

POLÍTICA PÚBLICA DE EDUCACIÓN EN SALUD SEXUAL: DE LA FORMULACIÓN A LA IMPLANTACIÓN

PUBLIC POLICY ON SEXUAL HEALTH EDUCATION: FROM FORMULATION TO IMPLEMENTATION

Recibido: 8 de marzo de 2017 | Aceptado: 26 de octubre de 2017

Viviana **Ortiz Resto**¹

¹Universidad de Puerto Rico Recinto Río Piedras, San Juan, Puerto Rico

RESUMEN

La Carta Circular 15-2011-2012 forma parte de las políticas públicas de educación en salud sexual del Departamento de Educación. El objetivo de esta investigación fue describir qué y cómo se implanta la carta circular en seis escuelas rurales de Puerto Rico. Utilizamos el método cualitativo, mediante entrevistas individuales semiestructuradas y grupos focales. El diseño de la investigación fue exploratorio-descriptivo y el muestreo por conveniencia y disponibilidad. La directora del Programa de Salud Escolar y sectores de la comunidad escolar que incluían estudiantes de elemental y secundaria, directores/as escolares, docentes y madres/padres participaron de esta investigación. Viñetas y hojas de preguntas guías fueron utilizadas como instrumentos. Realizamos análisis de contenido, utilizando como guía la propuesta de Chambers (2000) sobre la importancia de las metas y objetivos para analizar la implantación de la política pública. Los resultados muestran que existen varias problemáticas que limitan la implantación adecuada de los objetivos y metas de la carta circular, entre ellas: la desinformación y el dominio de ideologías conservadoras y religiosas en la práctica educativa. Se concluye que la carta circular se implanta parcialmente en las escuelas participantes, ubicando así la salud sexual del estudiantado en una posición vulnerable.

PALABRAS CLAVE: Carta Circular 15-2011-2012, educación en salud sexual, política pública.

ABSTRACT

Circular Letter 15-2011-2012 is part of the sexual health education public policy of the Department of Education. The general objective of this research was to describe what and how it has been implemented in six rural schools in Puerto Rico. Qualitative method techniques was used, included semi-structured individual interviews and focus groups. Convenience/availability sampling was used. Participants were the School Health Program Director and various sectors of the school community (elementary and secondary students, school directors, teachers and parents). Instruments were vignettes and question guides. We conducted content analysis and used as a guide the proposal of Chambers (2000) about the importance of the goals and objectives to analyze the implementation of the public policy. Results showed there are many issues that limit the implementation of the public policy objectives, such as misinformation and conservative and religious ideologies in educational practices. Circular letter has only been partially implemented in the participating schools, putting students' sexual health in a vulnerable position.

KEYWORDS: Circular Letter 15-2011-201-2012, public policy, sexual health education.

* Para comunicarse con la autora principal, puede dirigirse al siguiente correo electrónico: ortizresto@gmail.com

El Estado a través de la formulación e implantación de políticas públicas, pretende atender diversas problemáticas sociales y regular los servicios dirigidos a la ciudadanía (Spano, 2000). Las políticas públicas son declaradas a través de leyes, reglamentos, órdenes ejecutivas, cartas circulares, entre otros. En Puerto Rico, la educación en salud sexual es representada parcialmente en las cartas circulares que emite el Departamento de Educación (DE). La carta circular vigente que atiende la misma es la 15-2011-2012. En esta investigación examinamos qué y cómo se está implantando la política pública establecida en la Carta Circular, tomando como muestra varias escuelas de Puerto Rico, desde el punto de vista de algunos sectores de la comunidad escolar y de la Directora del Programa de Salud Escolar del DE. Para abordar la investigación, utilizamos como marco teórico elementos del construccionismo social y de la perspectiva de género.

Educación en Salud Sexual Integral

La Organización Mundial de la Salud (2002/2016) define la salud sexual como:

Un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; no es meramente la ausencia de enfermedad, disfunción o debilidad. La salud sexual requiere un acercamiento positivo y respetuoso hacia la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de obtener placer y experiencias sexuales seguras, libres de coerción, discriminación y violencia. Para que la salud sexual se logre y se mantenga los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y cumplidos (Organización Mundial de la Salud, 2002/2016).

La salud sexual no es sólo un asunto reproductivo, ya que contribuye al bienestar integral del ser humano y a la formación de su identidad o personalidad y por ende al

desarrollo social. Es vital una enseñanza adecuada en salud sexual que provea información pertinente a la cultura, que sea científica y acorde con las etapas de desarrollo. La misma debe permitir la adquisición de capacidades y competencias necesarias para la toma de decisiones y una práctica sexual responsable (Sebastini & Guinn, 2014).

Política Pública: Definiciones y Características

Existen múltiples definiciones sobre política pública. Serrano-García, Díaz, García & Martínez, (2005) define la política pública como:

Un proceso complejo que busca establecer principios, metas y estrategias, partiendo de diversos sectores de la población. Estos principios pueden surgir desde la comunidad hacia el gobierno o desde el gobierno hacia la comunidad...Su implantación, o la ausencia de ésta, formalizará la política pública. Su fin último es el bienestar del pueblo (Serrano-García, Díaz, García & Martínez, 2005, p. 233-234).

Por otro lado, Spano (2000) plantea que entender el contexto socio histórico es crucial para realizar un adecuado análisis de la política pública. Chambers (2000), establece seis elementos que deberían formar parte del análisis y sin estos la misma no podría ser implementada. Los elementos son: 1) las metas y objetivos; 2) los tipos de beneficios o servicios prestados; 3) las reglas de elegibilidad; 4) la estructura administrativa y organizacional formada para proveer los servicios; 5) el método de financiamiento; y 6) la interacción entre los elementos previamente establecidos. En esta investigación nos hemos enfocado en las metas y objetivos de la Carta Circular 15-2011-2012 para evaluar la implementación de la misma.

Carta Circular 15-2011-2012: La Política Pública Vigente Sobre Educación Sexual

La Carta Circular 15-2011-2012 define la educación sexual como:

El proceso de adquirir información correcta y formar actitudes y creencias positivas sobre el sexo, la dimensión sexual del ser humano, las relaciones sexuales y la intimidad. Involucra también el desarrollo de destrezas en el [la] estudiante que propicien la toma de decisiones informadas y bien documentadas sobre su comportamiento sexual (Departamento de Educación, 2012, p.1).

Para atender las causas de la problemática, la política vigente establece en la sección de aspectos relevantes que “la meta de la educación sexual es promover la salud integral y ofrecer información a los jóvenes, desarrollar destrezas y cultivar valores para manejar su sexualidad de manera responsable” (Departamento de Educación, 2012, p.5). Otra meta que emerge implícitamente en la carta es “...potenciar los factores protectores contra el abuso, la explotación, los embarazos no deseados, las infecciones de transmisión sexual y el VIH/SIDA” (Departamento de Educación, 2012, p.1). Con el fin de cumplir las metas y guiar la práctica educativa, la carta circular propone el Modelo de Educación para la Salud Sexual Integral. El modelo establece que debe promoverse “una visión integral, afirmativa y de respeto de la sexualidad, que evite culpabilizarla, trivializarla o ridiculizarla” (Departamento de Educación, 2012, p. 7). El modelo propuesto incluye la educación sexual desde Kindergarten a Duodécimo grado, la cual debe ser ofrecida “...de forma planificada, sistemática, secuencial y actualizada” (Departamento de Educación, 2012, p. 7). Algunos objetivos en cada uno de los niveles educativos, de acuerdo a la política pública, deben ser: promover la abstinencia y el atraso de los encuentros sexuales; inculcar la preferencia por las

relaciones estables, de compromiso y fidelidad y facilitar entre las personas jóvenes sexualmente activas las destrezas necesarias para que tomen consciencia de las conductas de riesgos, fortalezcan su autoestima, planifiquen metas precisas, conozcan los métodos anticonceptivos y la forma correcta de utilizarlos para prevenir las infecciones de transmisión sexual, embarazos y retomen la abstinencia. La política pública establece que debe capacitarse al personal docente y administrativo de todos los niveles del DE en diferentes temas relacionados a la salud sexual. También, plantea que otros asuntos que deben implantarse son: tomar en consideración las opiniones y valores de los padres/madres o encargados/as en el proceso de enseñanza-aprendizaje, realización de talleres que ayuden a estos/as a ser educadores sexuales en sus hogares y la creación de un plan de evaluación con el propósito de medir la efectividad de su implantación¹.

El objetivo de esta investigación fue describir qué y cómo se implanta la carta circular en seis escuelas rurales de Puerto Rico. En específico se pretende identificar y describir: 1) ¿cómo es la implantación de la política pública de educación en salud sexual en las escuelas públicas?; 2) ¿cuáles temas, vinculados a la salud sexual, son discutidos en la sala de clases?; 3) ¿cuáles son las estrategias didácticas que se utilizan para enseñar los temas?; y 4) ¿cómo es la supervisión hacia la implantación?

MÉTODO

En este estudio seleccionamos el método cualitativo mediante entrevistas individuales semiestructuradas y grupos focales. El diseño de la investigación fue exploratorio-descriptivo, y el muestreo por conveniencia y disponibilidad (Hernández, Fernández y Baptista, 2003). La recolección de datos la

¹ Para revisar en detalle la Carta Circular 15-2011-2012, acceda al documento en <http://tecnovirtualpr.com/educacion/index.php/repositorio/category/26-cartas-circulares-2011-2012>.

obtuvimos mediante 14 entrevistas individuales semiestructuradas y ocho grupos focales, que estuvieron constituidos por un mínimo de cinco participantes y un máximo de trece.

Participantes

Los participantes pertenecen a varios sectores que incluye a estudiantes, maestros/as, directores/as escolares y padres, madres o encargados/as de seis comunidades escolares, constituidas por dos escuelas elementales, dos intermedias y dos superiores. Las escuelas estaban localizadas en Morovis y Dorado. La Directora del Programa de Salud Escolar que se encontraba en el Nivel Central del DE para la fecha de 2015 también participó de este estudio. Cinco directores/as escolares y siete maestros/as participaron voluntariamente de una entrevista semiestructurada individual. Las materias de enseñanza de los docentes eran: salud, vida en familia, ciencia, español y estudios sociales. Además, participaron once madres y un padre. Las once madres formaron parte de dos de los grupos focales. Entrevistamos individualmente a un padre, único en presentarse en las primeras reuniones convocadas. Los/as estudiantes asistieron a un grupo focal. Cada grupo representó una de las escuelas. La muestra estuvo constituida por 49 estudiantes, que en su mayoría (79.6%) residían en la zona rural de su pueblo. Invitamos a participar a niños/as de quinto y sexto grado ya que la técnica de grupo focal requiere que los/as personas se comuniquen y discutan abiertamente los asuntos tratados, de modo que resultaba más conveniente entrevistar a aquellos/as con un mayor nivel de desarrollo comunicativo. Las entrevistas fueron facilitadas por los instrumentos que se describen a continuación.

Instrumentos

La información recopilada la obtuvimos mediante varias hojas de preguntas guías que desarrollamos tomando en cuenta los

objetivos de la investigación y variaban según fueron dirigidas a cinco grupos de participantes diferentes. La duración de la discusión fue entre 17 minutos a una hora. Utilizamos, seis viñetas para los grupos focales de niños/as; las cuales contenían una lámina, una historia y una guía de preguntas que fueron creadas por la investigadora principal. La duración de la misma fue de aproximadamente una hora. Llevamos a cabo un estudio piloto con una niña de nueve años y un niño de diez años para evaluar el nivel de comprensión de las viñetas. En el estudio piloto los/as niños/as demostraron comprender las instrucciones, las historias de las viñetas y las preguntas guías; de modo que formaron parte de los instrumentos de la investigación. Todos los instrumentos descritos, así como el proceso de reclutamiento y el procedimiento, fueron evaluados y aprobados por el Comité Institucional para la Protección de los Seres Humanos en la Investigación (CIPSHI) de la Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras (con número de aprobación #1415-176) y por el DE.

Procedimiento

Una vez el CIPSHI y el DE aprobaron la investigación, iniciamos el proceso de reclutamiento, utilizando un muestreo por disponibilidad y conveniencia. Simultáneamente, identificamos y contactamos a los/as distintos participantes. Coordinamos la fecha, hora y el lugar de la entrevista con aquellos/as que voluntariamente decidieron participar. Tras visitar las escuelas, identificamos y contactamos a los maestros/as, estudiantes, padres y madres. Varios directores/as escolares, docentes, madres, una trabajadora social y orientadora colaboraron con la identificación de los/as posibles participantes. A los/as estudiantes que mostraron interés les fue entregada la hoja de consentimiento informado para el tutor/a. Impartimos las instrucciones a seguir con dicha hoja en general y que entregaran firmada por su madre, padre o encargado/a dentro del sobre sellado a su maestro/a al

día siguiente. La entrega de esta hoja, era esencial para poder entregarles la hoja de asentimiento informado y contar con su participación. Varios maestros/as y una trabajadora social colaboraron en la coordinación de los grupos focales de estudiantes. A los padres y madres que mostraron interés en participar, les pedimos su información contacto para coordinar la fecha de reunión. Antes de iniciar con las entrevistas y grupos focales, todos/as leyeron, entendieron y firmaron la hoja de consentimiento o asentimiento informado; y completaron una hoja de datos demográficos. Los integrantes de los grupos focales fueron reunidos en un salón cómodo y privado ubicado en la misma escuela. A medida que culminaba con las entrevistas procedimos a transcribir la información para hacer los análisis correspondientes.

Análisis

En esta investigación realizamos análisis de contenido cualitativo ya que éste permite organizar los temas, identificar patrones, describir la experiencia de los/as participantes e interpretar sus relatos. El análisis consiste en la codificación del significado de un texto, y en la descripción de la frecuencia, comparación y relaciones de temas tratados (Kvale, 2011). Tomando en cuenta la literatura revisada sobre análisis de contenido, creamos una lista de categorías y subcategorías siguiendo las

hojas de preguntas guías. Organizamos las verbalizaciones de los/as participantes bajo dichas categorías y subcategorías con el fin de interpretar y darle significado a la información recopilada. Transcribimos un total de 23 narrativos que codificamos utilizando NVivo. Con el fin de precisar la consistencia de las codificaciones, coordinamos reuniones de consenso.

El análisis de contenido cualitativo lo ejecutamos al mismo tiempo que estudiábamos la implantación de la Carta Circular 15-2011-2012. Evaluamos la carta tomando en cuenta algunos de sus objetivos, solamente los que eran trascendentales para esta investigación. Chambers (2000) establece que las metas y objetivos forman parte de los criterios para analizar los logros de la implantación y que, específicamente, los objetivos funcionan como medida para ver si la política pública es practicada de acuerdo a los propósitos establecidos. Al utilizar este criterio, leímos minuciosamente la Carta Circular 15-2011-2012, identificamos los objetivos y determinamos si estos se estaban cumpliendo, si no se estaban cumpliendo o si se estaban cumpliendo parcialmente. La evaluación de los objetivos la realizamos al culminar el análisis de contenido de las entrevistas y grupos focales. A continuación la tabla 1, muestra los objetivos evaluados.

TABLA 1.
Objetivos de la Carta Circular 15-2011-2012.

Objetivos estudiados
<ul style="list-style-type: none"> • Promover la educación en salud sexual integral. • Implantar la educación en salud sexual principalmente a través del Programa de Salud Escolar. • Ofrecer la educación sexual desde kindergarten a duodécimo grado "... de forma planificada, sistemática, secuencial y actualizada". • Enseñar de acuerdo al nivel educativo y cognitivo. • Enseñar de forma objetiva, actualizada, honesta y con naturalidad. • Eliminar falsas creencias, actitudes negativas y los miedos hacia la sexualidad. • Fomentar "una visión integral, afirmativa y de respeto de la sexualidad, que evite culpabilizarla, trivializarla o ridiculizarla". • Conocer y cuidar su propio cuerpo. • Promover la abstinencia y el atraso de los encuentros sexuales. • Inculcar en estos/as la preferencia por las relaciones estables, de compromiso y fidelidad.

Objetivos estudiados

- Facilitar entre los jóvenes sexualmente activos las destrezas necesarias para que tomen consciencia de las conductas de riesgos, fortalezcan su autoestima, planeen metas precisas, conozcan los métodos anticonceptivos y la forma correcta de utilizarlos para prevenir las ITS y embarazos, y retomen la abstinencia.
- Fomentar la comunicación y confianza entre los/as estudiantes, sus encargados/as y maestros/as.
- Facilitar la reflexión crítica sobre discursos sociales presentes en los medios de comunicación, tecnología de información y comunicación y círculos sociales.
- Enseñar valores que propicien la toma de decisiones responsables.
- Promover la igual dignidad del hombre y del mujer y la responsabilidad de ambos ante un embarazo.
- Capacitar a los/as docentes y personal administrativo de todos los niveles del Departamento de Educación en varios temas sobre sexualidad.
- Considerar las opiniones y valores de los padres/madres o encargados/as en el proceso de enseñanza-aprendizaje; y contar con su autorización para discutir diferentes temas.
- Crear un plan de evaluación de las actividades de educación sexual con el propósito de medir la efectividad de la implantación.

En la carta circular se observa que los objetivos no aparecen agrupados en una sección específica. Sus objetivos aparecen en diferentes partes del documento, particularmente en la sección que lee: “Modelo de educación para la salud sexual integral”.

No, no. La carta no la conozco (*maestro de estudios sociales y ciencia, nivel elemental*).

RESULTADOS

Implantación de la Política Pública Sobre Educación en Salud Sexual en las Escuelas de Puerto Rico

Conocimiento sobre la Carta Circular 15-2011-2012. Esta categoría se refiere a las ideas que tienen los directores/as escolares y maestros/as sobre los señalamientos y especificaciones que contiene la política pública de educación en salud sexual. La mayoría señaló que no conocían la misma. Solo hubo un director que identificó la carta y una maestra que elaboró sobre ésta. A continuación, parte de las verbalizaciones:

Implantación y atención de la política pública. En esta categoría se agrupan las verbalizaciones que de cierta forma denotan que la carta circular es atendida o no en las escuelas, según la directora del Programa de Salud Escolar y los/as directores/as escolares. De sus señalamientos se observa que ésta no es implantada en todas las escuelas y que se responsabiliza al/a maestro/a de salud por la implantación. Algunas expresiones fueron:

...no recuerdo muchos datos sobre la información medular de la carta, pero tengo conocimiento de la carta (*directora escolar, nivel superior*).

¡Nosotros quisiéramos que hubiese un maestro de salud escolar en cada una de las escuelas! ...Pero la realidad es que no...no... nosotros somos personal que se sufraga con fondos estatales (*Directora del Programa de Salud Escolar*).

Sí. Sí, tuve la oportunidad de leerla, si estamos hablando...me parece que la más reciente es la del 15-2011-2012 (*director, nivel intermedio*).

La educación sexual en esta escuela, como yo le dije anteriormente, no se está implantando en la escuela porque no tenemos maestros de salud (*Director escolar, nivel elemental*).

Participación en talleres de capacitación. Una de las indicaciones que aparece en la Carta Circular 15-2011-2012, es el ofrecimiento de talleres a los docentes y a los padres, madres y encargados/as. Por

tanto, esta categoría agrupa los señalamientos acerca de la participación de los maestros/as y madres/padres en talleres, cuyos objetivos hayan sido capacitarlos en los temas de salud sexual. Las respuestas de los/as participantes coinciden y muestran que muchas veces estos no se realizan. Algunos mencionaron lo siguiente:

Entiendo que no. Entiendo que no, no, no hay talleres como tal para educación sexual... no tenemos este' talleres específicos para los maestros, realmente no los tenemos (*directora escolar, nivel elemental*).

Pero no he tenido una...una orientación de esa Carta (*maestra de salud, nivel intermedio*).

¡Nunca, nunca en la vida, tú sabes! (*padre*).

Autorización de los padres/madres y encargados/as. Esta categoría muestra si se implanta el proceso de solicitar la autorización. Sobre esto, algunos maestros/as y madres respondieron afirmativamente y explicaron que el proceso de solicitud se hace a través del prontuario que se entrega a inicios del año escolar. Una de las respuestas fue:

La política pública ya está establecida. Este, yo en realidad no envié una carta diciendo que vamos a tocar un tema u otro. En el prontuario están los temas establecidos. Ellos lo ven, lo firman al comienzo del semestre escolar (*maestra de salud, nivel superior*).

Temas Vinculados a la Salud Sexual, discutidos en la Sala de Clases y Estrategias Didácticas

La enseñanza de salud sexual en las escuelas. Bajo esta categoría presentamos algunas de las expresiones de la Directora del Programa de Salud Escolar sobre cómo es la educación sexual que reciben los/as estudiantes de las escuelas públicas, los/as

docentes con relación a la práctica de enseñanza que han ejercido y de los/as estudiantes acerca de cómo evalúan la educación que han recibido sobre el tema. En términos generales, las siguientes expresiones muestran que para la Directora del Programa de Salud Escolar los temas se discuten con los/as estudiantes desde una base científica y educativa y que le corresponde principalmente al maestro/a de salud enseñar el tema de sexualidad. Un maestro expresó que no tocaba el tema en nivel elemental por tabúes que prevalecen en la comunidad, los cuestionamientos de los padres/madres y por miedo a perder su trabajo. Por su parte, los/as estudiantes señalaron que los temas se tocan de forma superficial y muy general y que mayormente se habla de protección y de infecciones de transmisión sexual sin explicar cómo ocurre el contagio. Algunas de sus respuestas fueron:

Pues mira la enseñanza en salud que reciben los estudiantes es una de base, con base científica y con educación. [...] ventajosamente los únicos capacitados en sexualidad humana son los maestros de salud escolar... Eh', nosotros llevamos una educación en sexualidad sin lados, es sencillamente lo que es educativo (*Directora del Programa de Salud Escolar*).

[...] en elemental eh' para ser te honesto yo evito el tema... Sí, he notado que ellos están muy deseosos de conocer más, ¡están muy deseosos de conocer más!, pero...Te soy honesto, el miedo que vive el maestro con las consecuencias que esto pueda traer... pues lo mejor a veces es obviar el tema. Triste por demás, pero es...es... (*maestro de estudios sociales y ciencia, nivel elemental*).

Como hablamos horita que siempre hablan de las enfermedades sexuales, pero no dicen cómo se transmite,

¿cómo uno puede evitar que se transmita!... Eso para mí también es protección... (estudiante, nivel intermedio).

No es bien educativo que digamos, o sea no te dicen específicamente lo que tú necesitas saber. Todo es bien general (estudiante, nivel superior).

Temas y conocimiento de salud sexual.

En este segmento, se agrupan los temas de salud sexual que se han enseñado en la escuela desde el punto de vista del estudiantado de nivel elemental, intermedio y superior. Es importante señalar que, aunque enfatizamos a inicios y durante las discusiones de los grupos focales que sus respuestas y argumentos debían aludir solo a lo enseñado en la escuela, cabe la posibilidad de que las expresiones de los/as estudiantes de nivel elemental hagan referencia a lo aprendido, tanto en la escuela como en el entorno social. Algunos estudiantes de nivel elemental señalaron que los cambios corporales que enfrentan los niños y niñas forman parte del ciclo de vida y que los mismos están relacionados con las hormonas. Sobre los valores personales, unos niños/as indicaron que los maestros/as les han hablado sobre la aceptación de sí mismo y acerca de los encuentros sexuales expresaron rechazo por las posibles consecuencias negativas. Por otro lado, los/as estudiantes de nivel secundario indicaron que los temas de salud sexual que se han discutido principalmente en las escuelas han sido abstinencia, infecciones de transmisión sexual y proceso de embarazo. Parte de sus respuestas fueron:

Sí, porque las hormonas están cambiando... (nivel elemental).

Missi porque tiene cambios en sus partes (nivel elemental).

Los maestros me han dicho que eh' una persona debería estar contenta como es... (nivel elemental).

Autoestima yo lo he escuchao' (nivel elemental).

Que pa' eso, que pa' eso tienen que tener el control porque que eso no es así porque sí. Que cuando uno tiene novio avisarles a los papás eso (nivel elemental).

A esa pregunta es un seguro no (nivel elemental).

Las enfermedades (nivel secundario).

Cómo sucede el embarazo (nivel secundario).

Actividades didácticas. Esta categoría, hace referencia a los ejercicios o dinámicas que se utilizan en la escuela para facilitar la enseñanza y responde a la pregunta de cómo se enseña salud sexual. Presentamos algunas de las expresiones de los docentes y estudiantes. En resumen, algunos maestros/as mencionaron que daban reflexiones, películas, tirillas cómicas, collage, informe oral y escrito sobre las infecciones de transmisión sexual, diagramas, preguntas abiertas y el bebé cibernético. Mientras, que los/as estudiantes dijeron que la enseñanza en salud sexual era a base de conferencias, del libro, proyectos sobre las infecciones de transmisión sexual y embarazo a temprana edad, videos sobre fecundación y embarazo y conversatorios entre el grupo y la maestra. A continuación, parte de las verbalizaciones:

Yo les doy como diagrama, para ellos identificar sus partes, sus funciones. Todo eso (maestra de ciencia y español, nivel elemental).

Ahora mismo, se llevaron cartas para que tú digas quién eres, tú eres una mujer o un hombre, qué decisiones tú vas a tomar, qué tú quieres para ti (maestra de salud, nivel intermedio).

Este' y lo que yo hago para poder integrar esta parte de la parte espiritual, obviamente, uso la Biblia de referencia, pero tomo versículos en específicos este' que tengan que ver generalmente con todas las religiones este' para así no afectar a nadie. No se predica. Sabes' solamente se utiliza como reflexión (*maestro de salud, nivel superior*).

Y en la elemental nos ponían video de los espermatozoides y todas esas cosas (*la participante ríe*) (*estudiante, nivel intermedio*).

Libros y hablar (*estudiante, nivel superior*).

Ahora mismo hacen todo, la maestra hace todo con libros y eso. Pero lo más efectivo es cuando ella nos habla (*estudiante, nivel superior*).

La educación sexual y las necesidades del estudiantado. Esta categoría, agrupó las opiniones de la Directora del Programa de Salud Escolar, de los directores/as escolares, maestros/as, madres/padre y estudiantes con relación a si la enseñanza recibida en las escuelas ha respondido a las necesidades del estudiantado. Para propósitos del artículo, presentamos las expresiones de los/as estudiantes, quienes plantearon que la enseñanza recibida ha atendido parcialmente sus necesidades o no las ha atendido porque se quedan con dudas. Indicaron que reciben la enseñanza "muy tarde", cuando ya muchos/as están activos/as sexualmente y porque no reciben toda la información necesaria para enfrentar un encuentro sexual, incluyendo la presión de grupo y de pareja y utilizar correctamente los métodos anticonceptivos. Algunos dijeron:

En parte. Porque a mí personalmente me interesa saber algo más y no lo dicen... con que uno puede preguntar, pero como que otra persona pues van a mirar: "mira esta...". Uno no puede hablar algunas veces. No lo digo por

mí, pero para otras personas a lo mejor tengan dudas y no... no se atreven a decirlo por como son las otras personas que la charlan (*estudiante, nivel intermedio*).

Yo creo que no porque hablan del tema... o sea de este' los factores y lo que puede ocurrir... Pero, te dicen: cuando pase eso busca ayuda, un adulto, que se yo. Y yo me quedo como que: aja' pero si yo no tengo la confianza, pues entonces qué hago, ¡pues me aguanto porque no tengo la confianza con nadie de hablar! (*estudiante, nivel superior*).

Las categorías descritas bajo esta sección nos confirman que parte de los objetivos de la política pública no se cumplen.

Supervisión hacia la Implantación de la Política Pública

Esta pregunta fue contestada con una sola categoría: supervisión de la implantación. La misma agrupa las expresiones de la Directora del Programa de Salud Escolar y directores/as escolares, en cuanto a cómo el DE y cada una de las escuelas participantes supervisan la implantación de la política pública. La directora del programa indicó que no existe un proceso de supervisión formal y documentado. Las respuestas de los directores/as escolares demuestran que no se supervisa el cumplimiento de la política pública, sino el trabajo que realizan los/as docentes en sus respectivas materias de enseñanza. Algunos/as señalaron:

Bueno, todas las políticas públicas tienen que ser cumplidas, todas. De decirte así que existe un informe para que cada director escolar para que redacte o complete sobre la implementación, no. No es algo como que exista (*Directora del Programa de Salud Escolar*).

Bueno, no es que se supervisa. Nosotros supervisamos los procesos

porque ellos tienen que llevar lo que está en ese currículo... (*directora escolar, nivel superior*).

En la siguiente sección se discuten los resultados tomando en cuenta la evaluación de los objetivos de la política pública.

DISCUSIÓN

El Problema de la Implantación

La Carta Circular 15-2011-2012 consta de varias limitaciones, entre ellas su mirada conservadora, porque no toca los temas de perspectiva de género, identidad de género, orientación sexual, entre otros. De modo que deja a un lado temas trascendentales que toda educación en salud sexual integral debe incluir, de acuerdo a lo establecido por Sebastini y Guinn (2014) y el Informe del Relator de la Naciones Unidas (2010). De su formulación nos llama la atención, que indica que debe promoverse la salud sexual integral y al mismo tiempo, no mencione temas necesarios para alcanzarla. Esto es considerado como una violación a los derechos humanos de los niños/as y adolescentes por obstaculizar el desarrollo pleno de su identidad y de su salud sexual (Sebastini & Guinn, 2014). Esta mirada conservadora responde, como mencionan Chambers (2000) y Spano (2000), a las ideologías y valores culturales que emergen y se reproducen en nuestro contexto socio-histórico, y que logran penetrar el proceso de la formulación e implantación de las políticas públicas. A pesar de que la política pública vigente contiene serias limitaciones que necesitan atenderse, ésta presenta asuntos importantes sobre la salud sexual que deben formar parte de la práctica educativa. Sin embargo, la información compartida por los/as participantes de esta investigación, demuestra que estos no han sido implantados debidamente.

Tras escuchar a varios participantes, nos parece que se reconoce al maestro/a de salud como el principal responsable de la enseñanza de salud sexual. El maestro/a de

salud está consciente de que la sexualidad es un estándar importante en su materia y que la enseñanza debe ser acorde al nivel educativo y cognitivo de los/as estudiantes. Son estos maestros/as los que muestran mayor conocimiento de la carta circular, del currículo de salud escolar y de los componentes de la salud sexual y los/as que mencionan que consideran la carta y el currículo para planificar sus clases. Esto es cónsono con los planteamientos de la Directora del Programa de Salud Escolar. En el caso de los maestros/as de otras materias que tratan de facilitar dicha educación encontramos que tienen poco conocimiento al respecto, lo que dificulta el cumplimiento de los objetivos de la política pública.

Por otra parte, la Directora del Programa de Salud Escolar indicó que los/as maestros/as de salud se encuentran en varias escuelas secundarias, pero no en las escuelas elementales. La directora mencionó que el personal de las escuelas elementales tiene la tarea de traer a discusión temas relacionados a la sexualidad. No obstante, en esta investigación observamos que los maestros/as de escuela elemental no ofrecen el tema, lo que discuten se limita a aspectos biológicos y no tienen la capacitación necesaria para enseñar salud sexual. La enseñanza de sexualidad integrada a las diferentes materias que, según la directora del programa se ofrece a nivel elemental, no está presente en las escuelas visitadas. Además, unos/as participantes indicaron que a nivel elemental se hacen muy pocos talleres y que los que se llevan a cabo usualmente solo tocan el tema de la menstruación y uso de toallas sanitarias. De modo que los/as estudiantes de nivel elemental, reciben una educación bien limitada que no los capacita y que no fomenta el desarrollo de competencias necesarias para manejar y proteger su salud sexual. Esta limitación, también se percibe a nivel secundario porque los/as estudiantes no reciben educación sexual en todos los grados de forma planificada, sistemática y secuencial como establece la política

pública. Una estudiante expresó, que se ofrece la enseñanza muy tarde cuando ya muchos están activos sexualmente y tienen sus propios hijos/as. En este sentido, la prevención de conductas de riesgos y el desarrollo de una salud sexual integral no se cumple por la falta de atención que recibe el tema en los diferentes niveles educativos, por atenderse una mínima parte de la población estudiantil y por la falta de maestros/as capacitados. Por otro lado, en esta investigación también observamos que la mayoría de los directores/as escolares y todas las madres y el padre no conocían la carta circular y tenían ideas vagas, reduccionistas y tergiversadas sobre la salud sexual. Esta situación es exacerbada por la ausencia de adiestramientos, de modo que no se cumple con otro de los objetivos de la carta circular.

Los maestros/as participantes coincidieron en que sus estudiantes también carecen de conocimiento básico sobre la sexualidad, incluyendo el funcionamiento de su cuerpo. Por tanto, la educación sexual que se ha impartido en estas escuelas públicas no ha sido la adecuada o el/a estudiante no ha recibido la misma ante la ausencia de maestros/as de salud o maestros/as capacitados/as en los temas. Los/as estudiantes de nivel intermedio y superior dejan claro que reciben una enseñanza superficial y “slow”. Tomando esto en cuenta, puede decirse que los/as estudiantes participantes no han desarrollado las competencias necesarias. Por ejemplo, para la toma de decisiones informadas, práctica sexual responsable, entre otra información relevante que potencie su desarrollo personal y emocional. Este asunto acentúa los riesgos para la salud sexual (Nieves, 2010; Sebastini & Guinn, 2014).

Los/as estudiantes también informan que la enseñanza que reciben no es completamente objetiva. Estos/as identificaron maestros/as, incluso maestros/as de salud, que no discutían el

tema abiertamente por tabúes y miedo a los padres y a las madres. Esto ejemplifica la presencia de valores e ideologías culturales en la enseñanza y el acoso que han hecho grupos de padres y madres que, impulsados por ideologías religiosas y una visión tergiversada de la sexualidad, vigilan y cuestionan los contenidos educativos, posicionando al docente en una situación vulnerable. La imposición de creencias religiosas que hacen ciertos grupos demuestra una situación en la que se viola la separación de Iglesia y Estado que establece la Constitución de Puerto Rico (Ramos-Ortiz, 2004). Por tanto, el objetivo que plantea enseñar de forma objetiva, actualizada, honesta y con naturalidad, no se alcanza debidamente. Esto contradice lo expresado por la Directora del Programa de Salud Escolar, quien plantea que se ofrece una enseñanza con base científica.

Por otra parte, tomando en consideración lo informado por la comunidad escolar participante, nos parece que los siguientes objetivos se concretizan en la práctica educativa: promover la abstinencia y el atraso de los encuentros sexuales; inculcar en estos/as la preferencia por las relaciones estables, de compromiso y fidelidad; y fomentar la comunicación y confianza entre los/as estudiantes, sus encargados/as y maestros/as. Las siguientes expresiones de los/as participantes lo demuestran:

Tener abstinencia hasta que tener una edad avanzada, que tengas una madurez alta y no dejarse llevar por lo que te digan, por la presión de grupo (estudiante, nivel intermedio); Nos dijeron que no hay que salir sin permiso y que los padres tienen que saber si es buena persona (estudiante, nivel elemental); y, En el prontuario te explican todo lo que esperan cubrir, todos los temas te los dicen ahí. Cualquier cosa si uno no está de acuerdo, mantén comunicación con la maestra cuando esté en la hora de capacitación, ya

sea por religión o cualquier otra situación [...] (*madre*).

Los objetivos que se cumplen reflejan valores sociales y culturales que son ampliamente aceptados, por lo que su enseñanza no resulta problemática. En este sentido, como plantea el construccionismo social, la escuela cumple con su función técnica al reproducir normas sociales, limitar la enseñanza a los temas que son acorde con la ideología dominante (Gergen, 2007) y al sancionar otros que son de gran importancia para la salud sexual integral.

Otros objetivos son cumplidos parcialmente, tales como: “facilitar entre los jóvenes sexualmente activos las destrezas necesarias para que tomen consciencia de las conductas de riesgos, fortalezcan su autoestima, planifiquen metas precisas, conozcan los métodos anticonceptivos y la forma correcta de utilizarlos para prevenir las infecciones de transmisión sexual y embarazos y retomen la abstinencia”. Los maestros/as reconocen que la educación que imparten no atiende eficazmente a los/as estudiantes que están activos. Se presenta como limitada, al no incluir a toda la población estudiantil en la discusión del tema. El énfasis en la abstinencia y la exclusión de estudiantes en la enseñanza de métodos anticonceptivos refleja una vez más la presencia de valores e ideologías sociales y religiosas en la enseñanza de salud sexual.

Ahora bien, lo establecido por la mayoría de los maestros/as y algunas madres demuestran que se cumple con la solicitud de autorización a los/as padres, madres y encargados/as. La misma se hace principalmente por medio del prontuario que se entrega a inicios del año escolar. La validez de este proceso de solicitud fue confirmada por la Directora del Programa de Salud Escolar. Sin embargo, este objetivo se implanta parcialmente porque hay maestros/as y madres/padres que dicen que no realizan o no han visto esta práctica. Entendemos que los/as docentes que no la llevan a cabo, desconocen la Carta Circular.

La carta circular también indica que debe evaluarse la efectividad de la implantación de la política pública. En esta investigación se evidencia que la misma no se realiza y que no existe un proceso formal de supervisión de la enseñanza de salud sexual por parte del Programa de Salud escolar y los/as directores/as escolares. Esto abre el camino para que no se cumplan muchos de sus objetivos. Además, la supervisión de la política pública no es posible cuando hay muchos/as directores/as escolares y maestros/as que ni siquiera conocen cuáles son sus estipulaciones.

El Contenido de la Enseñanza de Salud Sexual

Tomando en cuenta lo presentado, entendemos que lo que se habla de sexualidad y se implementa de la política pública a nivel elemental y secundario, se agrupa en tres enfoques de enseñanza usualmente utilizados en la educación formal y que Sebastini y Guinn (2014) describe en su escrito. Estos son el enfoque moralista, que se basa en la transmisión de normas de conductas, costumbres y valores socialmente aceptados; enfoque biológico, en el que predominan los temas de estructuras y funcionamiento del cuerpo y proceso de embarazo; y el enfoque preventivo o patológico, el cual pone énfasis en las consecuencias negativas, tales como embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual. Existen otros enfoques de enseñanza como el afectivo o erótico que pueden integrarse en las escuelas, pero usualmente se dejan a un lado en los países con líderes conservadores como ocurre en el nuestro.

Cabe señalar, que el conocimiento que los/as estudiantes de nivel elemental muestra sobre los cambios físicos, es muy básico y no alcanzan lo que se espera en los grados quinto y sexto, como sugiere el currículo de salud. Lo descrito, claramente responde a la educación limitada que los/as estudiantes de nivel elemental han recibido. Otro tema presente en la enseñanza de nivel

elemental es el de valores, lo que cumple con lo establecido en la política pública. Ahora bien, entendemos que al igual que otros temas, éste se discute de forma superficial porque los estudiantes/as solo mencionaron diferentes valores, pero no definieron o elaboraron sobre los mismos. Es importante mencionar que algunos maestros/as indicaron que lo que se cubre en la sala de clases, no responde a las necesidades del estudiantado porque los temas no atienden a los/as jóvenes que están activos sexualmente. El tema de autoestima se trabaja muy poco como herramienta de aceptación y respeto de sí mismo y se les habla de anticonceptivos, mas no se les enseña cómo utilizarlos. Esto quebranta el enfoque preventivo e integral que, según la Directora de Programa de Salud Escolar, tiene la política pública. Además, deja ver que no se atienden las necesidades del estudiantado de todos los niveles.

De acuerdo a los maestros/as, la educación sexual se implanta por medio de diferentes actividades didácticas. En términos generales, las actividades que realizan los/as docentes pretenden evaluar lo aprendido de varios conceptos del funcionamiento del cuerpo y facilitar la reflexión del conocimiento de sí mismo y planes futuros. Llama la atención el uso de la Biblia como herramienta didáctica en el salón de clases, como lo hace uno de los maestros participantes. Esto nos indica que en ciertas escuelas se promueve una educación sectaria u religiosa, lo que refleja la presencia de la Iglesia en el quehacer del Estado y pone en entredicho su separación, así como la fiscalización y supervisión que se realiza en las escuelas participantes.

Mientras, los/as docentes identificaron una variedad de estrategias para hablar de temas relacionados a la sexualidad, el estudiantado de nivel secundario planteó que lo más que se lleva a cabo son conferencias con enfoques biológico y preventivo/patológico, y que muchas veces

estas no capturan su atención. Ellos y ellas solicitaron que los temas sean discutidos de forma dinámica acorde con sus necesidades y el contexto social en que interactúan. En este sentido, las estrategias didácticas juegan un rol esencial en la atención, comprensión, reflexión y retención de la información de los/as estudiantes. Queda evidenciado que el uso de estrategias constructivistas fomenta el aprendizaje y son del agrado de éstos/as (Gergen, 2007). Tomando en cuenta los temas que se discuten y la forma que se enseña en las escuelas participantes, puede decirse que en éstas predomina el Modelo Tradicional de Educación Sexual que Vallejo (2012) describe en su investigación. Dicho modelo tiene como objetivo promover la abstinencia como único método para evitar las enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados, lo cual no se aleja de los entendidos de la Carta Circular 15-2011-2012.

Recomendaciones

El contenido de la Carta Circular 15-2011-2012 debe ser modificado por las limitaciones mencionadas y debe invitar objetivamente a una educación en salud sexual integral. Recomendamos un plan de acción que incluya diversos adiestramientos, planificado por expertos/as, sobre lo que constituye la salud sexual integral, su importancia y relación con la perspectiva de género y sobre su gran valor para el bienestar personal y social. Los adiestramientos deberían tener un enfoque constructivista y podrían realizarse en las escuelas, hogares, comunidades y entidades gubernamentales. Para no incurrir en un gran gasto fiscal, los mismos podrían ser facilitados por universitarios/as y profesionales voluntarios/as capacitados/as en la temática. Además, es necesario que las entidades gubernamentales reúnan esfuerzos para trabajar de forma coordinada y planificada.

Los sectores de las comunidades escolares que participaron en este estudio

hicieron recomendaciones valiosas hacia la forma en que se enseña salud sexual que deberían ser tomadas en consideración. Parte de lo que mencionaron, se fundamenta en reglamentar formalmente la enseñanza obligatoria de salud sexual en todos los grados y niveles educativos acorde con las dudas, necesidades y problemáticas de la población estudiantil. Llevar a la práctica esta sugerencia requiere de una gran reestructuración del Programa de Salud Escolar y una inversión económica que en estos momentos históricos de crisis fiscal el gobierno no respaldaría. No obstante, si se llevara a cabo una educación en salud sexual integral y se implementara debidamente el currículo de salud, la inversión económica debe realizarse. Esto debido a que se ha comprobado que los programas adecuados son costo-efectivos para el gobierno y ayuda a reducir el gasto fiscal en áreas tales como tratamiento de infecciones de transmisión sexual/VIH, dependencia gubernamental, entre otras (Planned Parenthood Federation of America, s.f.).

Ante las diferentes dificultades que enfrentan los/as estudiantes, es importante también que el programa de salud escolar cuente con el apoyo de un equipo interdisciplinario que los atiendan al momento de enfrentar problemáticas que los pongan en riesgo. El éxito de la educación sexual integral no puede depender solamente del maestro/a, es necesario que el gobierno provea el personal necesario que lo respalden en las escuelas, entiéndase psicólogos/as, trabajadores/as sociales y consejeros/as escolares capacitados en el tema. Para concluir, urge la elección de un gobierno capacitado y comprometido con políticas públicas esenciales para el desarrollo individual y social.

Conclusiones

En esta investigación describimos qué y cómo se implanta la carta circular, estudiando las opiniones y experiencias de diversos sectores de seis comunidades

escolares y los objetivos de la Carta Circular 15-2011-2012. El análisis de contenido da a conocer que esta política pública se implanta parcialmente en las escuelas participantes, ya que algunos de sus objetivos no se contemplan en la práctica educativa. Aquellos objetivos que se cumplen, guardan relación con ciertos valores religiosos y normas sociales aceptadas. Uno de los problemas fundamentales que no permite el cumplimiento de los objetivos es la desinformación que algunos/as tienen tanto de la política pública como de la salud sexual. Además, la complejidad social, política, económica e institucional en que vivimos son otros fenómenos que explican la atención parcial que recibe la política pública. Coincidimos con el planteamiento de Sebastini y Guinn (2014), que a pesar del rol primordial que tiene la sexualidad para los seres humanos, ésta no ha recibido la atención necesaria debido a que en los países como el nuestro dominan líderes conservadores y existe una visión limitada de la sexualidad que la restringe a los espacios privados y que solo la iguala a los cambios físicos, reproducción y riesgos a la salud. Las ideologías conservadoras y religiosas que fomentan una visión negativa y tergiversada de la sexualidad quebrantan cualquier intento de educación sexual integral y limitan el quehacer de los docentes. Siendo así, urge la creación de diferentes medidas para atender la desinformación presente en las distintas comunidades.

La Carta Circular 15-2011-2012, refleja valores sociales y culturales predominantes; sin embargo, no se cumplen muchos de sus objetivos. Esto nos lleva a cuestionar el valor real e impacto que tienen las cartas circulares de educación sexual del DE en las escuelas. Los resultados sugieren que la ausencia parcial de su implantación consiste en un problema de continuidad y vigilancia de los proyectos educativos por parte del departamento; lo que demuestra que el proceso de implantación requiere mucho más que unas hojas escritas.

Esta investigación evidencia que la enseñanza en salud sexual integral está ausente en la mayoría de los años escolares de los niños/as y jóvenes entrevistados. Esta realidad junto con la enseñanza limitada y superficial de ciertos temas ubica la salud sexual del estudiantado en una posición vulnerable que repercute en serias problemáticas, tales como: baja autoestima, rechazo a sí mismo, incapacidad para manejar la presión de grupo y de pareja, abuso sexual, sexo no seguro, infecciones de transmisión sexual/VIH, embarazos no deseados, violencia de género, entre otros. La enseñanza de salud sexual no puede quedar a un lado, pues ésta es un derecho humano que marca nuestro desarrollo e identidad y una decisión relacionada a ésta nos afecta toda la vida (Sebastini y Guinn, 2014). Por tanto, es importante impartirla adecuadamente si es que se desean mejores individuos y por consiguiente, una mejor sociedad.

REFERENCIAS

- Chambers, D. (2000). The analysis of policy goals and objective in social programs and policies. En D.E. Chambers (Ed.), *Social Policy and Social Programs: A Method for the Practical Public Policy Analyst*. (79-109) Kansas, United States: Pearson Education Company.
- Departamento de Educación de Puerto Rico. (2012). *Carta Circular Núm.: 15-2011-2012. Política pública de educación en salud sexual en las escuelas públicas del Departamento de Educación*, 1-10.
- Gergen, K. (2007). El construccionismo social y la práctica pedagógica. En M.E. Mesa & S. Diazgranados (Eds.), *Construccionismo social, aportes para el debate y la práctica* (pp. 213-244) Los Andes, Colombia: Ediciones Uniandes.
- Hernández, M.; Fernández, C. & Batista, L. (2003). El proceso de investigación y los enfoques cuantitativo y cualitativo hacia un modelo integral. En *Metodología de la investigación*. (3-28) México, México: Mc Graw Hill.
- Kvale, S. (2011). Análisis de las entrevistas. En *Las entrevistas en investigación cualitativa*. (134-154) Madrid: España: Ediciones Morata, S.L.
- Naciones Unidas. (2010). Informe del Relator Especial de las Naciones Unidas sobre el derecho a la educación sexual. *Sexagésimo quinto período de sesiones Promoción y protección de los derechos humanos: cuestiones de derechos humanos, incluidos otros medios de mejorar el goce efectivo de los derechos humanos y las libertades fundamentales*.
- Nieves, I. (2010). La política pública de educación en salud sexual en Puerto Rico. *Cuaderno de investigación en la educación*, (25), 137-154.
- Organización Mundial de la Salud. (2002, 2016). *World Health Organization*. Recuperado en www.who.int/en/
- Planned Parenthood Federation of America. (s.f). *Reducing teenage pregnancy*. (Planned parenthood care. No matter what.) Recuperado en https://www.plannedparenthood.org/files/6813/9611/7632/Reducing_Teen_Pregnancy.pdf
- Ramos-Ortiz, A.M. (2004). Análisis de los derechos constitucionales de los estudiantes del Sistema de Educación Pública de Puerto Rico. *Revista Jurídica de Lexjuris de Puerto Rico*. Recuperado en <http://www.lexjuris.com/revista/opcion1/2004/analisis%20de%20los%20derechos%20constitucionales%20de%20los%20estudiantes%20de%20puerto%20rico.htm>
- Serrano-García, I.; Díaz, L.; García, G. & Martínez, F. (2007). ¿Qué es política pública?: Un análisis de las definiciones de psicólogos/as puertorriqueños. En E. Saforcada; N. Cervone; J. Castellá Sarriera; A. Lapalma & M. De Lellis (Eds). (231-252). *Aportes de la psicología comunitaria a problemáticas de la actualidad latinoamericana*. Buenos Aires, Argentina: JVE Ediciones.

- Spano, R. (2000). Creating the context for the analysis of social policies: understanding the historical context. En D.E. Chambers (Ed.), *Social policy and social programs: a method for the practical public policy analyst*. (31-45). Kansas, United States: Pearson Education Company.
- Sebastini, A. & Guinn, M. (2014). *Educación integral de la sexualidad: conceptos, enfoques y competencias*. (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la ciencia y la cultura). Santiago, Chile: Oficina de educación regional de educación para América Latina y el Caribe OREALC/UNESCO Santiago. Recuperado de <http://unesdoc.unesco.org/images/0023/002328/232800S.pdf>
- Vallejo, J. (2012). *Comparación de modelos de educación sexual en el cambio de actitudes en prácticas sexuales por alumnos de nivel superior en la región de Caguas, Puerto Rico*. (Tesis Doctoral). Universidad de Puerto Rico, Río Piedras.