

Diferencias de género en la educación para la salud escolar. Clave y estrategia mediante agentes de cambio

Gender differences in school health education. Key and strategy through change agents

Antonio Manuel Barbero Radío

Doctor en Ciencias de la Salud, Graduado en Enfermería y Sexólogo. Filiación institucional: funcionario de carrera, jefe de negociado de la Unidad de Promoción de la Salud Bellavista-La Palmera del Ayuntamiento de Sevilla, y profesor del Departamento de Enfermería de la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad de Sevilla.

RESUMEN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define adolescencia como la primera etapa de la juventud caracterizada por la maduración de la persona en las dimensiones física y sexual, psicológica y social. Al respecto la fábula de la invencibilidad en jóvenes justifica la mediación en salud (estrategia educadora entre pares) como activo de salud y alternativa frente a conductas de riesgo; preguntando su impacto con el objetivo de conocer la percepción y valoración de la mediación para la salud de las adolescentes, por parte de jóvenes de 14 a 24 años, así como de profesionales expertos en la materia.

La metodología es de investigación cualitativa (diseño descriptivo y transversal) en dos fases; mediante observación participante, 7 entrevistas individuales y 72 grupos focales en jóvenes de 8 institutos y 12 asociaciones de Sevilla, y 38 entrevistas individuales y 3 grupos focales a profesionales.

Los resultados se unen a la discusión: dos tipos de mediación entre iguales; la de salud que comprende información temática y/o asesoramiento para la salud, y la mediación social; menos conocida e incluida en la anterior aunque a priori no las relacionan. La mediación en salud es bidireccional en cuanto facilita la recogida de datos y el diagnóstico de salud en la comunidad, y está considerada un activo de salud por los y las profesionales.

Las conclusiones refieren que las chicas no tienen preferencia por agentes de salud del mismo sexo, tal cual sí expresan los chicos. Por lo demás hay mayor implicación femenina al efecto (conocimiento, predisposición general y voluntariedad mediadora inclusive).

PALABRAS CLAVE

violencia de género, mediación para la salud, conducta del adolescente, investigación cualitativa

ABSTRACT

The WHO defines adolescence as the first stage of youth characterized by the maturation of the person in the physical and sexual, psychological and social dimensions. In this regard, the fable of invincibility in young people justifies health mediation (educational strategy among peers) as a health asset and an alternative to risky behaviors; asking its impact with the aim of knowing the perception and assessment of mediation for the health of adolescents, by young people from 14 to 24 years old, as well as expert professionals in the field.

The methodology is qualitative research (descriptive and cross-sectional design) in two phases; through participant observation, 7 individual interviews and 72 focus groups with young people from 8 institutes and 12 associations in Sevilla, and 38 individual interviews and 3 focus groups with professionals.

The results join the discussion: two types of mediation between equals; that of health that includes thematic information and/or advice for health, and social mediation; less known and included in the previous one although a priori they are not related. Health mediation is bidirectional in that it facilitates data collection and health diagnosis in the community, and is considered a health asset by professionals.

The conclusions refer that girls do not have a preference for health agents of the same sex, as boys do. For the rest, there is greater female involvement in the effect (knowledge, general predisposition and voluntary mediation included).

KEYWORDS

gender violence, mediation for health, adolescent behavior, qualitative research

INTRODUCCIÓN

En las Ciencias de la Salud surgen nuevas oportunidades para la investigación; desde la “promoción” hasta la “mediación” como pericia educadora entre iguales en pro de mejorar los hábitos de vida en la sociedad; poco conocida todavía y susceptible de ser investigada, inclusive en prevención del conflicto y violencia de género. Así el presente estudio plantea el paradigma interpretativo mediante la investigación cualitativa de la mediación en los y las adolescentes de 14 a 24 años mediante dos líneas de acción en Sevilla; tanto en el ámbito de la educación secundaria, así como en el del movimiento asociativo fuera del marco educativo reglado^{1,2}.

La motivación de la investigación radica en la prevalencia de las conductas de riesgo juveniles en la ciudad; mayor en chicos que en chicas, junto a la dificultad que tienen los y las jóvenes para interiorizar el mensaje saludable, así como por las barreras de comunicación de dicha población con respecto a los equipos profesionales y a la propia familia, con especial atención a las conductas de riesgo generadas en el ámbito afectivo sexual y de las Infecciones de Transmisión Sexual; ITS. Al respecto destacan las relaciones sexuales sin protección con una incidencia del 25% en menores de 30 años y del 45% en menores de 20; con la promiscuidad con diferentes parejas como potenciador del riesgo³. Es por ello que se justifica el planteamiento de investigar la efectividad de la mediación para disminuir dichas conductas de riesgo, dada la especial adhesión al mensaje cuando este proviene de iguales^{4,5}.

La mediación viene siendo una estrategia educadora también en salud, mediante la figura del agente mediador/a al efecto. En relación, cabe destacar como antecedente histórico; la influencia de diversas teorías que nutren el marco conceptual de la mediación en Salud: teoría del aprendizaje social; Bandura 1986, teoría de la difusión de la innovación; Rogers 1983, teoría social de la identidad; Tajfel y Turner 1979, teoría de la acción razonada; Fishbein y Ajzen 1975, teoría de la educación participativa; Freire entre otros 1970, y modelo de creencias de salud; Hochbaum entre otros 1958⁶.

El estado actual de la cuestión considera la mediación como la estrategia más segura para cambiar las conductas de riesgo dentro del campo de las ciencias sociales. Ha contribuido a esto, la evolución en la naturaleza de la sociedad moderna y de la juventud, así como el movimiento por la Promoción de la Salud. No obstante, la educación entre iguales evoluciona en Europa de forma desigual, dependiendo de la demografía y la cultura de la población, su entorno y contexto socioeconómico, la preparación y nivel de autodeterminación de los educadores y las educadoras, el contenido y el recorrido del programa en marcha⁷.

En cuanto a la adolescencia, la OMS la define como la primera etapa de la juventud caracterizada por la maduración de la persona en las dimensiones física y sexual, psicológica y social. Se caracteriza por su diversidad aún con aspectos comunes: mayor necesidad nutricional, rápido crecimiento de peso y talla, y aparición de caracteres sexuales secundarios. Ya en el plano psicológico y socio-relacional, la fábula de la invencibilidad en jóvenes justifica la mediación en salud: estrategia educadora entre pares como activo de salud y alternativa frente a conductas de riesgo; cabiendo preguntar sobre su impacto a partir de la teoría de la socialización de Arnett^{8,9}.

En cuanto a los objetivos de la investigación:

Objetivo general

- Conocer la percepción y valoración de la mediación para la salud de los y las adolescentes, por parte de jóvenes de 14 a 24 años, así como de profesionales expertos en la materia.

Objetivos específicos

- Identificar los tipos de mediación existentes.
- Diferenciar la mediación en salud de la mediación social.
- Explorar el nivel de aceptación al objeto de la mediación en adolescentes.
- Determinar el espacio de actuación más eficaz para la mediación.
- Definir el perfil del mediador/a “auctoritas”.
- Descubrir el asociacionismo como espacio de mediación para la atención sanitaria.
- Conocer el grado de identificación agente mediador - programa promotor de salud.

METODOLOGÍA

Investigación cualitativa (diseño descriptivo y transversal) entre los años 2013 y 2016; mediante observación participante, 7 entrevistas individuales y 72 grupos focales en jóvenes de 8 institutos y 12 asociaciones de Sevilla. También, 38 entrevistas individuales y 3 grupos focales a profesionales para triangulación de datos¹.

Criterios de selección: los de inclusión atienden a jóvenes de educación secundaria con experiencia asociativa y de asociaciones con independencia del momento de su educación secundaria reglada, autorización del centro educativo o asociación para la investigación, y profesionales del ámbito asociativo-educativo-sanitario y demás experiencia en la materia. Los criterios de exclusión atienden a personas fuera del rango de 14 a 24 años a excepción de los y las profesionales, y a personas que no hayan firmado el consentimiento informado individual. Al respecto de esto último; la investigación cuenta con el consentimiento de toda la muestra estudiada; sujeto a la ley orgánica de protección de datos 3/2018 de 5 de diciembre, así como con la autorización del Comité de Ética correspondiente.

Atributos: Los de jóvenes son sexo (masculino / femenino), edad (pubertad / adolescencia / juventud), centro (público / privado), sistema (educativo / asociativo), territorio (bajo índice sintético / elevado índice sintético), agente de salud (sí / no), evasión o exclusión (integración en grupo / sin integración en grupo), instrucción (formación previa / sin formación previa), vivencia: experiencia personal / sin experiencia personal. Los de profesionales son perfil profesional (animador/a sociocultural, profesor/a, técnico/a, psicólogo/a, enfermero/a, educador/a, psicopedagogo/a, médico/a, orientador/a, director/a, coordinador/a, trabajador/a social, auxiliar de enfermería, ayudante/a sanitario/a y jefe/a de estudios), empresa (asociación, IES, Centro de Salud, Ayuntamiento, Centro Cívico, Distrito Sanitario, Delegación o Consejería, Centro de Educación Permanente y Universidad), y grupo (Asociacionismo, Sistema Educativo, Sistema Sanitario e Informantes Claves).

Los datos recogidos corresponden a 193 chicos y 234 chicas; reducidos como parte de un análisis básico mediante segmentación en elementos singulares por su relevancia y significancia

para la investigación: unidades textuales o verbatim somtidos a categorización y codificación, sin que procedan interpretaciones previas y respetando la información obtenida. Dicha categorización conlleva la identificación y clasificación de los verbatim somtidos a un mismo tópico o concepto teórico; es textual y simultánea a la separación de los mismos por criterios temáticos en especial, seguidos de criterios conversacionales o sociales. De hecho, las categorías/subcategorías son clasificaciones básicas de conceptualización; tanto predefinidas como por procedimiento inductivo en este caso. Por lo demás, la codificación se realiza asignando unidades de numeración a los datos recogidos, por lo que no es textual sino numérica o simbólica y por consiguiente manipulable por la estadística.

RESULTADOS

Se identifican dos tipos de mediación entre iguales: la mediación en salud y la mediación social; esta última integrada en la primera. La mediación en salud comprende información temática y/o asesoramiento para la salud. Es menos conocida que la mediación social y a priori no la relacionan con ésta. Es bidireccional en cuanto facilita la recogida de datos y el diagnóstico de salud en la comunidad, y está considerada un activo de salud por los y las profesionales. La mediación social es resolución de conflictos y es parte de la mediación para la salud porque revierte en el bienestar psicológico de las personas. La mediación es una estrategia aceptada por los y las adolescentes. Sus contenidos preferidos son los temas psicoafectivo-emocionales y/o sexuales porque salva las barreras de comunicación con familia y profesionales. El perfil de la mediadora también exige que sea de igual edad, entorno y/o experiencia; con formación y liderazgo didáctico así como con habilidad social y comunicativa. A mayor edad hay mayor predisposición a mediar; pero menor exigencia del factor igualdad, con especial valoración de la mediación informal basada en la experiencia y la actitud. El factor igualdad incrementa la validez y aceptación de agentes modelos, así como la participación, confianza, empatía, visión y lenguaje común. Hay más chicas mediadoras que chicos... con menor preferencia en ellas por agentes del mismo sexo. Las jóvenes tampoco identifican al mediador/a como miembro que es del equipo Forma Joven. Hay discontinuidad del programa Forma Joven por falta de recursos, con variabilidad territorial en Sevilla; sujeto a demanda y a la capacidad de acuerdo entre las Unidades de Gestión Clínica y las de Promoción de la Salud de la administración local. Al respecto valoran especialmente su implementación en el sistema asociativo; complementario al sistema educativo obligatorio.

DISCUSIÓN

El análisis del atributo “sexo” refiere una mayoría femenina que se da a casi todas las edades; y no sólo en el voluntariado para esta investigación, sino con más diferencia aún en cuanto al número de mediadoras; en consonancia con los datos estadísticos de la Plataforma de Voluntariado en España². Quizás debido a los condicionantes culturales diferenciales para hombres y mujeres, por el que estas conservan el papel tradicional de prestar su tiempo: desde su afecto y maternidad hasta la solidaridad, cooperación y mediación en la sociedad. Aquí se demuestra un mayor compromiso socioeducativo y sanitario por parte de las chicas, más allá de cuanto concluyen Mario Blanco y Paola Castro en su “Análisis comparativo del compromiso organizacional manifestado”⁶; mientras que en el asociacionismo por

ejemplo, la intervención masculina se basa en la implicación de las entidades en la esfera pública; observándose una mayoría masculina únicamente en las organizaciones políticas o deportivas que aportan mayor relevancia o prestigio social de entre todas las que se han investigado en esta muestra.

Ver Gráfico 1.

El análisis del atributo “edad” en jóvenes refiere las distintas formas de vivir el periodo de la juventud según la fase de la misma en la que se encuentre la persona. Y es que una mera diferencia de 2 años puede ser un abismo en el comportamiento y en la relación con los y las jóvenes. La razón está en la importancia y el número de cambios físicos, psicológicos y sociales en tan poco tiempo; con especial atención al desarrollo cerebral y la autoestima⁴. Así en este caso la mitad de la muestra se agrupa en la fase “adolescencia tardía” de 17 a 19 años; cuyo pensamiento ya adulto y consolidación de identidad y valores propios, favorecen cualquier determinación y posicionamiento; coincidiendo con Ignacio Calderón en su estudio “Jóvenes y Valores Sociales”⁵. La mediación en salud es una oportunidad entorno a la mayoría de edad, que los y las jóvenes anhelan por hacerse ver.

Ver Gráfico 2.

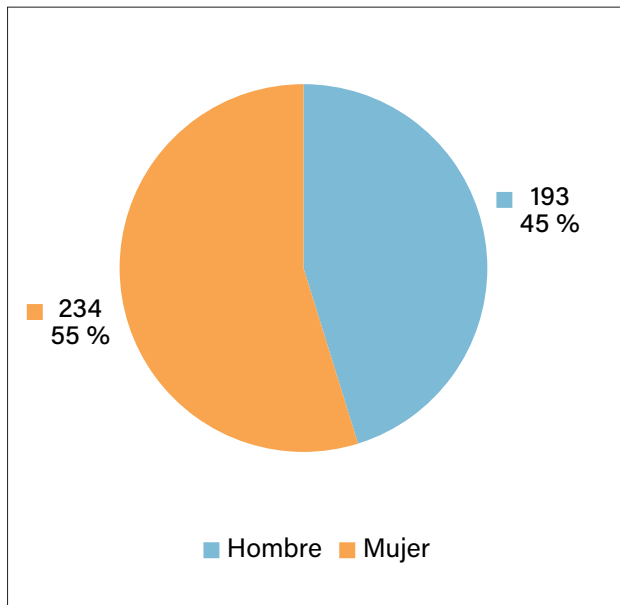
El análisis de los atributos “centro” y “sistema” en jóvenes refiere que la mayoría de la muestra ha sido captada en centros educativos públicos de Sevilla, teniendo en cuenta que esta es también la titularidad hegemónica de institutos en el contexto provincial, autonómico y nacional^{10,11}. En cualquier caso el total de jóvenes refiere experiencia en el asociacionismo; de carácter privado por definición aun con relativa subvención pública. Salvando esto, se detecta que la mayoría de las entidades comunitarias que han aportado muestra; corresponden al denominado tercer sector: organizaciones privadas sin ánimo de lucro que revierten sus beneficios en la propia entidad para seguir cumpliendo sus objetivos fundacionales, así como con capacidad de autocontrol de sus actividades, y marcado grado de participación voluntaria. Todo esto supone el mejor complemento al sistema educativo en materia de mediación en salud; en honor a la teoría asociacionista del aprendizaje; base del conductismo, de la mano de David Hume y John Stuar^{6,12}.

Ver Gráfico 3.

El análisis del atributo “perfil” profesional tiene sentido en relación al atributo “empresa” de pertenencia; y es que hay mayoría de docentes porque hay mayoría de institutos; tal cual centros de salud seguidos de otras unidades del servicio de salud municipal, razón en cualquier caso por la que el perfil sanitario es el que sigue en frecuencia.

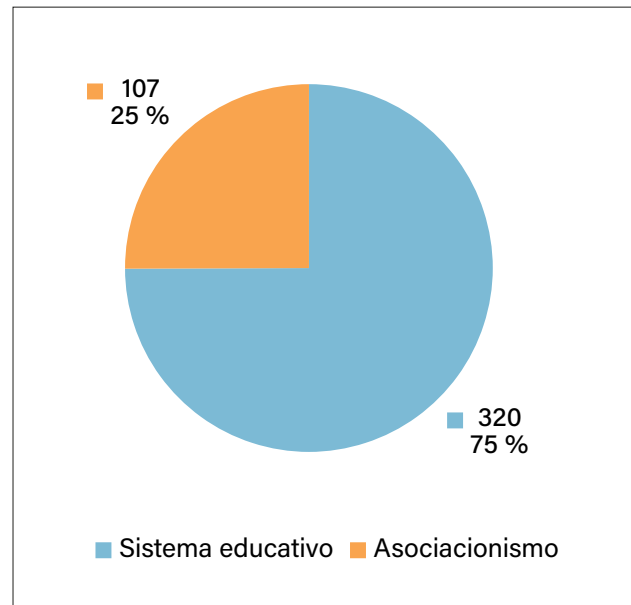
El análisis del “discurso” profesional está directamente relacionado con el “perfil” y la “empresa” de pertenencia; pero más allá de los intereses individuales, cual en su día defendió el sociólogo Reinhard Bendix^{7,13}. En cuanto a lo primero, es de sentido común que cada profesional se pronuncie en el ámbito del que se considera especialista; así el perfil psico-social lo hace del asociacionismo, y el docente y sanitario del sistema educativo y sanitario respectivamente. Por lo demás, la vinculación del discurso con la empresa depende de las competencias de ésta en la materia; por lo que el del sistema educativo y sanitario radican en la administración autonómica que contrata a profesorado y sanitarios. Estos últimos también

Gráfico 1. Frecuencia y porcentaje de jóvenes por sexo.



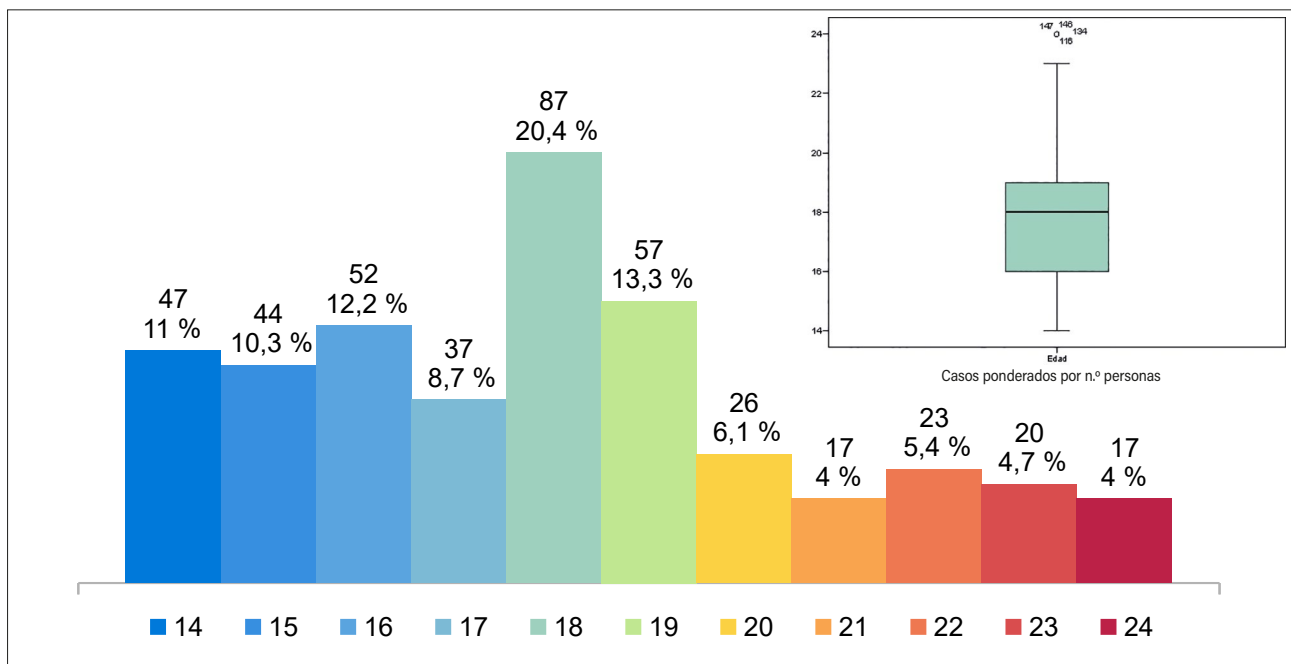
Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 3. Frecuencia y porcentaje de jóvenes por tipo de sistema.



Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 2. Frecuencia y porcentaje de jóvenes por edad.



Fuente: Elaboración propia.

lo son por parte de la administración local, tal cual los profesionales de ámbito psicosocial con respecto al asociacionismo, ya que dicho perfil y la empresa municipal presentan mayor cercanía a la comunidad.

La propia visión de la ciudadanía hacia "su administración" exige al consistorio la facultad de acercamiento y conocimiento de los problemas que se dan en el pueblo o ciudad, sea mediante competencias propias o no, así como favoreciendo la participación ciudadana. Por experiencia; no siempre se da, tal cual reconoce

la propia OMS sea cual sea el nivel de gestión u organización¹⁴; pero en el caso de los ayuntamientos, la propia configuración de los mismos como gobiernos locales, ya facilita la acción integral en la mejora o solución de dichos problemas; inclusive los de salud. Y es que "salud y ciudad" supone un engranaje de desarrollo compartido que deja patente la responsabilidad de un ayuntamiento conforme dictamina la propia ley reguladora de las haciendas locales; tanto con adultos y mayores, como con niños y adolescentes desde la pedagogía¹⁵.

CONCLUSIONES

Hay mayor implicación femenina como agentes de salud (conocimiento, predisposición general y voluntariedad mediadora inclusive). Por lo demás:

- Se identifican dos tipos de mediación entre iguales: la mediación en salud y la mediación social; esta última integrada en la primera.
- La mediación en salud comprende información temática y/o asesoramiento para la salud. Es menos conocida que la mediación social y a priori no la relacionan con ésta. Es bidireccional en cuanto facilita la recogida de datos y el diagnóstico de salud en la comunidad, y está considerada un activo de salud por los y las profesionales. La mediación social es resolución de conflictos y es parte de la mediación para la salud porque revierte en el bienestar psicológico de las personas.
- La mediación es una estrategia aceptada por los y las adolescentes. Sus contenidos preferidos son los temas psicoafectivo-emocionales y/o sexuales porque salva las barreras de comunicación con familia y profesionales.
- El espacio educativo al ser obligatorio es el más pertinente para mediar con adolescentes. El espacio asociativo es más eficaz por ser específico y voluntario, es más autocrítico que el sistema educativo y trabaja con pequeños grupos de seguimiento. Ambos son complementarios. La Universidad y el Ayuntamiento de Sevilla son las instituciones con mayor actividad mediadora de salud en la ciudad. La empresa privada es más sensible a la mediación social.
- El perfil del mediador o la mediadora exige que sea de igual

edad, entorno y/o experiencia; con formación y liderazgo didáctico, así como con habilidad social y comunicativa. A mayor edad hay mayor predisposición a mediar, pero menor exigencia del factor igualdad; con especial valoración de la mediación informal basada en la experiencia y la actitud. El factor igualdad incrementa la validez y aceptación de agentes modelos, así como la participación, confianza, empatía, visión y lenguaje común. Hay más chicas mediadoras que chicos... , con mayor preferencia en éstos por agentes del mismo género.

- El asociacionismo en especial y a través de la mediación en salud, supone la extensión de la Atención Primaria con gran rentabilidad en grupos estigmatizados y/o en exclusión social; a quienes es más difícil acceder a través de la red de Atención Primaria. La población y territorio de más bajo nivel socioeconómico es la principal necesitada de mediación, aun desconociéndola más aún.
- Los y las jóvenes no identifican al mediador/a como miembro que es del equipo Forma Joven. Hay discontinuidad del programa Forma Joven por falta de recursos, con variabilidad territorial en Sevilla; sujeto a demanda y a la capacidad de acuerdo entre las Unidades de Gestión Clínica y las de Promoción de la Salud de la administración local.

AGRADECIMIENTOS

Procede poner en valor la tesis doctoral como contexto del presente artículo; dirigida por doña M^a Ángeles García-Carpintero Muñoz y don José Rafael González López. Para ellos mi reconocimiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. José M. Argimón Pallás, José Jiménez Villa. Métodos de investigación clínica y epidemiológica. Barcelona. Elsevier; 2019.
2. Isabel del Arco Bravo. Empoderamiento comunitario para la promoción de la salud. Madrid. ESIC; 2021.
3. Terri Apter. Cómo interpretar a los adolescentes, retos y placeres de la educación en la adolescencia. Barcelona. Marcombo; 2023.
4. José Casas Rivero y María Jesús González Fierro. Desarrollo del adolescente; aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatría Integral* XVII (2): 88-93. Lima. Universidad Privada del Norte; 2013. Disponible en <https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2013/xvii02/01/88-93%20Desarrollo.pdf>
5. Débora Tajer (dirección). Niñez, adolescencia y género; Herramientas Interdisciplinarias para Equipos de salud y educación. Buenos Aires. Noveduc; 2021.
6. Beatriz Lucas Molina y Marta Giménez Dasí (coordinación). Promoción de la salud a través de programas de intervención en contexto educativo: la oportunidad de la escuela. Madrid. Pirámide; 2019.
7. José Enrique Caballero López. Educación sanitaria y promoción de la salud. Madrid. Síntesis; 2022.
8. María Elena Garassini. Desarrollo positivo adolescente. Ciudad de México. Manual Moderno; 2022.
9. Judith Butler. El género en disputa: el feminismo y la subversión de la identidad. Madrid. Paidós; 2016.
10. Diputación de Sevilla. Diputación de Sevilla [Internet]. Web corporativa de Diputación de Sevilla. 2024 [1 de marzo 2024]. Disponible en <https://www.dipusevilla.es/>
11. Consejería de Educación, Cultura y Deporte. Junta de Andalucía [Internet]. Web corporativa Junta de Andalucía [2 de marzo 2024]. Disponible en <http://www.juntadeandalucia.es/educacion/vscripts/centros/>
12. Gloria Novel Martí. Mediación en salud; en nuevo paradigma cultural en organizaciones que cuidan. Madrid. Reus; 2012.
13. Rocío Rodríguez Rey y María Cantero García. Albert Bandura: impacto en la educación de la teoría cognitiva social del aprendizaje. *Padres y Maestros*. (384): 72-6. Madrid. Universidad Pontificia de Comillas; 2020 Disponible en <https://revistas.comillas.edu/index.php/padresymaestros/article/view/15086/13481>
14. Organización Mundial de la Salud. Salud del adolescente [Internet]. Web corporativa de la Organización Mundial de la Salud [27 de febrero 2024]. Disponible en https://www.who.int/es/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1
15. Jordi Nomen. Cómo hablar con un adolescente y que te escuche. Madrid. Arpa; 2024.

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Barbero Radío AM. Diferencias de género en la educación para la salud escolar. Clave y estrategia mediante agentes de cambio. *Hygia de Enfermería*. 2024; 41(1): 6-10