

Consideraciones teóricas acerca del empoderamiento psicológico en salud sexual de actores sociales vinculados a niños/as preescolares

Theoretical considerations on the psychological empowerment in sexual health of social staff linked to preschool boys/girls

Guillermo Díaz Llanes

Licenciado en Psicología. Máster en Psicología de la Salud. Profesor Auxiliar de la Escuela Nacional de Salud Pública. La Habana, Cuba.

RESUMEN

Introducción: el éxito del empoderamiento como estrategia clave para el logro de la salud sexual, depende, en gran medida, de la capacidad de los investigadores y promotores de salud en dicha área, para desarrollar intervenciones estrictamente sustentadas en fundamentos teórico-metodológicos.

Objetivo: el trabajo estuvo dirigido a la identificación de los principales contenidos teóricos que deben contener las intervenciones dirigidas al empoderamiento en salud sexual de actores sociales vinculados a niños/as preescolares.

Métodos: se realizó un estudio fenomenográfico con 14 expertos en salud sexual escogidos por muestreo intencional, divididos en 2 grupos. Se utilizaron como técnicas, el grupo nominal, la observación participante y la observación no participante.

Resultados: se logró consenso sobre la identificación de 8 ejes de análisis para el trabajo en las dimensiones intrapersonal, interpersonal y conductual del empoderamiento, y la sistematización de los contenidos pertenecientes a cada una de ellas.

Palabras clave: Empoderamiento, salud sexual, salud pública.

ABSTRACT

Introduction: the success empowerment as a key strategy to achieve the sexual health, depends very much of the ability of health researchers and promoters in such area, to develop interventions strictly based on theoretical-methodological principles.

Objective: present paper was aimed to identification of the main theoretical contents having the interventions directed to sexual health empowerment of social staff linked to preschool boys/girls.

Methods: a phenomenographic study was conducted with 14 sexual health experts selected by intentional sampling, divided into 2 groups. Techniques used were: nominal group, participant observation and non-participant observation.

Results: there was a consensus on the identification of 8 analysis axes to work in intrapersonal and interpersonal and behavioral dimensions of the empowerment, and the systematization of the contents from each of them.

Key words: Empowerment, sexual health, public health.

INTRODUCCIÓN

La inclusión de la salud sexual como dimensión básica para la salud pública contemporánea ha sido posible gracias a los avances científico-tecnológicos, que identificaron su enorme influencia en muchos de los más acuciantes problemas de salud en la actualidad, permitieron su rescate del reino de la religión, y favorecieron su progresiva extensión desde el dominio biomédico hasta los actuales marcos de referencia socioculturales que propician la comprensión de los mecanismos y procesos que la producen.¹

La salud sexual, definida por la OMS como el resultado de la experiencia de bienestar físico, psicológico y socio-cultural, relacionada con la sexualidad, puede ser constatada mediante la presencia de un grupo de atributos relativos a: capacidad de establecer y mantener relaciones interpersonales respetuosas, enriquecedoras y constructivas que excluyan la explotación y la manipulación con ambos géneros, con la familia y los grupos con que interactúe; la capacidad de expresar amor e intimidad de manera apropiada; demostrar tolerancia hacia personas con diferentes orientaciones sexuales y estilos de vida, evitar comportamientos que denoten prejuicios; identificarse y vivir conforme con sus propios valores; asumir responsabilidad por sus propios actos; valorar su propio cuerpo y tomar decisiones informadas; disfrutar y expresar su sexualidad, de modo congruente con sus propios valores; capacidad de discriminar entre los comportamientos sexuales enriquecedores y los dañinos para sí mismo y los otros.²

Incluye, además, atributos como la capacidad para evaluar el impacto de la cultura, la religión y los medios masivos de difusión en las propias creencias, sentimientos, valores y comportamientos relacionados con la sexualidad; mantenerse informado para mejorar su vida sexual; participar activamente en la comunidad en todo lo que contribuya a la desmitificación de los estereotipos en los patrones de interacción sexual; usar adecuados métodos anticonceptivos para evitar embarazos no deseados, prevenir el abuso sexual, buscar atención prenatal precoz y evitar contraer infecciones de transmisión sexual; practicar comportamientos que

promuevan salud, como chequeos regulares, autoexamen de mama y testículos, y una temprana identificación de problemas potenciales.²

El reconocimiento de este amplio espectro de componentes de la salud sexual ha sido posible gracias al reconocimiento por la salud pública contemporánea de importantes aportes teóricos y metodológicos de diversas disciplinas, como: la sexología, la filosofía, la psicología, la sociología, la pedagogía, la antropología y la etnografía,³ que han propiciado una progresiva diversificación de las intervenciones en esta dimensión de la salud.

Los antecedentes más remotos de dichas intervenciones podrían ubicarse en las primeras décadas del siglo XX, cuando se encontraban confinadas a contextos formales de enseñanza y se limitaban a informar sobre aspectos anatomofisiológicos del sistema reproductivo, en gran medida influenciadas por las concepciones relativas a su determinación biológica y las creencias de los padres acerca de su incapacidad para cubrir el extenso rango de demandas cognitivas, afectivas y conativas que requiere la educación en esta área.^{4,5}

Más tarde, en la segunda mitad del siglo, se produjo una eclosión de estudios con enfoque de género, que estuvo particularmente influida por 2 relevantes contribuciones de la investigación sociológica: la primera, relacionada con la evidencia de que los significados relativos a la sexualidad son diferencialmente construidos en virtud del género; y una segunda, derivada del sustento que brinda el patrón de relaciones de género, al ejercicio del poder en las relaciones heterosexuales.^{6,7}

Al mismo tiempo, compulsadas por el desarrollo de la epidemiología social y la psicología comunitaria principalmente, las intervenciones focalizaron la comunidad y estudiaron la salud sexual desde las repercusiones negativas de algunos comportamientos en ella. En consecuencia, se elaboraron estrategias para la reducción de riesgos, basadas fundamentalmente en el desarrollo de destrezas y conocimientos para diferir el inicio del coito, estimular el sexo seguro y protegido, y disminuir la promiscuidad.⁸⁻¹⁰

En tal sentido, se privilegió la adolescencia como segmento poblacional objeto de las intervenciones, que enfatizan en la preparación para el tratamiento apropiado de los retos inherentes a las relaciones de pareja, mediante estrategias cognitivo-conductuales dirigidas al uso correcto del condón, la respuesta hacia la violación o el asalto sexual y la negociación.¹¹

Por esa misma época, la enorme influencia de las corrientes humanistas, los enfoques holísticos y los avances experimentados por la pedagogía, aportaron suficiente evidencia teórica y metodológica para combinar el entrenamiento en habilidades, con el desarrollo de algunos subsistemas personológicos como la autoestima, la autonomía y la autodeterminación, que subyacen en la regulación del comportamiento responsable, para lograr modificaciones de mayor alcance y estabilidad.¹²⁻¹⁴

Las intervenciones dirigidas al desarrollo de estos subsistemas se enriquecieron sustancialmente con la inclusión de actores sociales, como pares, maestros y padres, gracias al reconocimiento del importante papel de la observación, el modelado y la imitación de figuras significativas en el aprendizaje de la sexualidad, postulados por la teoría del aprendizaje social y el enfoque histórico-cultural en la investigación social.¹⁵⁻¹⁷

La evidencia empírica brindada por múltiples investigaciones que hallaron relación entre comportamientos sexuales responsables y el tipo de relación con padres y maestros,¹⁸ propició el reconocimiento de la necesidad de encauzar, de modo apropiado, dicho vínculo desde la edad preescolar, por ser la etapa del ciclo vital en que comienzan a formarse los subsistemas de personalidad que subyacen al comportamiento sexual responsable.^{19,20} Es en esta etapa que comienza a formarse en los niños y niñas un proceso que se inicia con la formación de la autoimagen corporal, desde la cual se desarrolla la autoconciencia, que se encuentra en la base de la autodeterminación, subsistema de la personalidad responsable de los comportamientos que se inician y regulan de manera autónoma.^{19,21}

El transcurso exitoso de dicho proceso, que culmina con el ejercicio de comportamientos autodeterminados y responsables, depende básicamente de la capacidad de las respuestas por parte del adulto para satisfacer la necesidad de conocimiento e incentivar el desarrollo de los afectos en los niños y niñas de manera sistemática. Sin embargo, la enorme influencia de la moral judeo-cristiana en los patrones de interacción sexual en la cultura occidental, ha condicionado la reproducción acrítica de respuestas del adulto, que, por diversas vías, obstaculizan el desarrollo de este proceso en los niños y niñas preescolares, generando una disposición a comportarse de conformidad con la presión externa, que los coloca a merced de las exigencias del grupo cuando arriban a la adolescencia.^{19,22}

El fuerte arraigo emocional de esos estereotipos de respuesta, hace evidente que su modificación no se consigue por conducto de la mera información, sino por la desmitificación de las barreras afectivas que impiden responder de manera consistente con las necesidades de los niños y niñas en esa área, mediante el desarrollo en los actores vinculados con ellos, de capacidad para la interpretación crítica de las influencias nocivas del patrón de interacciones sexuales y su reproducción estereotipada, el desarrollo de cursos de respuesta eficaces y la búsqueda de recursos para dichos fines en la acción colectiva.²⁰

Un referente teórico expedito para lograr dichos propósitos, es el empoderamiento, reconocido oficialmente como teoría clave para la salud pública contemporánea durante la Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de Salud en 1986, por brindar una madeja conceptual que contribuye a comprender los mecanismos y procesos que estimulan la capacidad de las personas para transformar de manera activa sus condiciones de salud.²³ De ahí que la presente investigación se propusiera identificar los contenidos teóricos relativos a la salud sexual, involucrados en el desarrollo de capacidad para interpretar el contexto en que se produce el aprendizaje de la sexualidad, para responder, de modo eficaz, a sus manifestaciones en los niños y niñas y para la búsqueda de recursos de manera colectiva.

MÉTODOS

Se realizó un estudio fenomenológico en el que participaron 14 profesionales con más de 5 años de experiencia en el campo de la promoción de salud sexual, con formaciones de base en psicología, medicina, enfermería y pedagogía, que se encontraban cursando el ciclo específico de las maestrías en Psicología de la Salud y Promoción y Educación para la Salud.

Por su parte, el equipo de investigación estuvo formado por el autor como facilitador, y un relator. Para conseguir dicho propósito se organizó un taller compuesto por 4 sesiones, de 1 hora y media cada una. En la primera sesión, el

autor ofreció una conferencia sobre teoría del empoderamiento y su pertinencia para la promoción de la salud sexual.

La segunda sesión se destinó a la ejecución de una intervención dirigida a empoderar en salud sexual a actores sociales implicados en la educación de niños y niñas preescolares, implementada en diversos grupos con anterioridad.²⁰ Para su consecución se organizaron 2 grupos, uno que participaría en la intervención, compuesto por 9 profesionales, seleccionados en virtud de haber tenido o tener experiencias de vínculo con niños y niñas en etapas preescolar o escolar, y otro de 5, que realizaría observación no participante directa a partir de una guía elaborada al respecto.

La tercera sesión tuvo como objetivo alcanzar consenso en cuanto a la pertinencia de los contenidos en las dimensiones del empoderamiento. Para ello se conformaron 2 grupos: los participantes y los observadores. Los primeros debían lograr consenso sobre los contenidos pertinentes a cada dimensión del empoderamiento, por vía inductiva, es decir, partiendo de los contenidos; mientras que los segundos, buscarían el consenso desde las dimensiones contenidas en la guía de observación confeccionada al efecto (vía deductiva). En ambos casos se utilizó la técnica de grupo nominal, que permitió mediante la reducción y el refinamiento de toda la información, el logro de consenso sobre la disposición de los contenidos de salud sexual en las dimensiones del empoderamiento para su tratamiento en las intervenciones.

En la cuarta sesión se unieron los 2 grupos para conseguir consenso a expensas de la triangulación de los resultados obtenidos por ambas vías.

RESULTADOS

Los expertos lograron consenso sobre la articulación de 2 ejes de análisis para la dimensión interpersonal (interpretación del entorno) del empoderamiento en salud sexual: la relación entre información y educación para la sexualidad y la relación entre los procesos formales de instrucción, y los vínculos cotidianos como fuentes educativas en el área sexual. El primero derivado de la confusión entre información y educación, y el segundo relacionado con la atribución, casi exclusiva, de las vías formales de instrucción como vehículo de educación, para lo cual la intervención requiere la reflexión crítica de los contenidos siguientes:

- 1) La existencia de modos colectivos objetivados de sistemas conformados por valores, creencias y comportamientos que generan expectativas sobre el desenvolvimiento de las personas en todas las esferas vitales, sexualidad incluida, dentro de los cuales los sujetos se involucran y los reproducen de manera pre-reflexiva y acrítica, como resultado de un proceso de socialización que se inicia antes del nacimiento y es reforzado cotidianamente.
- 2) La naturaleza dinámica de estos sistemas colectivos, denominados patrones de interacción, en virtud de un perenne e inexorable proceso de construcción y deconstrucción que tiene su origen en las prácticas cotidianas de interacción cara a cara con los otros (relaciones de co-presencia), en todos los espacios vitales en que se desenvuelven los sujetos.

3) Las relaciones asimétricas que invariablemente se ponen de manifiesto en dichos patrones, en tanto reportan algún beneficio para unos y algún perjuicio para otros, lo que equivale a decir que necesariamente se construyen y reproducen bajo la influencia de relaciones de poder, en muchos casos con una connotación positiva que sólo implica una relativa mayor posibilidad de estimular o prohibir algo socialmente (relación profesor-alumno), y en otros, generando asimetrías socialmente injustificadas, es decir, inequidades, como es el caso de la esfera sexual, en la cual, sobre reales diferencias biológicas entre los sexos, se han erigido radicales oposiciones socioculturales estereotipadas, que producen inestabilidad e insatisfacción.

4) El anclaje de dicho patrón de interacciones sexuales en preceptos derivados de la moral judeo-cristiana, que han tratado de perpetuarse mediante el control externo al sujeto, por medio de mecanismos como la genitalización, que circunscribe la sexualidad a su componente biológico-genital, sin tomar en consideración la identidad sexual y de género, la orientación sexual, el erotismo, el involucramiento emocional y el amor, como elementos que se expresan de modo sintético, tanto en las relaciones sexuales del individuo, como en toda su actividad vital. La degradación de la sexualidad, que resulta de su asociación con lo pecaminoso, lo inmoral, lo negativo y la contraposición de los sexos, que los define por oposición, al validar en el masculino, la racionalidad, la creatividad, el valor, el dominio, el control y el conocimiento; y reservar para el femenino, la calidez, el involucramiento afectivo, las expresiones de tristeza, el llanto y la dependencia.

5) El agudo proceso de deconstrucción y reconstrucción que está experimentando dicho patrón en la actualidad, debido a una sustancial modificación de las prácticas cotidianas de interacción sexual, en íntima relación con el protagonismo de la mujer en la dinámica social a través de un notorio incremento de su presencia laboral, política y comunitaria, y el descrédito experimentado por las instituciones que por siglos estimularon inequidades y diseminaron actitudes y comportamientos antagónicos con necesidades básicas de las personas, como el deseo de contacto, la intimidad, la expresión e involucramiento emocionales, el placer, la ternura y el amor.

6) La importancia de establecer un sistema de influencias socio-educativas cotidianas y sistemáticas desde el comienzo de las manifestaciones de la sexualidad en la etapa preescolar, que encauce adecuadamente los procesos de aparición y desarrollo de la imagen corporal y la autoconciencia, y a su vez, sienta las bases para el desarrollo de los subsistemas de personalidad que regulan el comportamiento sexual, como alternativa eficaz para la formación de futuros patrones de interacción sexual, generadores de equidad, satisfacción y autorrealización.

En cuanto a la dimensión intrapersonal del empoderamiento (control), se consideró necesario trabajar en virtud de 2 ejes de análisis: las respuestas a las preguntas de los niños y niñas referidas al área sexual, y las respuestas a las conductas exploratorias en ellos. El primero producto de la dificultad para responder de forma veraz, oportuna y concreta a las preguntas de los niños y niñas relacionadas con la sexualidad, y el segundo derivado de la dificultad para permitir la exploración de las zonas genitales de los niños y niñas. Los contenidos involucrados en dicha dimensión, fueron:

El reconocimiento de:

1. La sexualidad como área íntimamente vinculada al proceso civilizatorio, que favorece el desarrollo cultural, porque estimula la reproducción, la comunicación, la tolerancia, la inclusión y el desarrollo de los afectos.
2. La garantía que ofrece el desarrollo de la sexualidad desde edades tempranas, al estimular en los niños y niñas el desarrollo del pensamiento, mediante la satisfacción de la necesidad de conocer su cuerpo, las diferencias con el de los adultos y con el otro sexo, y enriquecer su esfera afectiva mediante el acceso a los beneficios emocionales de las experiencias de placer, libres de cualquier sentimiento de culpabilidad.
3. Que en esta etapa (alrededor de los 3 años) comienzan a gestarse en los niños y niñas la autoimagen corporal, a partir de preguntas que expresan la evolución del pensamiento, y el reconocimiento de su propio cuerpo, al compararlo con el de los adultos o con el del otro sexo, que este proceso constituye un paso previo a la aparición de la autoconciencia (certidumbre de que se es un ser independiente, rodeado de "otros"), sobre la cual se erige más tarde la autodeterminación, que se distingue por comportamientos con una iniciación y regulación autónomas.
4. La importancia de encauzar, de modo adecuado, el vínculo del adulto con los niños y niñas en dicha etapa de la vida, mediante respuestas no evaluativas a las preguntas que realizan y a los juegos que involucran la exploración genital, sino en forma de retroalimentaciones positivas, carentes de juicios de valor y censura ante las manifestaciones de la sexualidad.
5. Que este tipo de respuesta, cuando se produce con regularidad, fomenta un patrón de relación basado en la confianza, aceptación y aprecio, que al interiorizarse en términos de estima, provoca una evaluación positiva de sí mismo que conduce a los niños y niñas a abrigar seguridad en sus capacidades, y por ende, a exhibir comportamientos autodeterminados y responsables que funcionan como recursos protectores ante la presión externa que va a ejercer el grupo de coetáneos en la adolescencia.
6. La represión sexual como mecanismo destinado a ejercer control social sobre las manifestaciones de la sexualidad por concebirlas como una manifestación negativa.
7. La genitalización (reducción a lo biológico-genital) y la degradación (identificación con lo "sucio", "malo" y "pecaminoso") de la sexualidad junto a la construcción social de género (oposición de los sexos), como manifestaciones de dicha represión, que se reproducen de manera no explícita en el proceso de socialización.
8. La participación de los actores en la reproducción de estos mecanismos, a través de un proceso que comienza por la inferencia de juego sexual en los niños y niñas, y la intervención para coartarlo, por el temor a su repetición compulsiva, provocada por el placer que experimentan.
9. La necesidad de desmitificar dicho proceso desde su expresión concreta en situaciones cotidianas, mediante la identificación de las barreras emocionales y cognitivas que obstaculizan la capacidad del actor para establecer cursos de respuesta veraces, oportunas y concretas a sus preguntas relacionadas con dicho tópico, y comportamientos que contribuyan a que los niños y niñas satisfagan su necesidad de conocimiento en dicha área y desarrollen su disposición a experimentar emociones positivas derivadas de las vivencias de placer que, eventualmente, podría generar la exploración de su cuerpo y el de otros niños y niñas, sin que medien sentimientos de culpabilidad.

Por su parte, en la dimensión conductual del empoderamiento (participación en grupos), se reconoció la necesidad de trabajar en la articulación de 4 ejes de análisis: capacidad para brindar información personal relevante, disposición para subordinar intereses personales a los del grupo, habilidad para negociar en busca de consenso, y capacidad para fundamentar puntos de vista. Fundamentados respectivamente en la tendencia a ofrecer información estereotipada, una deficiente disposición al cambio, una insuficiente capacidad para escuchar los puntos de vista diferentes, a disentir por conducto del ataque y a hacer prevalecer criterios sin la debida fundamentación.

DISCUSIÓN

El empoderamiento en salud sexual de actores sociales vinculados a niños y niñas preescolares lleva implícitos la movilización y desarrollo de recursos cognitivos, de personalidad, motivacionales y afectivos para interpretar con acierto la influencia social en el comportamiento sexual (dimensión interpersonal), para responder, de manera eficaz, a las manifestaciones de la sexualidad de los niños y niñas en esta etapa de la vida en pro de conseguir en ellos futuros comportamientos sexuales saludables autorregulados (dimensión intrapersonal), y la búsqueda de recursos mediante la interacción grupal (dimensión conductual).

Las 3 dimensiones son atravesadas por un componente motivacional que se manifiesta en el modo de involucrarse las personas en el grupo, en la cantidad de esfuerzo que despliegan para integrar nuevas cogniciones y sentimientos derivados de develar sus propios prejuicios en el tema, para perseverar ante los obstáculos que se presenten mediante la búsqueda de alternativas de respuesta más cercanas a los objetivos y la construcción colectiva de nuevos conocimientos.

Por su parte, los éxitos en la construcción colectiva de dicho conocimiento refuerzan el control sobre sus respuestas a los niños y niñas, y a su vez, perfeccionan la interpretación del entorno. Ello expresa el modo en que estas dimensiones fertilizan su relación de manera sistémica.

La secuencia metodológica del empoderamiento, al estar fundamentada en los presupuestos de la educación popular en torno a la necesidad de partir de la realidad, reflexionar críticamente sobre ella y volver a ella, recaba una indagación que favorezca el acceso a respuestas reales por parte del grupo, unos reactivos que hagan visible las inconsistencias entre las necesidades de los niños y niñas y el comportamiento cotidiano de los actores en dicha área y la superación de estas en la propia práctica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Parker R. Sexuality, culture and society: shifting paradigms in sexuality research. *Culture, Health & Sexuality*. 2009;11(3):251-66.
2. WHO. Promotion of sexual health. Recommendations for action. Guatemala; 2004. p. 6-42.

3. Oakley A, Fullerton D. Sexual health education interventions for young people: a methodological review. *BMJ*. 2005;3(10):158-62.
4. Pilcher Jane. School sex education: policy and practice in England 1870 to 2000. *Sex Education*. 2005;5(2):153-70.
5. Black C, McGough P, Bigrigg A. What do clients of a young people's sexual health service recall about their sex education programme at school? *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*. 2005;10(4):235-43.
6. Alfonso Rodríguez AC. Salud sexual y reproductiva desde la mirada de las mujeres. *Rev Cubana Salud Pública* [serie en internet]. 2006 [citado 8 de octubre de 2010];32(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662006000100010&lng=es
7. Raj A, Deckerb M, Murraya J, Silverman J. Gender differences in associations between exposure to school HIV education and protective sexual behaviors and sexually transmitted disease/HIV diagnosis among high school students. *Sex Education*. 2007;7(2):191-9.
8. O'Donnell L. Saving sex for later: developing a parentchild communication intervention to delay sexual initiation among young adolescents. *Sex Education*. 2007;7(2):107-25.
9. Brendgen M, Wanner B, Vitaro F. Peer and Teacher Effects on the Early Onset of Sexual Intercourse. *American Journal of Public Health*. 2007;97(11):134-44.
10. Constantine N, Slatara J, Carroll J. Motivational aspects of community support for school-based comprehensive sexuality education. *Sex Education*. 2007;7(4):421-39.
11. Myklestad I, Jostein R. Predicting intentions to perform protective sexual behaviours among Norwegian adolescents. *Sex Education*. 2008;8(1):107-24.
12. Basingstoke L, Palgrave A. Sexual subjects: young people, sexuality and education. *Sex Education*. 2008;8(2):247-8.
13. Smyliea L, Maticka E, Tyndalea D. Evaluation of a school-based sex education programme delivered to Grade Nine students in Canada. *Sex Education*. 2008;8(1):25-46.
14. Ruyter D, Spiecker B. Sex education and ideals. *Sex Education*. 2008;8(2):201-10.
15. Blinn-Pike L. Sex education in rural schools in the United States: impact of rural educator's community identities. *Sex Education*. 2008;8(1):77-92.
16. Paraskevi-Sofia K, Nakopoulou I, Papaharitou S. Attitudes of parents and health promoters in Greece concerning sex education of adolescents. *Sex Education*. 2007;7(3):265-76.
17. Westwood J, Mullan B. Knowledge and attitudes of secondary school teachers regarding sexual health education in England. *Jo and Sex Education*. 2007;7(2):143-59.

18. Henderson M, Wight D, Raab G, Abraham C. Impact of a theoretically based sex education programme (SHARE) delivered by teachers on NHS registered conceptions and terminations: final results of cluster randomised trial. *BMJ*. 2007;6(4): 334-9.
19. Walker L, Roseb C. Parent's views on sexual debut among pre-teen children in Washington, DC. *Sex Education*. 2008;8(2): 169-85.
20. Díaz LLanes G. Control percibido por mujeres de edad mediana como educadoras para la sexualidad del niño preescolar. *Rev Cubana Salud Pública [serie en internet]*. 2007 [citado 6 de abril de 2010];33(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000100009&lng=es&nrm=iso
21. Granger C. On (not) representing sex in pre-school and kindergarten: a psychoanalytic reflection on orders and hints. *Sex Education*. 2007;7(1):1-15.
22. Jiménez E. Educación Sexual. Un programa de concientización. Fascículo. Caracas: AVEPSO; 1984. p. 41-62.
23. OMS. Carta de Ottawa. Ginebra: OMS; 1986. p. 7-9.

Recibido: 16 de noviembre de 2010.

Aprobado: 25 noviembre de 2010.

Guillermo Díaz Llanes. Escuela Nacional de Salud Pública. Calle 100 No. 10 132 entre Perla y E, reparto Alta Habana, municipio Boyeros, La Habana, Cuba. Correo electrónico: guidiaz@ensap.sld.cu