió ESI sobre prevención de VIH/ITS, lo cual concuerda con un estudio en estudiantes de cinco estados de la República mexicana que reporta que cerca de 94% recibió información sobre ITS durante su último curso o plática de educación sexual.¹⁷

Si bien estos temas son importantes, es preciso enfatizar que el enfoque integral consiste en proporcionar información sobre una variedad de temas psicosociales y en salud de manera armónica en las diferentes etapas de la vida, promoviendo el ejercicio de los derechos en diferentes ámbitos.^{18,19} Actualmente en México, las políticas ponen énfasis en la integralidad de la capacitación o formación docente, la planeación de programas y los contenidos del currículo, especialmente dentro de la Estrategia Nacional contra el Embarazo Adolescente.²⁰ No obstante, será necesario que se logre implementar este enfoque integral en la práctica, dentro de la educación sexual ofrecida a los estudiantes mexicanos.

En cuanto a los contenidos específicos dentro de cada dimensión, los tres temas más impartidos fueron el uso de condón, prevención de embarazo y protección contra el VIH, mientras que los dos temas menos impartidos fueron las relaciones y el placer. Esto indica que se imparte información básica (principalmente cognitiva) pero se trabaja poco sobre la autoeficacia y habilidades, es decir, las competencias que requieren los adolescentes para poner estos conocimientos en práctica. Estos hallazgos concuerdan con lo reportado por la UNESCO y reflejan

que en México la perspectiva de derechos rara vez se incorpora a los programas de educación sexual, ya que la mayoría emplea un enfoque de reducción y prevención de riesgos.

La evidencia ha demostrado de manera consolidada que, cuando las intervenciones educativas enfocadas en el cambio del comportamiento sexual entre adolescentes eran integrales, lograban ser efectivas²¹ al lograr el cambio en la actividad sexual (usar condón o anticonceptivos y reducir el número de parejas sexuales), así como en los niveles de ITS o embarazo. Otros estudios encontraron que la ESI es uno de los programas más efectivos para mejorar la SSR,²² reducir embarazos e ITS y disminuir el comportamiento sexual riesgoso.²³ Asimismo, se ha reportado que los programas ESI con mayor impacto se enfocan no sólo en la prevención del VIH y el embarazo, sino también en los comportamientos sexuales, el riesgo psicosocial y los factores protectores.²⁴ Lo anterior implica que, según lo reportado por los estudiantes de esta investigación, la educación sexual impartida en México no incluye todos los contenidos y estrategias educativas necesarias para lograr un impacto benéfico y un cambio de conocimientos, actitudes y comportamientos de promoción de la SSR.

Se encontró que la mayoría de los contenidos de educación sexual se transmite durante la escolaridad secundaria y en mucho menor nivel en la primaria o en la escuela media superior. Justamente, el tipo de actitudes que la ESI busca promover no se logra consolidar en un corto periodo de tiempo y su internalización requiere un proceso metódico y continuado a través de todo el ciclo de la educación formal e informal.²⁵ Por otro lado, existen problemas en concentrar la ESI en la escuela secundaria, ya que esto excluye a algunos segmentos más vulnerables de la población, en especial a las niñas que contraen matrimonio a temprana edad o que por otras razones no continúan su educación formal después de la primaria.²⁶

Aunque en general los estudiantes están satisfechos con los contenidos, intensidad, formato y claridad de la educación sexual recibida, es importante reflexionar sobre la preparación del personal docente para impartir la ESI, ya que los profesores de nivel primario y básico rara vez se encuentran preparados para abordar los temas de educación sexual de manera competente y confidencial.^{27,28} El presente estudio no exploró este punto, pero es oportuno que en el futuro se indague sobre las motivaciones y competencias del personal docente para impartir ESI. Se recomienda que la ESI en contexto escolar sea realizada por maestros o miembros de la comunidad escolar, quienes acepten voluntariamente participar en este tipo de docencia y tengan las aptitudes necesarias para hacerlo.

Conclusiones y recomendaciones

La comparación de estos resultados con la evidencia de estudios previos y las recomendaciones internacionales indica que hace falta fortalecer la ESI dentro de las escuelas en México, ya que los contenidos son incompletos y se imparten de manera desigual durante el recorrido académico. Asimismo, la ESI en México carece de contenidos más integrales y métodos de enseñanza que promuevan la consolidación de conocimientos, actitudes y habilidades para el ejercicio integral y autoeficaz de la sexualidad y de relaciones interpersonales saludables, de manera transversal en las diferentes materias académicas a lo largo de todo el ciclo escolar.

Los países de Latinoamérica, México incluido, se comprometieron en la declaración ministerial titulada Prevenir con Educación²⁹ a implementar y fortalecer estrategias intersectoriales de ESI y promoción de la SSR. Desde 2008, México y otros países de la región han logrado avances al respecto.³⁰ En 2012,³¹ México reportó 68% de avance global (82% para salud y 42% para educación). Este estudio permite emitir recomendaciones orientadas a mejorar la calidad de la ESI en el contexto escolar:

- Asegurar la integralidad de los contenidos y de los métodos de enseñanza, enfatizando la importancia de que los jóvenes reciban no sólo información adecuada sobre los riesgos asociados a la actividad sexual sino también apoyo y orientación para cuestionar de manera crítica las normas sociales sobre género y sexualidad, las dinámicas de poder en las relaciones interpersonales y la sociedad en general, así como herramientas de autoeficacia y empoderamiento necesarias para el ejercicio de sus derechos.
- Homogeneizar contenidos, asegurando que se imparta la totalidad de los temas dentro de los dominios planteados en las recomendaciones internacionales para la ESI.
- Asegurar la continuidad y promover la adaptación de contenidos de acuerdo con la edad de los estudiantes.

Declaración de conflicto de intereses. Los autores declararon no tener conflicto de intereses.

Referencias

1. Estrada-Márquez F. Implementación del programa de salud sexual y reproductiva para adolescentes en México: un análisis de gobernanza desde el enfoque de redes (tesis). México: Flacso, 2013 [consultada el 11 de mayo de 2015]. Disponible en: http://www.flacso.edu.mx/biblioiberoamericana/TEXT/DOCCS_VIII_promocion_2010-2013/Estrada_F.pdf

2. International Planned Parenthood Federation. Framework for Comprehensive Sexuality Education [document en internet]. London, 2006 [consultado el 30 de abril de 2015]. Disponible en: http://www.ippf.org/sites/default/files/ippf-framework-for_comprehensive_sexuality_education.pdf
3. UN General Assembly. Convention on the Rights of the Child, United Nations Treaty Series 1989;1577:3 [accessed 12 July 2015]. Available at: <http://www.refworld.org/docid/3ae6b38f0.html>.
4. Gutiérrez JP, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Villalpando-Hernández S, Franco A, Cuevas-Nasu L, et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados nacionales. 2a. ed. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2013.
5. Villalobos-Hernández A, Campero L, Suárez-López L, Atienzo EE, Estrada F, de la Vara-Salazar D. Embarazo adolescente y rezago educativo: análisis de una encuesta nacional en México. *Salud Publica Mex* 2015;57(2):135-143. <http://dx.doi.org/10.21149/spm.v57i2.7409>
6. Atienzo EE, Campero L, Lozada AL, Herrera C. Aspiraciones educativas y familiares como condicionantes en la prevención de embarazos tempranos en México. *Salud Publica Mex* 2014;56:286-294. <http://dx.doi.org/10.21149/spm.v56i3.7347>
7. Gayet C, Gutiérrez JP. Calendario de inicio sexual en México. Comparación entre encuestas nacionales y tendencias en el tiempo. *Salud Publica Mex* 2014;56:638-647. <http://dx.doi.org/10.21149/spm.v56i6.7391>
8. International Planned Parenthood Federation. Framework for Comprehensive Sexuality Education 2010 [internet document] London, 2010 [consultado el 13 de mayo 2015]. Disponible en: http://www.ippf.org/sites/default/files/ippf_framework_for_comprehensive_sexuality_education.pdf
9. Fonner VA, Armstrong KS, Kennedy CE, O'Reilly KR, Sweat MD. School based sex education and HIV prevention in low-and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *PloS one* 2014;9(3):e89692.
10. UNESCO. Orientaciones técnicas internacionales sobre educación en sexualidad. Vol. I [documento en internet]. UNESCO, 2010 [consultado el 14 de mayo de 2015]. Disponible en: <http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001832/183281s.pdf>
11. Gallegos EC, Villarruel AM, Loveland-Cherry C, Ronis DL, Yan Zhou MS. Intervención para reducir riesgo en conductas sexuales de adolescentes: un ensayo aleatorizado y controlado. *Salud Publica Mex* 2008;50(1):59-66. <http://doi.org/c4n22c>
12. Givaudan M, Leenen I, Van de Vijver FJR, Poortinga YH, Pick S. Longitudinal study of a school based HIV/AIDS early prevention program for Mexican adolescents. *Psychol Health Med* 2008;13(1):98-110. <http://doi.org/b9v4fm>
13. Walker D, Gutierrez JP, Torres P, Bertozzi SM. HIV prevention in Mexican schools: prospective randomised evaluation of intervention. *BMJ* 2006;332(7551):1189-1194. <http://doi.org/brn5qf>
14. Martínez-Donate AP, Hovell MF, Zellner J, Sipan CL, Blumberg EJ, Carrizosa C. Evaluation of two school-based HIV prevention interventions in the border city of Tijuana, Mexico. *J Sex Res* 2004;41(3):267-278. <http://doi.org/ds7k33>
15. Secretaría de Educación Pública. Sistema Nacional de Información de Escuelas [documento en internet]. México: SEP, 2014 [consultado en enero de 2014]. Disponible en: <http://www.snie.sep.gob.mx/SNIESC/>
16. Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el Sida. Análisis sobre educación sexual integral, conocimientos y actitudes en adolescentes escolarizados. Informe Final [documento en internet]. México: Censida, 2014 [consultado el 14 de enero de 2015]. Disponible en: http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/transparencia/estudios_opiniones/InformeFinal_INSP.pdf
17. Menkes C, Suárez L, Nuñez L, González S. La salud reproductiva de los estudiantes de educación secundaria y media superior de Chiapas, Guanajuato, Guerrero, Puebla y San Luis Potosí [documento en internet]. Cuernavaca: Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, UNAM, 2006. Disponible en: <http://www.crim.unam.mx/drupal/?q=node/384>
18. UNESCO. Educación Integral de la Sexualidad: Conceptos, Enfoques y Competencias [documento en internet]. Unesco, 2014 [consultado el

- 16 de noviembre de 2014]. Disponible en: http://www.unesco.org/new/es/santiago/resources/single-publication/news/educacion_integral_de_la_sexualidad_conceptos_enfoques_y_competencias/#.VW39jiNOWUk
19. UNESCO. Educación para la sexualidad con bases científicas. Documento de consenso de Madrid. Recomendaciones de un grupo internacional de expertos [documento en internet]. Valencia: UNESCO, 2012 [consultado el 16 de noviembre de 2014]. Disponible en: http://www.flases.net/boletines/educacion_para_la_sexualidad.pdf
20. Secretaría de Gobernación. Estrategia Nacional para la prevención del embarazo en adolescentes [documento en internet]. México: Segob, 2013 [consultado el 16 de noviembre de 2014]. Disponible en: http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Estrategia_Embarazo_en_Adolescentes/HTML/index.html#10
21. Chin HB, Sipe TA, Elder R, Mercer SL, Chattopadhyay SK, Jacob V, et al. The effectiveness of group-based comprehensive risk-reduction and abstinence education interventions to prevent or reduce the risk of adolescent pregnancy, human immunodeficiency virus, and sexually transmitted infections: two systematic reviews for the Guide to Community Preventive Services. *Am J Prev Med* 2012;42(3):272-94. <http://doi.org/bkbbw>
22. Manlove J, Fish H, Moore KA. Programs to improve adolescent sexual and reproductive health in the US: a review of the evidence. *Adolesc Health Med Ther* 2015;6:47-79. <http://doi.org/bkbbx>
23. Goesling B, Colman S, Trenholm C, Terzian M, Moore K. Programs to reduce teen pregnancy, sexually transmitted infections, and associated sexual risk behaviors: a systematic review. *J Adolesc Health* 2014;54(5):499-507. <http://doi.org/bkbbz>
24. Kirby D, Laris BA, Rollieri L. Impact of sex and HIV education programs on sexual behaviors of youth in developing and developed countries. North Carolina: Family Health International, YouthNet Program, 2005.
25. Restrepo M, Corona-Vargas E. Teacher training on sexuality education in Latin America and the Caribbean. Santiago de Chile: Democracia y Sexualidad, Mexico and UNESCO, 2010.
26. UNPFA, Equipo de Apoyo Técnico para América Latina y el Caribe. Capacitación en derechos y salud sexual y reproductiva de adolescentes en América Latina y El Caribe. Santiago de Chile: UNPFA, 2005.
27. Leahy D, Horne R, Harrison L. Bass Coast sexuality education project: needs analysis and professional development evaluation report. Burwood, Vic: Deakin University, 2004.
28. Harrison L, Ollis D. 'Preparing pre-service teachers to teach sexuality education in the middle years: barriers and enablers'. Paper presented at ATEA Conference, 3-6 July 2011, Melbourne: Australian Teacher Education Association, 2011.
29. OREALC/UNESCO. Declaración Ministerial titulada "Prevenir con Educación" [documento en internet]. Santiago de Chile: OREALC/UNESCO, 2010 [consultado el 17 de noviembre de 2014]. Disponible en: <http://www.unesco.org/new/fileadmin/MULTIMEDIA/FIELD/Santiago/pdf/declaracion-prevenir-educacion-espanol.pdf>
30. Secretaría de Salud. Programa Sectorial de Salud 2013-2018 [documento en internet]. México: SSA, 2013 [consultado el 20 de noviembre de 2015]. Disponible en: http://portal.salud.gob.mx/contenidos/conoce_salud/prosesa/prosesa.html
31. Federación Internacional de Planificación de la Familia/Región Hemisferio Occidental y Democracia y Sexualidad A.C. Evaluación de la implementación de la Declaración Ministerial "Prevenir con Educación". Nueva York: ippfwhr, 2012 [consultado el 17 de noviembre de 2015]. Disponible en: <http://www.coalicionmesoamericana.org/sites/default/files/EvaluacionDeclaracionMinisterial2012.pdf>