

# EL EFECTO DE LA EDUCACIÓN SEXUAL EN LOS ADOLESCENTES DE SAN KITTS Y NEVIS<sup>1</sup>

Pauline Russell-Brown,<sup>2</sup> Janet C. Rice,<sup>3</sup>  
Oriol Héctor<sup>4</sup> y Jane T. Bertrand<sup>5</sup>

*Se investiga el efecto de la educación sexual y conyugal en los conocimientos sobre anatomía y fisiología de la reproducción humana de los adolescentes y en su conducta sexual. Seis escuelas de enseñanza secundaria de San Kitts y Nevis se distribuyeron en dos grupos: uno experimental y otro de comparación. Durante 30 semanas los estudiantes de las clases 1a a 4a (grados 8o a 11o) del grupo experimental recibieron educación sexual en dos sesiones semanales de 45 minutos cada una. En los cursos se trató de la reproducción humana y la anticoncepción, el crecimiento y el desarrollo humano y la sexualidad en la adolescencia. Al final del año lectivo, los conocimientos sobre la pubertad, la anatomía de la reproducción, la relación entre coito y embarazo y los métodos anticonceptivos fueron mayores en el grupo experimental que en el grupo de comparación. La educación sexual no modificó los patrones de uso de anticonceptivos de los estudiantes sexualmente activos ni tampoco la actividad sexual de los no iniciados.*

La maternidad de las adolescentes representa un problema social complejo en bastantes países desarrollados y en desarrollo (1). Para la mayoría de las mujeres adultas el nacimiento de un hijo es una ocasión de alegría y esperanza, pero para una adolescente, especialmente si es menor de 17 años, puede significar el fin de la educación académica, el desempleo, la ruptura familiar, tensiones afectivas y problemas de salud para ella

misma o la criatura. En última instancia, puede suponer el inicio de la dependencia respecto a instituciones públicas. Toda la literatura está repleta de estudios en los que se señalan las consecuencias para la salud, sociales, económicas y psicológicas desfavorables de la maternidad a edad precoz (2-5).

Al parecer, varios factores psicosociales y económicos —el deseo de demostrar fecundidad, la falta de posibilidades para emprender una carrera profesional, el sentimiento de enajenación y la influencia sutil de la familia— influyen y contribuyen al embarazo y la maternidad de las adolescentes (6). Otro factor que tiene particular importancia en los programas de educación sexual es la ignorancia en cuanto a la relación entre el coito y la reproducción y al funcionamiento del sistema reproductivo del organismo (7). No es sorprendente que los y las adolescentes estén

<sup>1</sup> Se publica en inglés en el *Bulletin of the Pan American Health Organization*, Vol. 26, No. 1, 1992, con el título "The effect of sex education on teenagers in St. Kitts and Nevis". La correspondencia debe dirigirse a: Janet Rice, Department of Biostatistics and Epidemiology, Tulane School of Public Health and Tropical Medicine, 1501 Canal Street, Room 1007, New Orleans, LA 70112, Estados Unidos de América.

<sup>2</sup> The Population Council.

<sup>3</sup> Universidad Tulane, Escuela de Salud Pública y Medicina Tropical, Departamento de Bioestadística y Epidemiología.

<sup>4</sup> Ministerio de Salud y Asuntos Sociales, San Kitts y Nevis.

<sup>5</sup> Universidad Tulane, Escuela de Salud Pública y Medicina Tropical, Departamento de Ciencias Sanitarias Aplicadas.

mal informados, dado que las principales fuentes de información sobre el sexo y la vida conyugal son los compañeros o los hermanos mayores, que a menudo también lo están (2, 8, 9).

El problema del embarazo de las adolescentes es particularmente agudo en varios de los estados insulares del Caribe oriental. En esos países en los que el embarazo es la principal razón de abandono escolar femenino, para las adolescentes que tienen pocas perspectivas de empleo la gestación es considerada la puerta de entrada a la edad adulta (10). Muchas autoridades públicas y ciudadanos particulares censuran el elevado número de embarazos de adolescentes, pero hay cierto grado de aceptación social de la situación. La maternidad en la adolescencia no es un fenómeno reciente; muchas madres de las adolescentes actuales de estos países tuvieron su primer hijo a esa edad. Las adolescentes que quedan embarazadas prevén una reacción inicial de choque o desaprobación de sus padres, pero a menudo la criatura es aceptada en el seno de la familia una vez llegada.

Los problemas sociológicos y demográficos del embarazo de adolescentes en los países anglohablantes del Caribe oriental son notorios, pero el consenso social no se extiende a la mejor forma de modificar esa situación. Una intervención muy discutida ha sido la educación sobre la vida familiar en las escuelas. La justificación de esta formación radica en la idea de que la ignorancia y la aceptación de ideas erróneas sobre la sexualidad, el embarazo y los anticonceptivos guardan relación con mayores posibilidades de iniciación precoz de la actividad sexual. Los defensores de esta tesis alegan que la educación sobre la vida familiar dará a las adolescentes la información necesaria para evitar un "embarazo por ignorancia", enseñándoles los conceptos básicos de la reproducción e impartiendo enseñanzas sobre anticoncep-

ción (en los programas que lo permitan). Quienes se oponen a este tipo de formación, especialmente cuando incluye información sobre anticonceptivos, alegan que esos programas incitan a los adolescentes a iniciar la actividad sexual a edad temprana y, por lo tanto, agravan el problema del embarazo de las jóvenes y degradan moralmente a la sociedad.

El Fondo de las Naciones Unidas para Actividades de Población, por intermedio de la OPS, ha apoyado mucho los programas de educación sexual en el Caribe oriental durante el último decenio. Gracias a sus iniciativas y las de otras entidades, se han realizado actividades de educación sexual en casi todos los países del Caribe oriental. Sin embargo, hasta la fecha no se ha hecho ningún intento de evaluación sistemática del efecto de esos programas en los conocimientos o la conducta de los adolescentes.

De los países del Caribe oriental, San Kitts y Nevis (dos islas con 47 500 habitantes en total, según estimaciones de 1989) ha sido el más progresista en términos de educación sexual. La incorporación de la misma al plan de estudios de las escuelas se inició en 1970. Otros países se alejaron asustados de "la educación sexual" y favorecieron la información menos explícita sobre "vida familiar", pero las autoridades del Ministerio de Educación de San Kitts y Nevis reconocieron la necesidad de dar a conocer a los jóvenes los hechos básicos de la reproducción y, desde comienzos de los años setenta, se ha modificado poco a poco el plan de estudios en ese sentido.

En el estudio aquí descrito se intentó evaluar los efectos de un curso de educación sexual ofrecido en la escuela secundaria sobre los conocimientos de anatomía y fisiología de la reproducción de los adolescentes, su actividad sexual y su conducta en lo que respecta al uso de anticonceptivos. Se empleó un diseño cuasiexperimental para evaluar dos hipótesis: 1) que la educación sexual lleva a la experimentación sexual a una edad menor; y 2) que incrementa el uso de anticonceptivos por parte de los adolescentes (que ya son) sexualmente activos.

# METODOLOGÍA

Para valorar el efecto de la educación sexual o sobre la vida familiar se compararon los conocimientos y prácticas declaradas de dos grupos de adolescentes, unos que recibieron clases especiales de educación sexual y otros que no la recibieron. Con ese fin, las seis escuelas públicas de secundaria de este país insular se asignaron al grupo experimental o al grupo de comparación (grupo control o testigo) para que hubiera la mayor similitud posible en cuanto a la composición por edad y condiciones socioeconómicas de los estudiantes de los dos grupos. En dos de las escuelas de cada grupo se impartía enseñanza de 8o a 12o grado. Sin embargo, la tercera escuela del grupo experimental impartía de 8o a 11o grado y la del grupo testigo, de 10o a 12o.

## Población del estudio

Se seleccionaron los estudiantes de 12 a 15 años para recibir esta instrucción. Por lo común, los estudiantes de esa edad estarían en las clases 1a a 4a (grados 8o a 11o). Sin embargo, como la edad y el grado académico (o clase) no corresponden exactamente, algunos de los alumnos de las clases seleccionadas tenían 11 años, y otros 16 ó 17. La selección de estudiantes de 12 a 15 años se basó en dos razones. En primer lugar, se consideró que la información era pertinente y útil para esa edad (mucho más que para adolescentes mayores), suponiendo que a los 16 años la mayoría de los adolescentes saben bastante sobre el sexo y tal vez ya han tenido relaciones sexuales. Segundo, el plan de estudios para ese grupo de edad era más flexible y permitía incluir una materia más; los estudiantes del último año de secundaria tienen un plan de estudios más riguroso y deben prepararse para exámenes finales. Por tanto, la población del estudio estuvo formada por

alumnos de los grados 8o a 11o (clases 1a a 3a) y un grupo especial de 4a clase.

## Programa de enseñanza

El programa de formación, preparado y aprobado por el Ministerio de Educación y los maestros correspondientes, cubrió cuatro campos principales:

- principios de reproducción humana (incluso concepción y anticoncepción);
- crecimiento y desarrollo humanos;
- desarrollo emocional; y
- problemas y valores de la sexualidad en la adolescencia.

Se preparó un esbozo similar para el plan de estudios de todos los grados. Sin embargo, la materia incluida, el material didáctico y los métodos sugeridos y el tiempo asignado a cada unidad de estudio variaron según el grado y llevaron a preparar dos programas, uno para los grados 8o y 9o y otro para los grados 10o y 11o.

La instrucción debía impartirse durante dos sesiones semanales de 40 minutos durante 30 de las 38 semanas del año escolar. Las sesiones se celebraron en horas asignadas a educación para la salud y educación conyugal y durante clases de economía doméstica, biología humana y ciencias de la salud. Sin embargo, como había otras actividades simultáneas, la instrucción en realidad solo duró 26 semanas. Doce maestros impartieron el curso de educación sexual en las escuelas experimentales; 8 tenían formación y experiencia previa de enseñanza de educación sexual y conyugal. Esa formación se complementó con un seminario de cuatro semanas para capacitación de profesores de educación sexual, que se celebró durante las vacaciones estivales previas al año lectivo en el que se introdujo el programa (1983–1984).

## Recogida de datos

La evaluación del programa se basó en encuestas de los estudiantes de las escuelas del grupo experimental y del grupo

**CUADRO 1. Variables sociodemográficas en las que difieren los grupos experimental y de comparación en un estudio sobre efectos de la educación sexual en adolescentes de San Kitts y Nevis**

Variable	Grupo experimental (n = 2 202)	Grupo de comparación (n = 1 321)	Estadísticos y valores P
Media de edad	13,4	14,19	t = 12,78
Desviación típica	1,52	1,94	P < 0,001
Clase	%	%	
1a	47,3	15,3	χ <sup>2</sup> = 384,5 P < 0,001
2a	18,2	23,7	
3a	20,8	34,4	
4a	13,7	26,6	
Sexo			
Masculino	52,2	42,8	χ <sup>2</sup> = 28,91 P < 0,001
Femenino	47,8	57,2	

testigo antes y después de que se impartiera el curso. El cuestionario utilizado en las encuestas, destinado a evaluar los conocimientos sobre reproducción y las conductas relacionadas con la sexualidad y la anticoncepción, se había probado previamente en diferentes grados.

La encuesta inicial se llevó a cabo durante las primeras semanas del año lectivo (septiembre–octubre de 1983), antes de iniciar las clases de educación sexual. En total, 2 122 estudiantes de las seis escuelas participantes llenaron el cuestionario en condiciones “de examen”; se les pidió que no discutieran las preguntas ni las respuestas durante “la prueba” y solo se permitió que los maestros aclararan las instrucciones si era necesario. Solo en la clase de “recuperación escolar” se permitió que el maestro ayudara a leer las instrucciones y las preguntas y, a veces, a registrar las respuestas.

La encuesta de seguimiento se realizó en las semanas finales del año lectivo (junio de 1984), utilizando el mismo cuestionario de la encuesta inicial. Sin embargo, por las dificultades de programación en el período de exámenes, algunos estudiantes salieron de vacaciones antes de rellenar el cuestionario y hubo que administrárselo en la primera semana del año lectivo siguiente (septiembre de 1984). Aun así, solo dos tercios de los estudiantes que cumplieron

el cuestionario inicial (66,4%, 1 408 de 2 122) contestaron también el otro. No pudo valorarse la evolución de 714 estudiantes, 345 del grupo experimental y 369 del grupo testigo.

### Métodos estadísticos

El examen preliminar de los datos indicó diferencias entre las escuelas del grupo experimental y las del grupo control en cuanto a la distribución de los encuestados por grado (clase) y sexo (cuadro 1). El 8o grado (clase 1a) estaba mucho más representado en el grupo experimental que en el grupo de comparación. La prueba de ji cuadrado indicó diferencias significativas entre los grupos en cuanto a grado de sus integrantes ( $\chi^2 = 411,0$ ,  $P < 0,0000$ ) y en las puntuaciones de la primera y la segunda encuesta ( $\chi^2 = 79,26$ ,  $P < 0,000$ ). La composición por sexo de cada grupo fue similar en ambas encuestas. En ambos grupos hubo diferencias significativas entre la primera y la segunda encuesta en cuanto a actividad sexual ( $\chi^2 = 28,99$ ,  $P < 0,0000$ ).

El efecto de la intervención se evaluó mediante una serie de análisis de regresión logística múltiple, en los que el resultado previsto por el modelo fue la perte-

nencia al grupo experimental versus el grupo testigo. Como variables predictivas se consideraron un índice de primer o segundo cuestionario, uno de los apartados de conocimiento y la interacción del apartado de conocimiento con el de primer o segundo cuestionario. La significación de este término interactivo indicará mayor cambio en un grupo que en otro. El sexo y el grado del escolar también se incluyeron como covariantes.

Se realizaron dos tandas de análisis. En una se emplearon todos los datos y en la otra solo los de los estudiantes que habían completado ambos cuestionarios. Las dos tandas de análisis dieron los mismos resultados, ambas indicaron que el curso había tenido efecto. Los resultados presentados a continuación se basan en todos los datos disponibles.

## RESULTADOS

### Perfil demográfico de los estudiantes

Las edades de los estudiantes incluidos en el estudio variaron entre 11 y 17 años, pero la mayoría tenían de 12 a 15. La media de edad de los estudiantes de las escuelas del grupo experimental fue alrededor de un año menor que la de los del grupo testigo (véase el cuadro 1). Como la edad y el grado académico están muy relacionados, la diferencia en cuanto a grado fue similar. Tanto en la primera como en la segunda encuesta, hubo más estudiantes en los grados 8o y 9o (clases 1a y 2a) de las escuelas del grupo experimental que en las del grupo testigo. Esas diferencias de edad y grado académico reflejan la organización del sistema escolar.

Los dos grupos de escuelas acusaron diferencias también en la composición por sexo. En el grupo experimental, poco más de la mitad de las respuestas a ambos cuestionarios correspondían a varones (53 y 52%, respectivamente). En el grupo de comparación, la proporción de varones fue de 44 y 42%, respectivamente. Los perfiles demográficos se resumen en el cuadro 1.

La composición de la familia se refleja indirectamente en los datos sobre las personas encargadas de cuidar al estudiante en la casa. Aproximadamente 25% de los estudiantes declararon que vivían con su padre y su madre; cerca de la mitad vivía solo con uno de los dos, y los restantes, con otras personas.

### Actitud hacia la escuela y objetivos educativos

Se pidió a los estudiantes que indicaran qué idea tenían de la escuela y cuáles eran sus aspiraciones. La gran mayoría —más de 75% de los entrevistados en los dos grupos en ambas encuestas— declararon tener una actitud favorable respecto a la escuela. Más de la mitad dijeron que querían seguir una carrera, es decir, llegar a ser profesionales o trabajadores calificados; menos de 20% indicaron que deseaban trabajar inmediatamente después de graduarse.

### Efecto del curso de educación sexual sobre los conocimientos

La evaluación se centró en cuatro campos: a) cambios durante la pubertad, b) anatomía y fisiología de la reproducción, c) coito y embarazo, y d) anticonceptivos. Los resultados correspondientes a los conocimientos de los estudiantes en esos campos se presentan en los cuadros 2 a 5.

**Cambios en la pubertad.** El cuestionario incluía 12 afirmaciones sobre la pubertad de las que había que indicar si eran verdaderas o falsas (cuadro 2). Las calificaciones del primer cuestionario en el grupo experimental fueron más altas que las del grupo control. En el segundo cuestionario las calificaciones fueron más altas en ambos grupos, pero los estudiantes del grupo experimental mejoraron más que los del de comparación.

**CUADRO 2. Porcentaje de adolescentes que dieron respuestas correctas a preguntas sobre los cambios propios de la pubertad en un estudio sobre los efectos de un programa de educación sexual en adolescentes de San Kitts y Nevis**

Contenido de la pregunta	Grupo experimental		Grupo de comparación	
	Encuesta inicial (n = 1 274)	Encuesta de seguimiento (n = 929)	Encuesta inicial (n = 848)	Encuesta de seguimiento (n = 479)
1. La pubertad es la época en que el cuerpo de una niña se transforma en el de una mujer	75,3	92,8	72,2	79,7
2. La pubertad es la época en que el cuerpo de un niño se transforma en el de un hombre	72,0	89,2	68,2	75,4
3. Los senos de la niña crecen en la pubertad	75,7	91,4	70,8	82,7
4. Durante la pubertad, a las niñas les crece pelo en las axilas	74,0	88,5	68,4	78,9
5. La niña comienza a tener la regla en la pubertad	74,2	86,2	74,5	80,8
6. Una chica puede quedar embarazada en la pubertad	72,0	79,2	69,7	72,0
7. No todas las niñas tienen la pubertad al mismo tiempo	74,2	88,7	82,9	85,0
8. A los chicos les crece pelo en las axilas y en la cara durante la pubertad	64,8	80,8	60,6	71,4
9. La voz de los chicos cambia en la pubertad	69,5	89,7	72,8	82,0
10. El pene crece en la pubertad	76,8	89,0	63,1	69,3
11. Durante la pubertad un chico puede dejar embarazada a una chica	78,2	86,7	75,4	78,5
12. No todos tienen la pubertad a la misma edad	75,7	89,8	82,5	84,3
Número medio de respuestas correctas (de 12 posibles)	8,8	10,5	8,6	9,4
Desviación estándar	3,44	2,34	3,78	3,36

**Anatomía y fisiología de la reproducción.** En este caso fue el grupo testigo el que mostró mayores conocimientos de anatomía de la reproducción en la primera encuesta (calificación media de 3,6 frente a 2,9 en el grupo experimental). Las calificaciones del segundo cuestionario indican que los estudiantes del grupo experimental mejoraron más que los del grupo testigo en todas las preguntas, excepto en dos (Nos. 6 y 7). En algunos casos, la proporción que respondió las preguntas correctamente aumentó hasta 35 puntos de porcentaje (cuadro 3).

**Coito y embarazo.** En las 12 preguntas relacionadas con el coito y el embarazo, en el primer cuestionario las calificaciones del grupo testigo también fueron mayores (media 7,4) que las del grupo experimental (6,9). Como indica el cuadro 4, los escolares del grupo experimental mejoraron su calificación más que los del grupo testigo (porque mejoraron las respuestas a las preguntas No. 5, 7, 9 y 10).

**CUADRO 3. Porcentaje de respuestas correctas a preguntas de anatomía sexual antes y después del curso en un estudio sobre los efectos de la educación sexual en adolescentes de San Kitts y Nevis**

Contenido de la pregunta	Grupo experimental		Grupo de comparación	
	Antes (n = 1 274)	Después (n = 929)	Antes (n = 848)	Después (n = 479)
1. Los espermatozoides se forman en los (testículos)	23,1	52,5	42,0	49,5
2. La descarga de semen del pene se llama (eyaculación)	21,2	54,9	37,3	49,3
3. La salida de un óvulo del ovario de la mujer se llama (ovulación)	29,1	54,7	38,8	49,1
4. El escroto recubre los (testículos)	20,3	49,9	24,9	31,9
5. La menstruación es (el flujo de sangre del útero)	31,6	67,1	57,5	61,8
6. Una mujer tiene (tres) orificios por debajo de la cintura	17,0	28,7	18,5	32,2
7. Un hombre tiene (dos) orificios por debajo de la cintura	41,4	52,7	43,8	56,2
8. La anticoncepción consiste en (evitar la fecundación del óvulo por el espermatozoide)	19,3	38,1	15,6	18,4
9. Los ovarios son (órganos de almacenamiento de óvulos)	31,2	61,2	50,8	56,6
10. La esterilización masculina se llama (vasectomía)	26,4	32,5	17,1	29,6
11. La esterilización femenina se llama (ligadura de las trompas)	25,9	31,5	18,2	19,2
Número medio de respuestas correctas (de 11 posibles)	2,9	5,2	3,6	4,5
Desviación estándar	1,90	2,70	2,30	2,69

**Métodos anticonceptivos.** Los métodos anticonceptivos se definieron de forma específica en el programa de educación sexual. En las encuestas inicial y de seguimiento se pidió a los estudiantes que enumeraran los métodos que conocían. En otra parte del cuestionario se dio una lista de métodos y se pidió a los escolares que marcaran los que conocían. No es sorprendente que los conocimientos “aumentaran” considerablemente cuando se proporcionó la lista. Los resultados se presentan en el cuadro 5.

Los métodos más conocidos en los dos grupos fueron la píldora y el condón, seguidos de los de abstinencia, coito interrumpido y ritmo. Sin embargo, la media del número de métodos conocidos por los estudiantes del grupo testigo (2,8) en el primer

cuestionario era mayor que la del grupo experimental (2,4). Tras el curso de educación sexual en el grupo experimental, el porcentaje de estudiantes conocedores de cada método fue similar en los dos grupos, lo que indica mayor adquisición de conocimientos por parte del grupo experimental.

### **Efecto de la educación sexual en la iniciación de la actividad sexual**

Quienes se oponen a la educación sexual alegan que esa clase de progra-

**CUADRO 4. Porcentaje de respuestas correctas a preguntas sobre la relación entre coito y embarazo antes y después del curso en un estudio sobre los efectos de la educación sexual en adolescentes de San Kitts y Nevis**

Contenido de la pregunta	Grupo experimental		Grupo de comparación	
	Antes (n = 1 274)	Después (n = 929)	Antes (n = 848)	Después (n = 479)
1. El embarazo se produce cuando el espermatozoide masculino se encuentra con el óvulo femenino	80,5	85,0	85,7	82,9
2. Una chica puede quedar embarazada la primera vez que tiene relaciones sexuales	50,6	61,4	57,2	58,2
3. Una chica puede quedar embarazada aunque no tenga orgasmo	31,2	40,7	29,2	34,0
4. Una chica puede quedar embarazada aunque el chico acabe fuera	22,8	24,8	15,3	18,2
5. Una chica puede quedar embarazada si practica el coito durante la regla	44,7	54,9	45,8	44,7
6. Una chica no se enferma si no tiene relaciones sexuales cuando lo desea	57,2	67,3	62,6	64,5
7. Un chico no se enferma si no tiene relaciones sexuales cuando lo desea	55,5	71,6	61,3	65,5
8. Una chica no puede quedar embarazada por besar	77,2	85,9	78,5	79,1
9. Una chica no tiene que tener relaciones sexuales frecuentes para quedar embarazada	32,2	50,9	50,9	52,4
10. Hay cosas que un chico puede hacer para evitar que una chica quede embarazada	86,0	90,0	89,7	83,3
11. Hay cosas que una chica puede hacer para no quedar embarazada	76,1	85,6	81,4	83,3
12. Una chica que comienza a tener la regla puede quedar embarazada	78,8	81,4	81,7	78,5
Número medio de respuestas correctas (de 12 posibles)	6,9	8,0	7,4	7,4
Desviación estándar	2,27	2,34	2,43	2,66

mas lleva a los estudiantes a tener relaciones sexuales a menor edad. Por lo tanto, una parte importante de la evaluación consistió en confirmar o refutar esa hipótesis.

En la primera encuesta más de un tercio de los estudiantes de cada grupo declaró que había tenido relaciones sexuales alguna vez. En concreto, las proporciones respectivas fueron 43,7% del grupo experimental y 38,8% del grupo testigo. En la segunda encuesta las proporciones respectivas fueron 39,9 y 31,5%. Los resultados se recogen en el cuadro 6.

**CUADRO 5. Porcentaje de respuestas afirmativas a preguntas sobre conocimiento de métodos anticonceptivos antes y después del curso en un estudio sobre los efectos de la educación sexual en adolescentes de San Kitts y Nevis**

Método anticonceptivo	Grupo experimental		Grupo de comparación	
	Antes ( <i>n</i> = 1 274)	Después ( <i>n</i> = 929)	Antes ( <i>n</i> = 848)	Después ( <i>n</i> = 479)
Píldora	58,0	64,7	70,2	66,0
Condón	40,1	57,1	53,4	57,2
Abstinencia	36,9	46,0	46,3	44,9
Coito interrumpido	27,2	31,4	28,3	33,4
Método del ritmo	25,5	27,1	24,4	26,9
Espermicida	18,0	36,3	21,6	24,2
Ligadura de trompas	14,8	24,0	19,8	24,8
Dispositivo intrauterino	14,8	31,3	15,0	16,5
Número medio de métodos conocidos	2,4	3,2	2,8	2,9
Desviación estándar	2,18	2,58	2,2	2,54

**CUADRO 6. Porcentaje de adolescentes que indicaron haber tenido relaciones sexuales alguna vez, en las encuestas anterior y posterior al curso, en un estudio sobre los efectos de la educación sexual en adolescentes de San Kitts y Nevis**

Subgrupos		Grupo experimental		Grupo de comparación		
		Antes ( <i>n</i> = 1 273)	Después ( <i>n</i> = 927)	Antes ( <i>n</i> = 848)	Después ( <i>n</i> = 473)	
Total	<i>n</i>	558	371	329	150	
	%	43,8	40,0	38,8	31,7	
Chicos	<i>n</i>	508	337	296	130	
	%	76,4	70,2	80,0	66,7	
Chicas	<i>n</i>	50	34	33	20	
	%	8,2	7,6	6,9	7,2	
Según el grado						
Chicos	80-90	<i>n</i>	307	221	82	69
		%	74,7	66,0	77,4	71,1
100-110	<i>n</i>	201	116	214	61	
	%	79,1	80,0	81,1	62,2	
Chicas	80-90	<i>n</i>	19	11	6	10
		%	4,8	3,7	3,7	6,6
100-110	<i>n</i>	31	22	27	10	
	%	14,4	15,2	8,5	7,9	

### Uso de métodos anticonceptivos por adolescentes sexualmente activos

Los defensores de la educación sexual opinan que, con o sin ella, los adolescentes tendrán relaciones sexuales o no y que la ventaja de esa educación es incrementar el

uso de anticonceptivos por parte de los estudiantes que ya son sexualmente activos. En el programa de estudios actual, la anticoncepción no es parte explícita del currículum

**CUADRO 7. Número de adolescentes sexualmente activos que indicaron haber utilizado algún método anticonceptivo en su último contacto sexual. Encuestas previa y posterior al curso, en un estudio sobre los efectos de la educación sexual en adolescentes de San Kitts y Nevis**

Método usado	Grupo experimental		Grupo de comparación	
	Antes <sup>1</sup> (n = 558)	Después (n = 371)	Antes (n = 329)	Después (n = 151)
	34,8 (n = 194)	32,6 (n = 121)	38,9 (n = 128)	33,1 (n = 50)
Condón	49	48	62	23
Coito interrumpido	6	4	7	1
Píldora	8	5	2	1
Otro	3	1	2	1
Sin datos	128	63	55	24

<sup>1</sup> Número que declaró ser sexualmente activo.

y, por lo tanto, lo importante era determinar si los estudiantes del grupo experimental habían usado un método anticonceptivo la última vez que tuvieron relaciones sexuales en mayor proporción que los del grupo de comparación.

En la primera encuesta, cerca de un tercio de los estudiantes sexualmente activos de ambos grupos declararon haber usado un método anticonceptivo la última vez que tuvieron relaciones sexuales. Ese porcentaje cambió muy poco al efectuar la prueba después del programa (cuadro 7), lo que sugiere que el programa de educación sexual no incrementó el uso de anticonceptivos por parte de adolescentes sexualmente activos.

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Hasta la fecha, la mayor parte de las investigaciones sobre el efecto de la educación sexual se han realizado en los Estados Unidos y Europa, en parte porque en muchos países del mundo en desarrollo no se ha sentido la necesidad ni el interés de introducir ese tema en el plan de estudios de las escuelas públicas. La eficacia de los programas de educación sexual para ampliar los conocimientos y fomentar cambios de actitud y de conducta entre los adolescentes ha sido cuestionada recientemente en los Estados Unidos

(11). Hay que ser cuidadoso, pues, al hacer comparaciones entre el presente estudio, de diseño cuasiexperimental, y otros informes publicados.

Sin embargo, los resultados obtenidos en San Kitts y Nevis son compatibles con los datos de otros estudios en lo referente a que la educación sexual amplía los conocimientos sobre la reproducción y los métodos anticonceptivos (12-15). Concuerdan también con estudios previos en los que se ha demostrado que la educación sexual *no* lleva a la iniciación prematura de la actividad sexual (16, 17). Se ha observado en otras partes que el grado de escolaridad alcanzado y la edad, más que la educación sexual, son importantes para determinar la conducta sexual: los estudiantes con calificaciones académicas más bajas y de mayor edad son los más dados a ser sexualmente activos (18).

Al menos un estudio efectuado en los Estados Unidos indica que los adolescentes sexualmente activos que han recibido educación sexual estructurada son más dados que los demás a usar métodos anticonceptivos en algún momento (17). Sin embargo, los datos del estudio de San Kitts y Nevis no mostraron que los adolescentes sexualmente activos usaran más estos méto-

dos. Los conocimientos citados no bastan para influir en la conducta, de modo que ese resultado puede explicarse por el hecho de que los anticonceptivos se consiguen solo en las farmacias privadas y en los centros de salud del sistema de sanidad público. En San Kitts y Nevis no existen vías específicas de distribución de anticonceptivos para adolescentes y estudiantes, de manera que puede haber barreras financieras y psicológicas para los interesados en comprar anticonceptivos.

El programa de educación sexual de San Kitts y Nevis se ciñó a dos principios que han mostrado ser importantes en otros lugares. En primer lugar, se intentó vincular la educación sexual, la educación para la salud y varios temas de naturaleza más "académica", y crear programas coordinados (19). En segundo lugar, se siguieron las orientaciones de Kapp *et al.* (20) en cuanto a la inclusión en el plan de estudios de educación sexual de aspectos valorativos, aclaración de funciones y metas, vida familiar, temas sexuales y de salud, métodos anticonceptivos y oportunidades para aprender y poner en práctica métodos acertados de decisión.

La actividad sexual entre los adolescentes es evidente, independientemente de la educación al respecto, y sería ilusorio esperar que se redujera. La anticoncepción parece ser la opción más realista para proteger a las adolescentes sexualmente activas de un embarazo no deseado. De ser aceptada por las autoridades locales, sería necesario añadir a la información explícita de las clases de educación sexual una fuente accesible y económica de suministro de material anticonceptivo para los adolescentes, así como un programa de educación comunitaria que incorpore el apoyo y el aporte de la familia, los dirigentes comunitarios y los profesionales de la salud (21, 22).

## REFERENCIAS

1. Senderowitz J, Paxton JM. Adolescent fertility: worldwide concerns. *Popul Bull.* 1985;40:2.
2. Furstenberg F Jr., Menken J, eds. *Teenage sexuality, pregnancy and childbearing.* Philadelphia: University of Pennsylvania Press; 1981.
3. Trussell J, Menken J. Early childbearing and subsequent fertility. *Fam Plann Perspect.* 1978;10:4.
4. Liskin L. Youth in the 1980s: social and health concerns. *Popul Rep [M].* 1985;9.
5. Singh S, Woelf D. *Today's adolescents, tomorrow's parents: a portrait of the Americas.* The Alan Guttmacher Institute: 74-79, 1990.
6. Nadelson CC, Notman MT, Gillon JW. Sexual knowledge and attitudes of adolescents: relationship to contraceptive use. *Obstet Gynaecol.* 1980;55(3).
7. Jagdeo TP. *Teenage pregnancy in the Caribbean.* New York: International Planned Parenthood Federation; 1984.
8. Thornburg HD. Adolescent sources of information on sex. *J Sch Health.* 1981;274-277.
9. Warren CV, Powell D, Morris L, Jackson J, Hamilton P. Fertility and family planning among young adults in Jamaica. *Int Fam Plann Perspect.* 1988; 14(4):137-141.
10. Jagdeo TP. Teenage pregnancy in the Caribbean: a plea for action. Documento presentado a la Conferencia de Parlamentarios del Caribe sobre Población y Desarrollo, Barbados, 1985.
11. Stout J, Rivara FP. Schools and sex education: does it work? *Pediatrics.* 1989;83:375-379.
12. Kirby, D. *Sexuality education: an evaluation of programs and their effects.* Santa Cruz, California: Network Publications; 1984.
13. Parcel G, Luttmann D. Evaluation of a sex education course for young adolescents. *Fam Relat.* 1981;30:55.
14. Reichelt P, Werley H. A sex education program for sexually active teenagers. *J Sch Health.* 1975;45:100.
15. Darabi KF, et al. Evaluation of sex education outreach. Documento presentado en la reunión anual de la National Family Planning and Reproductive Health Association, 1981.

16. Zelnich M, Kim Y. Sex education and its association with teenage sexual activity, pregnancy and contraceptive use. *Fam Plann Perspect.* 1982;14:117-126.
17. Dawson D. Effects of sex education and adolescent behavior. *Fam Plann Perspect.* 1986;18(4):162.
18. Philliber SG, Tatum ML. Sex education and the double standard in high school. *Adolescence.* 1982;17:273.
19. Kappelman M, et al. A unique school health program in a school for pregnant teenagers. *J Sch Health.* 1974;44:303.
20. Kapp L, et al. Teaching human sexuality in junior high school: an interdisciplinary approach. *J Sch Health.* 1980;80-83.
21. Finkel ML, Finkel S. Sex education in high school. *Society.* 1985;23:48-52.
22. Vincent ML, Clearie AF, Schluchter MD. Reducing adolescent pregnancy through school and community-based education. *JAMA.* 1987;257:3382-3386.

## SUMMARY

### THE EFFECT OF SEX EDUCATION ON ADOLESCENTS IN SAINT KITTS AND NEVIS

A study was conducted to investigate the effect of family life/sex education on adolescents' knowledge of human reproductive anatomy and physiology and its impact on their sexual behavior. Students from six secondary schools in Saint Kitts and Nevis were assigned to either a test group or a comparison group. For 30 weeks the students in the 1st through 4th "forms" (8th to 11th grades) in the test group received sex educa-

tion in two weekly sessions lasting 45 minutes each. The courses covered human reproduction and contraception, human growth and development, and adolescent sexuality. By the end of the school year, knowledge of puberty, reproductive anatomy, the relationship between sexual intercourse and pregnancy, and contraceptive methods was greater in the test group than in the comparison group. Sex education did not modify patterns of contraceptive use among sexually active students, nor did it affect the sexual activity of students who were virgins.