

LA PREVENCIÓN DEL SIDA  
EN ADOLESCENTES.  
PROPUESTAS PEDAGÓGICAS

COL·LECCIÓ

*educació*



UNIVERSITAT  
JAUME·I

**MOLINER GARCIA, Odet**

La prevenció del SIDA en adolescents : propueses pedagògiques / Odet Moliner García, Rafaela García López. — Castelló de la Plana : Publicacions de la Universitat Jaume I, D.L. 2003

p. ; cm. — (Educació ; 7)

Bibliografia

ISBN 84-8021-410-4

I. SIDA en els adolescents. 2. SIDA-Prevenció. 3. Adolescents-Salut i higiene. I. García López, Rafaela coaut. II. Universitat Jaume I (Castelló). Publicacions de la Universitat Jaume I, ed. III. Títol. IV. Sèrie.

616.988

616.96

Cap part d'aquesta publicació, incloent-hi el disseny de la coberta, no pot ser reproduïda, emmagatzemada, ni transmesa de cap manera, ni per cap mitjà (electrònic, químic, mecànic, òptic, de gravació o bé de fotocòpia) sense autorització prèvia de la marca editorial.



© **Del text:** Les autores, 2003

© **Il·lustracions:** Cristian Santana Lobeto

© **De la present edició:**

Publicacions de la Universitat Jaume I. Servei de Comunicació i Publicacions, 2003

Campus del Riu Sec. Edifici Rectorat i Serveis Centrals. 12071 Castelló de la Plana

<http://sic.uji.es/publ>

e-mail: [publicacions@uji.es](mailto:publicacions@uji.es)

Tel. 964 72 82 19

Fax 964 72 82 32

**Correcció:** Juan Ramírez Hervás

**Maquetació:** Leonard Sánchez

**Imprimeix:** Graphic Group, S.A.

**ISBN:** 84-8021-410-4

**Dipòsit legal:** CS-17-2003

**LA PREVENCIÓN DEL SIDA  
EN ADOLESCENTES.  
PROPUESTAS PEDAGÓGICAS**

---

**Odét Moliner García  
Rafaela García López**



# í n d i c e

INTRODUCCIÓN .....	9
--------------------	---

## **I. LA PREVENCIÓN DEL SIDA EN EL ÁMBITO EDUCATIVO**

1.1 Situación actual de la epidemia de SIDA .....	11
1.2 Prevención del SIDA y Educación para la Salud .....	11
1.3 Factores de riesgo en la población adolescente .....	14
1.4 El papel preventivo de los centros educativos .....	17
1.5 Revisión de programas y recursos educativos .....	20

## **2. ENFOQUES Y MODELOS DE PREVENCIÓN DEL SIDA**

2.1 Modelo Multidimensional de Apoyo Social .....	25
2.2 Modelo de Creencias de Salud .....	25
2.3 Modelo PRECEDE de Green .....	26
2.4 Modelo psicológico de prevención de la enfermedad .....	26
2.5 Modelo de la Acción Razonada .....	27
2.6 Modelo de Competencia .....	29
2.7 Modelos seleccionados e implicaciones educativas .....	30

## **3. PROGRAMA EDUCATIVO DE PREVENCIÓN DEL SIDA DIRIGIDO A ALUMNOS DE EDUCACIÓN SECUNDARIA OBLIGATORIA**

3.1 Objetivos del programa .....	33
3.2 Estructuración de contenidos .....	34
3.3 Estrategias didácticas y técnicas de intervención .....	36
3.4 Actividades del programa de prevención .....	38
3.5 Materiales del programa .....	39

## **4. APLICACIÓN PILOTO DEL PROGRAMA Y RESULTADOS OBTENIDOS**

4.1 Aplicación del programa en alumnos de 3º Educación Secundaria Obligatoria .....	107
4.2 Resultados de la aplicación .....	111

CONCLUSIONES Y PROPUESTAS PEDAGÓGICAS .....	115
---	-----

BIBLIOGRAFÍA .....	119
--------------------	-----

ANEXO .....	123
-------------	-----



# INTRODUCCIÓN

Veinte años después de la aparición de los primeros casos de SIDA, la situación es muy diferente a la que nos encontramos durante los años ochenta y comienzos de los noventa. A lo largo de la última década hemos asistido al desarrollo de múltiples programas preventivos que pretenden contribuir a cambiar los hábitos de los colectivos más afectados y a frenar la propagación de la epidemia.

Este libro surge como respuesta a la detección de una de las necesidades sociales más importantes de nuestro tiempo. Comenzado el nuevo siglo continúan los esfuerzos por frenar la propagación de una enfermedad tan devastadora, y por desgracia tan extendida, como es el SIDA. Nuestra pretensión al elaborarlo, ambiciosa pero llena de esperanza, es contribuir a su prevención desde el ámbito educativo.

Aunque la importancia de la tarea preventiva es tal que requiere un abordaje pluridisciplinar, los educadores constituimos un sector privilegiado en esta lucha al trabajar diariamente con adolescentes que son susceptibles o están expuestos al riesgo de contagio. El hecho de desempeñar nuestro trabajo en los centros educativos y convivir diariamente con los jóvenes, permite abordar la prevención desde la educación formal, es decir, desde dentro del propio sistema educativo, dando la oportunidad a nuestros alumnos de conocer cuáles son sus riesgos respecto a la adquisición de la enfermedad, cómo prevenir el contagio y cómo desarrollar una serie de actitudes positivas hacia las personas afectadas.

La educación es, en suma, un proceso comunitario y desde una sociedad cambiante, afectada por problemas endémicos como el VIH/SIDA, es necesario plantearse nuevos modelos de intervención educativa. Consideramos que en la actualidad, a partir de la LOGSE, gozamos de una situación particularmente favorable en este

sentido, pues la educación para la salud se contempla en los currícula oficiales como una de las materias transversales. Apostamos por un modelo de intervención educativa que enlace con los esfuerzos preventivos comunitarios en la promoción de la salud pública.

Las políticas preventivas (gubernamentales y no gubernamentales) han conseguido hasta el momento sensibilizar y recordar a los ciudadanos lo que es y supone la enfermedad. Pero las campañas informativas no cambian las creencias, actitudes y conductas que conllevan riesgos de infección. El papel preventivo desde el ámbito educativo supera el objetivo informativo y va mucho más allá, implicando a toda la comunidad escolar y en particular a un agente clave: los profesores.

Para la realización de esta investigación, hemos contado con la implicación de los profesores y en ellos confiamos para que, en estrecha colaboración, pongan en práctica este programa preventivo.

El libro tiene un carácter eminentemente práctico, constituyendo la parte fundamental del mismo los materiales didácticos que conforman el programa educativo. Estructurado en cuatro capítulos, abordamos en el primero de ellos la necesidad de enfocar la prevención del SIDA desde la educación para la salud y cómo la adolescencia es una etapa «de riesgo» por una serie de factores que confluyen en este periodo. El papel preventivo de los centros educativos se concreta a través de la acción del profesorado.

Desde la Psicología Social surgen varios modelos teóricos que abundan en la explicación y predicción de conductas relativas a la salud individual (Modelo de Creencias de Salud). También desde la prevención comunitaria se investiga sobre los factores que anteceden a los problemas de salud (Modelo Precede de Green); sobre las redes de apoyo (Modelo Multidimen-

sional del Apoyo Social) y sobre las creencias, actitudes y normas que subyacen a una conducta (Teoría de la Acción Razonada).

En el ámbito de la Psicología Preventiva, el Modelo de Competencia parte de una conceptualización positiva de salud y pone énfasis en la promoción de estilos de vida saludables. Estos modelos presentan diferentes propuestas de intervención que repasamos en el segundo capítulo.

En el ámbito educativo nos apoyamos en la intersección de estos dos últimos modelos para justificar teóricamente el doble objetivo de: a) formar y cambiar actitudes y b) desarrollar competencias; determinando sus implicaciones educativas que se concretan en el diseño de programas de prevención.

Para ilustrar nuestra propuesta, presentamos en el capítulo 3 un programa diseñado y elaborado a partir de los supuestos teóricos del Modelo de Acción razonada de Fishbein y Ajzen y del Modelo de Competencia. Esta es la parte principal del libro, pues en ella se describe detalladamente el programa pedagógico y se incluyen estrategias didácticas, actividades y materiales para desarrollar el programa con alumnos de ESO. El objetivo es proporcionar al profesorado un instrumento de intervención para abordar la prevención del SIDA desde el aula. En este capí-

tulo presentamos el programa, sus objetivos, unidades didácticas, actividades, materiales didácticos, número de sesiones y evaluación.

En el cuarto y último capítulo describimos una aplicación piloto del programa en un centro educativo con alumnos de Secundaria y los resultados obtenidos en cuanto a formación y cambio de actitudes. Tras la realización de este trabajo, resumimos los aspectos fundamentales que deberán ser retomados para orientar futuras acciones preventivas desde el ámbito educativo.

Esperamos que estos materiales sirvan al profesorado como un recurso pedagógico que, por su carácter y diseño eminentemente práctico, oriente su labor preventiva. Es una propuesta de materiales que, adaptados a la realidad educativa de cada centro, nivel o grupo específico, contribuirán a la derrota de los prejuicios sobre la enfermedad y las personas que la padecen y a la promoción de competencias individuales que permiten desarrollar una conducta preventiva eficaz. El reto está servido.

Por último, sirvan estas líneas para manifestar nuestra gratitud a la Fundación Santa María de Madrid que hizo posible la realización de este trabajo y sobre todo al personal y a la dirección del Instituto Ximén d'Urrea de Alcora (Castellón) en el que se llevó a cabo la aplicación piloto del programa.

# LA PREVENCIÓN DEL SIDA EN EL ÁMBITO EDUCATIVO

## 1.1

### SITUACIÓN ACTUAL DE LA EPIDEMIA DE SIDA

Se estima en la actualidad que hay más de 36 millones de personas infectadas por el VIH. Los efectos de la epidemia son muy variables y más del 90 % de las personas infectadas viven en el tercer mundo, sobre todo en el África subsahariana y en el sur y sudeste de Asia. Aunque en los países llamados desarrollados la situación no es tan dramática, el SIDA es considerado en todos ellos como uno de los problemas prioritarios de salud.

El «Informe sobre la epidemia mundial de VIH/SIDA 2002» presentado por ONUSIDA en la XIV Conferencia Internacional sobre el SIDA, celebrada en Barcelona en julio de 2002, centra uno de sus focos de atención en los jóvenes y aporta datos sobre la particular vulnerabilidad de esta población. Se calcula que 11,8 millones de jóvenes entre 15 y 24 años están viviendo con el VIH/SIDA. Además, aproximadamente la mitad de todas las nuevas infecciones en adultos —unas 6.000 diarias— corresponden a jóvenes.

Entre los países europeos, España destaca por la elevada incidencia de la enfermedad (casos de SIDA diagnosticados al año por millón de habitantes) y los últimos datos indican que nuestro país sigue presentando el mayor número de incidencia de casos de toda Europa junto a Portugal. Además, uno de cada cuatro casos de SIDA declarados en Europa desde el comienzo de la epidemia hasta el 31 de diciembre de 2000, fue español (Figura 1).

En España encontramos una considerable variabilidad en el grado de afectación si analizamos los datos por Comunidades Autónomas. Las mayores tasas de incidencia las presentan comunidades como Baleares, Madrid, País Vasco y Cataluña, es decir, las comunidades más industrializadas, ricas y de predominio urbano.

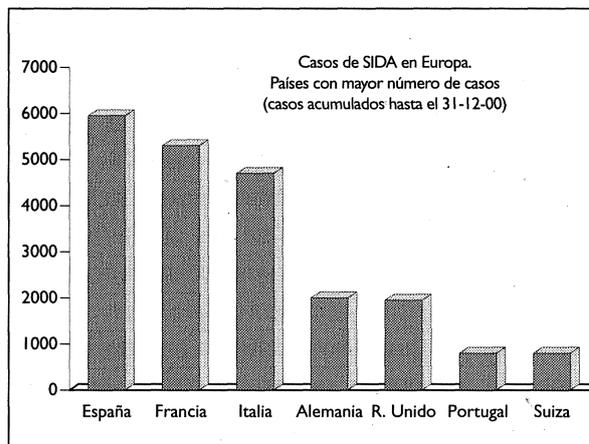


Figura 1. Casos de SIDA en Europa. Fuente: Centro Europeo para la vigilancia Epidemiológica del SIDA.

Durante el año 2001 se diagnosticaron 2.300 casos nuevos de SIDA en España, lo que supuso una disminución del 14 % respecto al año anterior. Sin embargo, hay que tener en cuenta que cuando hablamos de casos de SIDA nos referimos a la incidencia tardía de la infección por VIH, es decir, al número de casos de SIDA diagnosticados y no al número de casos de infección por VIH. Según los datos del Ministerio de Sanidad y Consumo (2002), el número anual de nuevos diagnósticos de SIDA en las categorías de transmisión homo/bisexual y heterosexual permanece estancado. Se calcula que en España hay entre 110.000 y 150.000 personas que padecen la infección por VIH, aunque probablemente más de la cuarta parte de ellas no han sido diagnosticadas.

## 1.2

### PREVENCIÓN DEL SIDA Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Al considerar el concepto de prevención, las fuentes consultadas nos remiten al término *prevenir* que significa anticipar o preparar con anticipación, o sea, actuar antes (pre) de lo que va a venir para que no suceda. También significa tomar las medidas precisas para evitar o reme-

diar un mal pues, ya desde el momento en que utilizamos esta palabra, estamos tomando posición ante un mal, riesgo o peligro percibido.

Clásicamente se establecen tres niveles de prevención: prevención primaria, secundaria y terciaria.

Desde la *prevención primaria* se pretende evitar que aparezca el problema desarrollando una serie de estrategias cuidadosamente planificadas dirigidas a informar, formar y educar a las personas, poniendo a su disposición las variables facilitadoras que, como su nombre indica, facilitan o ayudan en la consecución de los objetivos preventivos. En el propio sistema social encontramos todo un entramado de instituciones o espacios desde los que llevar a cabo la prevención y a través de los cuales podemos entrar en contacto con el colectivo al que va dirigida nuestra prevención: los adolescentes.

La *prevención secundaria* se desarrollará cuando una persona se infecta por el VIH, desde el momento en que se le comunica su seropositividad. Desde el punto de vista médico, esta prevención se refiere a tratamientos que alarguen el periodo de manifestación de la enfermedad y/o terapias que pueden contribuir a mejorar la calidad de vida del sujeto durante el periodo asintomático e incluso durante la enfermedad. Nos referimos, por ejemplo, a los tratamientos psicoterapéuticos en forma de terapias individuales (orientación, *counseling*), grupales (grupos de autoayuda, grupos de psicoterapia) o familiares (psicoterapia familiar) o a tratamientos alternativos y naturales.

Hablamos de *prevención terciaria* cuando se trata de intervenir en pacientes enfermos y converge a este nivel la necesidad de los cuidados paliativos de carácter médico o sanitario y la necesidad de apoyo psicológico o emocional, centrado sobre todo en la promoción en el paciente de mecanismos de defensa que eviten el desarrollo de depresiones esenciales. Se deberá acompañar al enfermo en esta fase a la aceptación de las limitaciones derivadas de su cambio físico, lo cual exigirá un cambio de estilo y de modalidad de vida.

Desde la perspectiva educativa nos situamos en el ámbito de la *prevención primaria* para impedir la aparición de un problema o enfermedad, en este caso evitar el contagio por VIH.

Cuando se inició la propagación de los primeros casos en todos los países, se emprendieron campañas informativas sobre el VIH/SIDA, aunque los efectos de las mismas en la población dejaron mucho que desear, puesto que la enfermedad se siguió y se sigue propagando. La cuestión es la siguiente: si la gente está informada ¿por qué se siguen produciendo casos de contagio del VIH?

Según Sumay (1992), la información es el elemento constitutivo de la prevención primaria más comúnmente reconocido. Se trata de la emisión de un conocimiento que solamente será eficaz si cumple los requisitos de accesibilidad, necesidad y oportunidad. Sin embargo, hay que tener presentes las limitaciones de la información en toda acción o plan preventivo, en tanto no se complemente o interactúe con otros elementos necesarios. Es decir, es preciso complementar las técnicas informativas que se han venido utilizando hasta el momento con otras que garanticen una adecuada *formación*.

Esta respuesta ha sido ampliamente consensuada (Cuevas, 2000) y desde nuestro punto de vista consideramos que las políticas preventivas están fracasando porque la información, aunque necesaria, no es suficiente y requiere ser complementada con otras estrategias que incidan en la formación y cambio de actitudes, educación en valores, toma de decisiones y resolución de problemas.

En el ámbito de la prevención primaria, debemos tener en cuenta una serie de variables facilitadoras que, como su nombre indica, facilitan o ayudan en la consecución de los objetivos preventivos. Nos referimos a las estructuras sociales, en las que encontramos todo un entramado de instituciones o espacios desde los que llevar a cabo la prevención y a través de los cuales podemos entrar en contacto con el colectivo al que va dirigida nuestra intervención. Esos recursos facilitadores podrán ser de tres tipos:

- a Naturales, como la familia que es la unidad primaria de interacción del individuo y la mediadora del sujeto con la estructura social.
- b Instituciones en las que tiene lugar la educación formal, como es el caso de los centros educativos y escuelas.
- c Instituciones o recursos desde los que se fomentan acciones educativas no forma-

les, como clubes, asociaciones, sindicatos que pueden apoyar la labor preventiva de las instituciones anteriores.

Desde el ámbito de la prevención primaria, es desde donde los educadores y profesionales de la educación tenemos oportunidad de intervenir informando y formando, bien desde la escuela, bien facilitando la accesibilidad a la formación e información a través de la dinamización de recursos sociales que pueden reforzar nuestra acción desde un contexto distinto al educativo.

La educación para la salud (en adelante EPS) se sustenta sobre dos derechos reconocidos por la Constitución Española: el derecho a la educación (artículo 27) y el derecho a la salud (artículo 43). Actualmente, la salud no se considera como ausencia de enfermedad, sino que se entiende que *una persona está sana cuando goza de un estado de bienestar general físico, psíquico y social* y las políticas preventivas abogan por un abordaje del concepto desde esta triple vertiente.

En la actualidad nos encontramos con una serie de problemas que fomentan la adopción de medidas de carácter estatal encaminadas a aumentar la salud de la población en general. En este marco surge la EPS, que ha cobrado gran relevancia mundial al constatarse que las enfermedades que causan mayor número de muertes prematuras están relacionadas con los estilos de vida y los hábitos individuales.

Dado que es más fácil implementar nuevos hábitos que modificarlos cuando ya están sólidamente instaurados, el medio escolar es un medio idóneo para iniciar al alumnado en el uso de estrategias que le permitan promover, preservar y aumentar su salud. Básicamente son tres las razones por las que defendemos esta idoneidad: el elevado grado de cobertura del sistema, la fase de aprendizaje en la que están inmersos los alumnos y el momento plástico de los mismos.

Las ventajas de abordar la prevención del SIDA desde el ámbito escolar (Escámez, 1990; Bimbela y Gómez, 1994) son diversas. En el periodo que abarca la escolaridad obligatoria los jóvenes son más susceptibles de adquirir valores, actitudes y hábitos adecuados a su desarrollo personal y social. Otra cuestión es que la educación formal permite dar una información estructurada y fundamentada, adecuada a las características de cada grupo y de cada centro.

El aumento de las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, el consumo de alcohol, el uso de drogas, tabaco, el exceso de tensiones, la aparición de nuevas enfermedades como el SIDA, son algunos de los nuevos problemas relacionados con la salud que hacen que aprender a autocuidarse sea uno de los objetivos prioritarios para todo ser humano. De ahí la necesidad de que la EPS forme parte de las actuales propuestas curriculares, puesto que el centro educativo es, sin duda, el lugar donde el alumnado va a pasar la mayor parte de su tiempo durante la etapa formativa y donde va a tener oportunidad de aprender y desarrollar hábitos saludables.

Sin embargo, está comprobado que la enseñanza de contenidos saludables desde el centro educativo no asegura que el alumno los incorpore a su vida cotidiana. Por ejemplo, enseñar a un alumno en el colegio cómo debe lavarse las manos no garantiza que éste lo haga cuando llegue a su casa. De ahí la necesidad de incidir, además de los contenidos y los procedimientos, en la formación de actitudes positivas hacia una vida saludable, es decir, no sólo enseñar conductas saludables sino también predisposiciones a actuar saludablemente e implicar, siempre que sea posible, a los agentes educativos (incluidas las familias).

Como parte de la EPS, la educación sexual debe estar presente en la educación escolar, no sólo como información sobre aspectos físicos y biológicos sino también considerando los aspectos afectivos, emocionales y sociales, o sea, debe contribuir al desarrollo integral del alumno, incorporando valores y favoreciendo la adquisición de conceptos, procedimientos y actitudes.

Las directrices del Ministerio de Educación y Ciencia (1993) sobre los contenidos de la educación sexual en la Educación Secundaria Obligatoria señalan la necesidad de profundizar en el conocimiento de los aparatos reproductores, en cómo se desarrolla el parto, en la discusión del problema del aborto, en los procedimientos de contracepción y nuevas técnicas de reproducción y en la cuestión de las enfermedades de transmisión sexual. No se hace referencia explícita, como podemos observar, a la prevención del SIDA.

Desde la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), se subraya la importancia de la edu-

cación sobre el comportamiento humano y la sexualidad de los jóvenes, haciendo hincapié en la necesidad de *desarrollar programas educativos que les ayuden a mantener un comportamiento saludable y a modificar o evitar cualquier actitud y/o conducta que pueda ser peligrosa para ellos mismos o para los demás*. Estos organismos consideran esencial que todos los alumnos que lleguen al final de la escolaridad, hayan recibido la mejor educación posible sobre el SIDA y las ETS (Enfermedades de Transmisión Sexual), siendo la Educación Sanitaria sobre las relaciones sexuales y humanas el contexto ideal para hacerlo. Por lo tanto, los programas sobre el SIDA y las ETS, además de mejorar los conocimientos, deben ayudar a desarrollar las actitudes y competencias adecuadas, modificar los comportamientos de riesgo y oponerse a la discriminación.

Si tenemos en cuenta los intereses de los adolescentes, algunas investigaciones (Fábregas, 1993) ponen de manifiesto que el SIDA ocupa uno de los lugares preferentes. Esto apoya la necesidad de ser considerado como tema fundamental de la educación sexual y, como tema transversal, ser tenido en cuenta en todas las áreas del currículum de Secundaria Obligatoria y Postobligatoria.

Así pues, un elemento indispensable para la prevención del SIDA desde la prevención primaria es, sin duda, la educación. En el caso de los adolescentes, la educación engloba el desarrollo de la capacidad de aprender, de crecer a partir de unos contenidos que pueden incluirse en las áreas curriculares, en concreto desde la Educación para la Salud.

### 1.3

#### **FACTORES DE RIESGO EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE**

Tradicionalmente se ha venido utilizando el término «grupos de riesgo» para referirse a aquellos colectivos o grupos sociales principalmente afectados por la enfermedad (homosexuales, toxicómanos, hemofílicos y prostitutas). En la actualidad, hablar de grupos de riesgo de infección por VIH/SIDA como se hizo en un principio, carece de sentido.

Hemos sido testigos del cambio producido, afortunadamente, en la creencia pública de que el

SIDA afecta sólo a grupos marginales de la sociedad denominados «grupos de riesgo».

En la literatura actual encontramos una prevalencia de los términos «factores de riesgo» y «conductas de riesgo» para referirse a *aquellos comportamientos y situaciones que favorecen o aumentan la probabilidad de que se produzca la transmisión del VIH de una persona infectada a otra no infectada*.

En la población adolescente confluyen muchos de estos factores de riesgo y por ello consideramos que es un colectivo especialmente susceptible al contagio, sobre el que deberemos intervenir especialmente. Algunos de ellos son:

- **Factores físicos:** durante la pubertad y en la adolescencia se producen en el cuerpo del joven una serie de modificaciones como la aparición de los caracteres sexuales secundarios. Esto comporta una búsqueda de la identidad sexual, por eso el adolescente explora su propia sexualidad.
- **Factores psicológicos:** el joven busca la identidad personal y le interesa ser aceptado por su grupo.
- **Factores cognitivos:** la curiosidad por experimentar el «mundo de los adultos» se traduce en una dificultad para percibir el riesgo. En la adolescencia se produce el paso del pensamiento concreto al abstracto. Esto ocurre en contraste con su inmadurez en algunas áreas, lo que puede influir en su percepción del riesgo. El adolescente percibe el riesgo en términos concretos e inmediatos sin tener en cuenta los efectos a largo plazo, es decir, su preocupación por el presente hace que no considere las consecuencias desagradables de una acción; no las tome como algo serio sino como una barrera para la acción. De ahí que la percepción de la vulnerabilidad a la infección por el VIH es normalmente baja. Algunos estudios (Gray y Saracino, 1991) muestran cómo los adolescentes consideran que a ellos no les concierne el SIDA porque no perciben que ellos puedan correr el riesgo de contagio.
- **Factores sociales:** generalmente, en la adolescencia se produce un distanciamiento de la familia. El adolescente tiene oportunidad de

salir de la relación jerárquica que vive en la familia y experimentar una relación igualitaria, con miembros de un grupo que no está sujeto a las normas de los adultos, sino que se rige por sus propias reglas. De ahí la importancia de la pertenencia a un grupo, las normas del cual cobran gran relevancia al tener que tomar decisiones. Los valores de ese grupo son compartidos y están por encima de los propios, aunque esto comporte un riesgo para la salud. La Teoría de la Acción Razonada ofrece uno de los mejores esquemas para comprender el rol de la presión del grupo en las conductas de los adolescentes. Así pues, las intenciones de los adolescentes hacia las conductas de riesgo de infección por el VIH estarán influidas por la percepción de las expectativas del grupo (por ejemplo, si el adolescente percibe que sus amigos no creen conveniente el uso del condón, probablemente no tendrá intención de usarlo).

La sexualidad es un aspecto complejo y confuso de nuestra vida, pero aún lo es más durante la adolescencia. Las cuestiones sexuales pasan a un primer plano en este periodo crítico en el que comienzan a desarrollarse los valores sexuales y se inicia la conducta sexual.

Es en esta etapa cuando las cuestiones relativas al tema de la sexualidad cobran una mayor relevancia. Según un estudio realizado por Fábregas (1993) en el Centre Jove d'Anticoncepció i Sexualitat de Barcelona, los jóvenes manifiestan un mayor interés por las siguientes cuestiones:

- a El desconocimiento sobre la sexualidad que se traduce en una demanda de información general.
- b La percepción de un riesgo elevado de embarazo, por lo que acuden al centro en busca de tratamiento postcoital.
- c Las chicas, pensando en un posible embarazo, acuden a hacerse la prueba.
- d El hecho de comenzar, o pensar en comenzar, a tener relaciones coitales, lo que les hace acudir para informarse sobre métodos anticonceptivos.

- e Pensar que padecen un problema sexual.
- f Creer que pueden estar infectados por el VIH.
- g Estar embarazadas y querer interrumpir el embarazo.

Es interesante constatar cómo uno de los motivos más frecuentes por los que los jóvenes acuden al centro es la posibilidad de infección por VIH. El mismo autor afirma que los temas que más preocupan a los adolescentes en materia sexual serían: los métodos anticonceptivos, las relaciones afectivas o de pareja, el SIDA y el conocimiento del propio cuerpo.

### 1.3.1

#### LA CONDUCTA SEXUAL ADOLESCENTE

Aunque a muchos adultos les resulta difícil admitirlo, un gran número de jóvenes empiezan su actividad sexual a una edad relativamente temprana, son sexualmente activos antes del matrimonio, no son monógamos y no utilizan preservativos con la suficiente regularidad para asegurar la protección.

Gray y Saracino (1991) encontraron en una muestra de jóvenes con una edad media de 19,5 años, que el 80 % había tenido relaciones sexuales. Más del 80 % de los sexualmente activos habían tenido de 1 a 4 parejas durante el pasado año y más del 30 % de estos practicaban el coito con una frecuencia de más de dos veces al mes. La mayoría de chicos (66 %) y chicas (68 %) dijeron que habían tenido relaciones vaginales sin preservativo durante el pasado año.

En nuestro país, al finalizar la adolescencia han tenido relaciones sexuales un 50 % de chicos españoles y un 35 % de chicas, cifras inferiores a la de otros países occidentales. Según Ubillós (2001) el promedio de edad de iniciación sexual es más tardía en España (18 años en las mujeres y 17 años en los hombres). Respecto a la práctica de una conducta sexual de riesgo (sin preservativo, con desconocidos) Sánchez Fernández (2001) encuentra un 26 % de adolescentes que afirma tener experiencia en la realización de conductas sexuales de riesgo. De entre éstos, el 69 % manifiesta haberlas realizado alguna vez, el 16 % bastantes veces y el 13 % muchas veces.

Las causas de que los adolescentes constituyan un grupo de riesgo potencialmente alto para la infección del VIH son:

- a Carecer de información sobre la sexualidad y formas de reducir riesgos asociados a la actividad sexual.
- b Los factores de su personalidad (nuevas experiencias, negación de los riesgos, susceptibilidad a la presión del medio).
- c Sus actitudes (baja aceptación en el uso del condón, y discriminación a las personas con SIDA).
- d Las particularidades socioculturales de su entorno. (Cáceres y otros, 1992: 110).

Añade Ubillos (2001) que uno de los factores que entrañan mayor riesgo de contagio en la adolescencia es el multipartenariado, aunque es más frecuente el multipartenariado sucesivo, es decir, tener varias parejas pero una detrás de otra. Parece que con más frecuencia, tanto en EE UU como en España, chicos y chicas comparten, en general, la importancia del amor como requisito de las relaciones sexuales.

Según los datos del último estudio realizado por el Instituto Dexeus «Enquesta de Salut als adolescents escolaritzats a Catalunya 2001» (Suris i Parera, 2002) sobre una población de 6.200 jóvenes adolescentes escolarizados en 3.º y 4.º de ESO, Bachillerato y Formación de Grado Medio y Superior con edades comprendidas entre 14 y 19 años, el 24 % de las chicas y el 21 % de los chicos manifestaba haber tenido relaciones coitales. La edad de la primera relación sexual se cifra en torno a  $15,8 \pm 1,3$  años para las chicas y en  $15,5 \pm 1,6$  años para los chicos. El 80 % de las adolescentes catalanas y el 90 % de los adolescentes catalanes declaran que utilizan el preservativo como método anticonceptivo habitual, aunque el 48 % de los jóvenes afirma que en alguna ocasión no han utilizado ningún método anticonceptivo. Además, el 30 % de las chicas sexualmente activas han utilizado alguna vez la píldora postcoital. La mayoría de los jóvenes sexualmente activos afirman que han tenido una única pareja durante los últimos doce meses, aunque el 15 % de las jóvenes y el 28 % de los chicos aseguran haber tenido más de una.

A partir de los datos apuntados y teniendo en cuenta que la OMS informa de que la proporción media de adolescentes infectados es el 20% del total de las personas infectadas, la adolescencia es considerada como una etapa altamente vulnerable para que se produzca la infección por VIH, puesto que, como hemos visto, son relativamente frecuentes las prácticas sexuales consideradas «de riesgo».

Por este motivo, es en este periodo, e incluso en la preadolescencia (12-13 años), cuando debe iniciarse la prevención del SIDA para que los jóvenes vayan madurando con una serie de conocimientos y actitudes que les van a ser útiles inmediatamente y en etapas posteriores, para saber afrontar el problema del SIDA, cómo evitarlo y cómo prevenirlo.

Asimismo, si hablamos de factores de riesgo, no podemos dejar de hablar de *factores de protección*. A ellos nos referimos cuando determinamos la necesidad de iniciar a los jóvenes en el aprendizaje de pautas, conductas, habilidades, destrezas y actitudes preventivas que les ayuden a protegerse del contagio y a frenar la propagación de la enfermedad.

En esta línea el «Informe sobre la epidemia mundial de VIH/SIDA 2002» de ONUSIDA, centrándose en la necesidad de educar la conducta sexual de los jóvenes manifiesta que:

«Se han adquirido diversas enseñanzas importantes sobre cómo aumentar al máximo la eficacia de esos programas. La educación tiene que ser continuada: ha de empezar antes de la pubertad y proseguirse durante todos los años de escolarización del joven. Muchas autoridades rechazan la idea de que esta educación comience antes de que el joven pase a ser sexualmente activo. Pero existen grandes variaciones en el momento de inicio de la actividad sexual, y conviene recalcar desde edades tempranas la importancia de adquirir unos buenos hábitos de salud, incluidos los relativos a la salud sexual y el VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual. La educación en salud preventiva debería ser exhaustiva y mantener un equilibrio apropiado para la edad entre desarrollo de aptitudes para la vida, información acerca de salud sexual y reproductiva y discusión de actitudes y valores (ONUSIDA, 2002: 76)».

## EL PAPEL PREVENTIVO DE LOS CENTROS EDUCATIVOS

La evolución de todo sistema educativo se produce de forma paralela al progreso o al cambio social. Así pues, el sistema educativo será también cambiante al igual que el político, el económico y los demás, siempre en función de las necesidades de una sociedad en constante desarrollo como la nuestra. Como es bien sabido, en todo sistema educativo subyace una ideología y una concepción de hombre que dan lugar a la búsqueda de unos fines que se explicitan en la política educativa del país. Las directrices y la ideología del poder político se concreta en las leyes que ordenan cómo debe ser el currículum educativo. La promulgación de la Ley de Ordenación General del Sistema Educativo (LOGSE), introdujo diversas novedades, entre las cuales figura la incorporación de los Temas Transversales al currículum. Estos ejes o temas transversales, después de doce años de vigencia de la citada ley, continúan siendo importantes referentes y así se manifiesta en la literatura (Yus, 1997; Yuste y Ortega, 1997; Palos, 1998, 2000) y en los encuentros de reflexión y debate del profesorado.

Actualmente, la conciencia sobre el hecho de que la salud como una de las problemáticas sociales ha de tener un protagonismo central en el proceso de enseñanza-aprendizaje, nos sitúa ante la necesidad de aportar el máximo número de propuestas para acercar el tema al profesorado.

Aquellos temas que hasta ahora formaban parte del «currículum oculto», son retomados y explicitados en el planteamiento pedagógico de los centros educativos. La educación para la paz pretende la construcción de un concepto de paz positiva ligada a la justicia y a la igualdad y no sólo a la ausencia de guerra o violencia. La educación ambiental pretende que los alumnos analicen las relaciones que se establecen entre las personas y el medio físico y social y que adquieran competencias para dar respuesta solidaria y participativa a los problemas ambientales. La educación para la igualdad de oportunidades pretende desterrar el trato discriminatorio de

las personas en función de su sexo, como práctica social. La educación moral y cívica pretende desarrollar tanto los valores básicos y consensuados de toda sociedad democrática y plural, como los hábitos de convivencia ciudadana, respeto a las normas básicas de convivencia y fomento de la responsabilidad como ciudadanos. Aunque los temas y la metodología que se proponen desde las diferentes comunidades autónomas pueden variar, todos coinciden en las mismas problemáticas (Palos, 2000). Son temas que no constituyen por sí mismos una materia como las demás que conforman el currículum, sino que son desarrollados a través de cada una de las asignaturas de forma transversal. Son cuestiones actuales que responden a una demanda social en cuanto que «vienen determinados por situaciones socialmente problemáticas», (MEC, 1993), y que son «generados por el modelo de desarrollo actual, que atraviesan y globalizan el análisis de la sociedad, y del currículum en el ámbito educativo, en toda su complejidad conceptual y desde una dimensión y reinterpretación ética» (Palos, 1998). La propuesta de Yus (1997) y de Palos (2000) es la organización del currículum tomando como fuente principal los propios temas transversales, lo cual implica un cambio de perspectiva en la configuración del mismo.

Dos de los temas transversales directamente relacionados con la prevención del SIDA son la Educación para la Salud y la Educación Sexual. La Educación para la Salud pretende construir unos conocimientos y crear unas actitudes y hábitos de vida que nos permitan gozar de un estado de bienestar físico, psíquico y social.

Sin embargo, es cierto que a la hora de tratar la prevención del SIDA y sobre todo si se aborda desde la prevención de la transmisión sexual, han de salvarse muchos obstáculos de tipo cultural y social que están presentes también en el ámbito educativo. Según la OMS (1988), los elementos que entorpecen la toma de decisiones en materia preventiva son:

- a Una escasez de datos sobre la conducta y las prácticas sexuales existentes.
- b El tema se considera a veces demasiado personal o conflictivo en los planos cultural o religioso para que pueda hablarse de él abiertamente.

**c** Puede haber una demanda de medidas legislativas susceptible de hacer fracasar los esfuerzos por modificar el comportamiento de los grupos de población expuestos.

**d** Puede haber cierta resistencia a dar prioridad al SIDA cuando existen otros muchos problemas importantes de salud pública.

El empleo del condón es una de las medidas que reducen el riesgo de transmisión sexual del VIH, aunque no todas las personas aceptan este medio de protección. Entre los obstáculos con que se tropieza figuran ciertas actitudes culturales, la ignorancia sobre la finalidad y función de los preservativos y las falsas creencias sobre su impacto en la sexualidad.

En el «Informe sobre la epidemia mundial de VIH/SIDA» de ONUSIDA (2000) se recogen algunos aspectos que hacen vulnerables a las personas como: el miedo, el estigma y la negación del problema que se convierten en un círculo vicioso; el estar mal informados o no tener suficiente información; la falta de educación; la marginación de algunos colectivos, especialmente las mujeres que son objeto de violencia doméstica o de abusos sexuales; cuestiones todas ellas a retomar desde el abordaje preventivo.

Haciendo referencia a la necesidad de introducir los programas preventivos en el ámbito educativo, la Organización Mundial para la Salud (1992) menciona algunos aspectos que dificultan la tarea preventiva en los centros:

- Una resistencia de los agentes educativos implicados a admitir que el SIDA es un problema social.
- Un temor a informar a los niños sobre cómo evitar la propagación del SIDA.
- Una incertidumbre acerca de cómo abordar el tema en la escuela.
- Una inseguridad acerca de si la escuela es el lugar apropiado para tratar el tema.
- Una falta de acuerdo sobre la edad en la que debe abordarse la prevención del SIDA.

A estas cuestiones pueden añadirse las enumeradas por Escámez (1990):

**a** Un desconocimiento de cuestiones básicas sobre el tema por parte del profesorado.

**b** Actitudes, a veces negativas, hacia la aplicación de programas preventivos.

**c** Una falta de recursos materiales y personales.

**d** Carencia de una política educativa que aborde con seriedad el problema.

En definitiva, la prevención del SIDA en el ámbito educativo requiere un abordaje sistemático por parte de los agentes educativos que, con el apoyo administrativo, promueva en los centros escolares la transmisión de información, la superación de prejuicios y la asunción de responsabilidades en materia preventiva.

#### 1.4.1

##### EL PAPEL DEL PROFESOR

El profesorado desempeña un papel determinante en la prevención del SIDA, dada su situación privilegiada en el proceso de enseñanza-aprendizaje, en cuanto a la estrecha relación que mantiene con el alumno. Consideramos que su función como docente no queda limitada a la mera transmisión de conocimientos, sino que su función educadora implica una formación integral del alumno atendiendo a todas sus dimensiones, incluyendo la preservación de la salud y, por lo tanto, la prevención de enfermedades, entre ellas el SIDA.

Si consideramos que la prevención del SIDA en los centros educativos, conlleva la necesidad de la aplicación de programas pedagógicos diseñados para tal fin, y no se reduce a intervenciones puntuales y esporádicas, debemos tener en cuenta que esto requiere un cierto grado de implicación de los profesores que van a desarrollar los programas, así como una predisposición favorable a hacerlo.

Esta implicación dependerá en mayor o menor grado de su propia percepción sobre si está pre-

parado para desarrollar programas o no, es decir, si se considera a sí mismo lo suficientemente formado para intervenir en una propuesta que procede del ámbito pedagógico para prevenir el SIDA. Además de su percepción sobre si está formado o no, también influirá en su implicación activa la percepción de la necesidad de introducir el tema en su aula, según la importancia que él le conceda al tema y lo concienciado que esté sobre la urgencia de intervenir desde los centros educativos.

A pesar de que el profesorado esté concienciado de la importancia del problema del SIDA y muestre una predisposición favorable hacia la aplicación de programas de prevención de la enfermedad, es evidente que existen una serie de elementos externos que dificultan su verdadera implicación. Uno de ellos es el tiempo, pues implicarse en un programa de este tipo supone un trabajo añadido a su labor cotidiana. Otro factor es la saturación de propuestas de intervención que conciben como un añadido a los contenidos que imparten.

A raíz de nuestra experiencia, detectamos en los centros educativos:

- a Una falta de convencimiento sobre la importancia y gravedad del problema. Algunos profesores se enfrentan al tema del SIDA como algo «lejano» o ajeno que puede pasar a los demás, pero no afectarles a ellos ni a sus alumnos.
- b Una falsa creencia de que el SIDA no es un tema que responda a los intereses de los alumnos, cuando en realidad, y en función de los estudios citados en otros apartados, los adolescentes tienen un gran interés por la enfermedad y por el problema social que genera. Aun en el caso de que no fuera un tema de su interés (cuestión que ponemos en duda) pensamos que el SIDA es un tema *interesante* para su vida futura.
- c La inestabilidad, en cuanto a la poca permanencia del personal docente en los centros educativos, es un factor que dificulta la implicación del profesor y la continuidad de los programas preventivos.

d Una falta de organización coherente de los horarios del profesorado de manera que puedan compaginar la docencia con su formación o reciclaje.

e Una inseguridad y ambigüedad sobre las propias actitudes y opiniones, seguramente porque no asumen sus prejuicios, influidos por la carga moral y estigmatizante que han sufrido los que padecen la enfermedad en años anteriores.

f La diversidad y heterogeneidad del profesorado, proveniente de diversas escuelas o facultades, de distintos planes de estudios, diferentes promociones y formación, distintos intereses y motivaciones, teorías e ideologías divergentes, diferentes características personales, etc. Estos elementos que normalmente enriquecen el proceso de enseñanza-aprendizaje, en esta ocasión dificulta enormemente la toma de decisiones sobre una propuesta educativa común para todos. Es decir, ante tanta diversidad, ardua tarea es la de encontrar un centro educativo en el que todo el claustro de profesores se encuentre interesado en un proyecto preventivo común y así lo explique en el Proyecto Educativo del Centro.

Sigue siendo frecuente la carencia de un eje común, en los propios centros, que guíe y oriente la prevención del SIDA desde la Educación para la Salud. La mayoría de profesores desarrollan programas preventivos sin carácter sistemático, normalmente en horas de tutoría, independientemente del resto del personal y siempre bajo el criterio de la buena voluntad.

Consideramos imprescindible la implicación del profesorado en la tarea preventiva de la enfermedad, tomando iniciativas en el ámbito del centro y no sólo realizando intervenciones puntuales con sus alumnos. Es preciso establecer pautas de actuación, concretadas en el Proyecto Educativo de Centro, que guíen el desarrollo de programas preventivos en todos los niveles de concreción curricular.

## 1.5

### REVISIÓN DE PROGRAMAS Y RECURSOS EDUCATIVOS

Son numerosos los recursos educativos para la prevención del SIDA, tal y como se recoge en algunas investigaciones al respecto (Moliner García, 1998). En la revisión de la literatura sobre el tema localizamos multitud de programas y recopilamos material educativo, tanto de organismos internacionales como nacionales. En esta investigación recogimos sólo *los programas de prevención específica* que se atenían a los criterios básicos citados por Escámez (1990):

- a Atenerse a la normativa legal.
- b Promover medidas educativas destinadas a informar, formar actitudes y generar hábitos de vida sana.
- c Establecer medidas sociales en favor de los grupos particularmente «en situación de riesgo», ofreciéndoles alternativas viables.

Se recogen variedad de programas clasificados en cuatro apartados:

Programas internacionales no escolares.

Programas internacionales escolares.

Programas nacionales no escolares.

Programas nacionales escolares.

Para facilitar el análisis de los mismos se presentan estructurados en función de una serie de elementos básicos: país de procedencia o, en los programas nacionales, Comunidad Autónoma; año de aplicación, autor/es y entidad financiadora, título, población a la que va dirigido, edades de los sujetos implicados, diagnóstico inicial, objetivos, contenidos, estrategias y técnicas empleadas (transmisión de información, formación/cambio de actitudes, enseñanza de habilidades o competencias, toma de decisiones, clarificación de valores, etc.), duración del programa o número de sesiones, evaluación y resultados.

## 1.5.1

### PROGRAMAS INTERNACIONALES NO ESCOLARES

Los primeros programas de prevención de ETS en Estados Unidos, datan de la década de los 70, dirigidos principalmente a la prevención de la sífilis y la gonorrea, iniciándose la prevención específica del SIDA alrededor de 1984. Así pues, los Estados Unidos, junto a Grecia que paradójicamente ya desarrolló en 1985 un programa de prevención dirigido a la población en general y al ámbito educativo, fueron los dos primeros países en poner en marcha mecanismos de prevención mediante programas dirigidos a grupos específicos y a la población en general.

Entre los *programas dirigidos a la población en general* se utilizan mayoritariamente campañas de salud pública, las cuales, teniendo en cuenta los resultados a través del tiempo, no han provocado el cambio de conducta esperado, puede ser por la falsa creencia sobre la invulnerabilidad de la «gente corriente» al prevalecer la idea de que la enfermedad era más común en determinados grupos sociales.

En cuanto a los *programas dirigidos a hombres homosexuales*, encontramos un gran número de ellos que destacan porque, además de transmitir información básica sobre el SIDA, inciden en la enseñanza de estrategias para la reducción del riesgo de transmisión, concretamente en la enseñanza de habilidades sobre el uso del preservativo, la enseñanza de habilidades de negociación para realizar sexo seguro, técnicas de automanejo y asertividad y proponen la conveniencia de realizar periódicamente la prueba del SIDA y el *counseling* como estrategia preventiva.

*Los programas dirigidos a usuarios de drogas por vía intravenosa (UDVI)* se dirigen mayoritariamente a aquellos grupos de UDVI que están en tratamiento con metadona o en desintoxicación o se realizan en las *shooting galleries*, espacios semiprivados, donde se pueden conseguir gratuitamente o a bajo precio los utensilios de inyección. Algunos de los programas revisados utilizan ex adictos a drogas como educadores para la transmisión de información sobre el SIDA dentro de su grupo y muchos de ellos enseñan a esterilizar el material o lo distribuyen gratuitamente.

Los programas dirigidos a minorías étnicas se diseñan atendiendo a las diferencias socioculturales y otros programas se dirigen a mujeres de alto riesgo (por su pertenencia al colectivo de UDVI, por ser parejas sexuales de UDVI o prostitutas).

También existen programas desarrollados desde la educación no formal dirigidos a jóvenes delinquentes sexuales o con trastornos emocionales, psiquiátricos, etc., centrados en la promoción de las conductas preventivas y el uso del preservativo.

### 1.5.2

#### PROGRAMAS INTERNACIONALES ESCOLARES

Observamos una implementación más tardía de este tipo de programas debido a que en aquellos momentos (alrededor de 1987) estaban muy delimitados los grupos considerados «de riesgo». La mayoría de ellos se dirigen a alumnos de la Escuela Secundaria y Superior y todos transmiten información sobre la enfermedad, las vías de transmisión, las formas de prevención y algunos inciden, además, en las actitudes, los valores y las pautas de conducta sexual (Yarber, 1989, 1993). Algunos de ellos incluyen guías didácticas para los alumnos y para el profesor. Los programas de Yarber (1989) «AIDS: What Young Adults Should Know» y Yarber (1993) «STD and VIH. A Guide for today's young adults» son dos de los más completos que conocemos por su duración, objetivos, actividades planificadas, materiales, variedad de estrategias y propuestas de inserción curricular. Algunos (Alteneder et al., 1992), constatan un aumento de las actitudes de tolerancia en los alumnos hacia las personas seropositivas y enfermas de SIDA.

El trabajo de Oakley et al. (1995) presenta una revisión de programas escolares y aporta información sobre la efectividad de los mismos y las características que debe tener un programa preventivo para que sea eficaz. En la misma línea, Juárez y Díez (1999) presentan una revisión sistemática de la eficacia de las intervenciones en jóvenes escolarizados.

### 1.5.3

#### PROGRAMAS NACIONALES NO ESCOLARES

La mayoría de ellos desarrollan programas de prevención primaria, secundaria y terciaria. Además de la transmisión de información incluyen servicio telefónico, asesoría jurídica, cursos formativos, talleres, etc. Algunos realizan, en el marco de la prevención secundaria, tertulias-café como punto de encuentro o convivencia entre los seropositivos. Encontramos acciones preventivas dirigidas al colectivo de mujeres prostitutas, como la distribución directa de preservativos, realización de talleres de sexo seguro (habilidades para proponer y realizar sexo más seguro con sus clientes), intervenciones con usuarios de la prostitución, utilizando como mediadores a las propias prostitutas ya entrenadas y a los dependientes de sex shops. En cuanto a las acciones preventivas con UDVP, siendo el colectivo en el que epidemiológicamente tiene mayor prevalencia el virus del SIDA y representa el mayor número de casos acumulados desde 1981, los programas se basan en: a) transmisión de información en los centros ambulatorios y centros de dispensación de metadona, b) acciones educativas, c) atención psicológica y directa a los seropositivos y enfermos (acompañamiento en pisos y centros, hospitales y domicilio, d) distribución directa de kits preventivos (jeringuillas, agua destilada y preservativos).

Estos programas se circunscriben al ámbito de la prevención social y comunitaria, y desarrollan acciones dentro de este ámbito centradas en la transmisión de información a la población en general y a grupos específicos. Como tales, realizan acciones de atención social y apoyo comunitario, dirigidas a la dinamización de los agentes sociales para establecer redes de acción y cooperación que contribuyan al desarrollo de la acción preventiva. Distinguimos un número de programas que provienen de la administración pública, que son genéricos y constan, a su vez, de varios subprogramas o intervenciones concretas dirigidas a grupos diana o poblaciones específicas. La mayoría de los programas fueron iniciados durante la pasada década y siguen desarrollándose en la actualidad, promoviendo nuevas iniciativas y en colaboración con otras entidades afines.

#### 1.5.4

##### PROGRAMAS NACIONALES ESCOLARES

Somos conscientes de que existen muchos programas educativos, o experiencias desarrolladas en centros educativos, que responden a iniciativas particulares del profesorado. Los CEFIRE desarrollan cursos de formación del profesorado y coordinan las intervenciones preventivas de los centros educativos. Son importantes las intervenciones desarrolladas en el ámbito escolar de manera esporádica y bajo el criterio de la buena voluntad del profesorado aunque, al carecer de una sistematización y una consistencia organizativa, no son consideradas como programas.

Los programas revisados tienen el objetivo común de facilitar al profesorado un instrumento de intervención en el aula a la hora de realizar la prevención del SIDA y todos ellos transmiten información básica sobre qué es el SIDA, las vías de transmisión, la historia de la enfermedad y los modos de prevención. Algunos de ellos introducen el tema de la formación de actitudes solidarias frente al problema del SIDA y todos se centran en las conductas de riesgo y la enseñanza de habilidades para la interacción social.

La mayoría utilizan estrategias de transmisión de información apoyándose en soportes audiovisuales, incluyendo fichas para los alumnos y material escrito (documentos y textos de apoyo) y algunos introducen técnicas participativas y de dinámica de grupos como (discusión, debate, Philips 66, dramatización, *role-playing*) y técnicas de toma de decisiones (*brainstorming* y resolución de problemas). Sin embargo, son poco frecuentes las técnicas de cambio de actitudes y de formación de valores.

Destacamos el programa PRESSEC (Juárez y Díez, 1996; Díez y otros, 2000) que incluye en el cuestionario inicial la medida sobre actitudes hacia el VIH y hacia el uso del preservativo. Este programa incorpora técnicas de resolución de problemas y de enseñanza de habilidades para la interacción social, desarrolla ocho unidades didácticas a través de actividades de aproximadamente una hora de duración. Evaluado cualitativa y cuantitativamente, con una muestra de más de mil alumnos y en 17 centros educativos, se sigue desarrollando en la actualidad en más de 40 cen-

tros de Barcelona, con una cobertura del 32 % de la población escolar de Barcelona, lo cual indica que se ha superado una de las limitaciones que nos podemos encontrar en este tipo de programas: la continuidad de los mismos.

Otros programas estatales de calidad son el «Versión Original para todos los públicos» del Gobierno Vasco sobre sexo seguro.

Tras la revisión de varios programas, observamos en la mayoría de ellos una falta de sistematización que garantice un mínimo de rigor pedagógico, pues en pocos figuran todos los elementos (objetivos, contenidos, unidades didácticas, actividades, temporalización, propuestas de transversalidad, evaluación...) y en pocas ocasiones se hace referencia al diagnóstico inicial de la situación, aspecto que consideramos esencial para adaptar el programa a las características del grupo sobre el que se va a intervenir. La duración y los resultados obtenidos, son datos frecuentemente obviados, aunque generalmente se desarrollan durante pocas sesiones y durante un breve espacio de tiempo. No suele hacerse referencia al modelo teórico de prevención que fundamenta los programas y respecto al tema de la transversalidad, constatamos que, aunque es una de las cuestiones contempladas en la LOGSE, supone todavía un reto para la práctica educativa.

Estas conclusiones vienen corroboradas por un estudio realizado por el Institut Municipal de Salut Pública del Ayuntamiento de Barcelona (1998) sobre los recursos educativos existentes sobre prevención del SIDA, en el que se describen algunos programas preventivos a escala nacional clasificados en:

- Programas educativos de prevención del SIDA dirigidos a adolescentes.
- Programas educativos de prevención del SIDA dirigidos a formadores.
- Programas afectivo-sexuales dirigidos a adolescentes que incluyen la prevención del SIDA.
- Vídeos de prevención del SIDA.
- Otros materiales.

Este estudio aporta un catálogo bastante exhaustivo de los recursos educativos para la prevención del SIDA, editados en España a partir

de 1990 y dirigidos a la comunidad escolar. Los materiales y recursos son evaluados en función de los siguientes criterios:

- Aspectos que trabajan: si da información sobre el SIDA, promueve las actitudes, opiniones y creencias preventivas, trabaja habilidades y conductas.
- Modelo teórico: si se hace referencia explícita (o es posible inferirla) a algún modelo teórico que fundamente la intervención.
- Persona que aplica el programa: si es el profesor, profesionales externos, voluntario, etc.
- Si hace referencia a comportamientos de riesgo o no.
- Metodología: si es activa o no.

Previa a cada valoración se adjunta una ficha descriptiva del programa o material en la que consta el título, la institución que lo edita, el año de edición, idioma, población a la que va dirigido, objetivos, número de sesiones y duración de las mismas en las que se recomienda su aplicación y materiales o documentos de que consta.

También Fernández, Juárez y Díez (1999) recopilan y valoran 19 programas de prevención del SIDA en Educación Secundaria de varias Comunidades Autónomas, y destacan: la prevalencia de los programas específicos sobre los afectivo-sexuales, las buenas pautas metodológicas, la poca duración e intensidad de las intervenciones y el poco trabajo centrado en habilidades preventivas.

A la vista de estos resultados, conviene realizar propuestas preventivas que tengan en cuenta los aspectos y limitaciones que presentan la mayoría de los programas revisados e intenten superarlos, lo cual supone un reto para la futura elaboración de programas preventivos.

Centramos nuestra propuesta pedagógica en la concreción de un programa, teóricamente fundamentado, planificado, aplicado y evaluado de forma sistemática, buscando la coherencia entre los elementos que lo componen, y evaluando su eficacia a partir de una aplicación piloto que nos permita, en su caso, realizar propuestas de mejora.



# 2 ENFOQUES Y MODELOS DE PREVENCIÓN DEL SIDA

A partir de la revisión de la literatura actual hemos observado cómo diferentes enfoques y modelos han servido de marco teórico a múltiples investigaciones sobre el SIDA. A partir de algunos de ellos se han desarrollado programas de prevención y otros sirven como referencia teórico-explicativa del abordaje preventivo del problema, aunque no se han promovido realizaciones prácticas de los mismos. Sirva el presente capítulo para mencionar algunos de los modelos teóricos más citados en la bibliografía sobre prevención del SIDA.

## 2.1

### MODELO MULTIDIMENSIONAL DE APOYO SOCIAL

Está fundamentado en las Teorías del Apoyo Social y tiene su origen en los años sesenta, cuando se define la importancia y utilidad de los sistemas informales de apoyo: grupos de autoayuda, voluntariado social, tejido asociativo, etc. Se denomina así porque articula de un modo operativo una serie de dimensiones y elementos y sistematiza de un modo lógico y coherente las posibles estrategias de investigación-acción: fuentes, funciones y niveles de análisis del apoyo social.

Los programas de prevención e intervención diseñados en esta línea van dirigidos a jóvenes y adolescentes e integran varias estrategias preventivas: a) en el contexto familiar: terapia familiar, creación de redes con carácter terapéutico, grupos de autoayuda, apoyos «familia a familia»; b) en el entorno de los iguales: modelado, refuerzo, entrenamiento de habilidades y resolución de problemas, y c) en el ámbito comunitario: identificando las figuras centrales (personas-clave) que tienen acceso a la red, analizando los sistemas de apoyo comunitario.

## 2.2

### EL MODELO DE CREENCIAS DE SALUD

Este modelo surgió en los años 50, a partir de los trabajos de los psicólogos sociales americanos, y es uno de los más utilizados en la explicación y predicción de conductas relativas a la salud individual. Esencialmente parte de la premisa de que las creencias de un sujeto son determinantes esenciales para la posterior toma de decisiones acerca de las conductas o acciones saludables.

Postula cuatro factores que intervienen en la realización de una conducta saludable o tendente a evitar una enfermedad: susceptibilidad percibida, peligro percibido, beneficios percibidos y dificultades percibidas.

Así pues, el sujeto aplica la lógica de costes-beneficios a la conducta preventiva en salud.

Hingston y Strunin (1992) usaron este modelo teórico aplicando el modelo para predecir la conducta preventiva del SIDA de los adolescentes respecto del uso del condón. Los factores considerados fueron los siguientes: la percepción de la eficacia del condón, las barreras encontradas al usarlo o dificultades, la susceptibilidad de contraer el VIH y la gravedad de la enfermedad.

Sin embargo, también este modelo tiene sus limitaciones en la predicción de conductas preventivas en adolescentes, puesto que según Brown, Diclemente y Reynolds (1991) no se tienen en cuenta otros factores que pueden influir en la conducta, como la inmadurez cognitiva del sujeto, la lucha por la autonomía psicológica, la influencia de los iguales y el desarrollo físico, los cuales deberían incorporarse al modelo.

Rosenthal, Hall y Moore (1992), investigaron la validez del Modelo de Creencias de Salud para predecir la conducta sexual de riesgo en adolescentes y encontraron que, aunque las creencias y conocimientos de los hombres eran consistentes con una conducta segura o preventiva, esto

no fue un predictor de que la conducta se realizara.

También Páez y otros (1991) consideran que el Modelo de Creencias de Salud peca de un carácter excesivamente cognitivo e individual porque no tiene en cuenta los elementos afectivos ni las representaciones sociales diferenciales.

Otras limitaciones son puestas de manifiesto por Brown, Diclemente y Reynolds (1991) como: a) difícilmente se puede medir el cambio de conductas habituales, b) se excluyen relativamente las reacciones emocionales, y c) no se tiene en cuenta la influencia del grupo.

En nuestro país las campañas de educación sanitaria sobre el SIDA siguen, en general, la lógica del Modelo de Creencias de Salud pues «se insiste en que el SIDA afecta a todos, en que es una enfermedad grave e incurable y se asegura que se puede prevenir fácilmente (uso del condón, sexo seguro)», (Páez et al., 1991: 181).

Como está ocurriendo con las campañas de información general llevadas a cabo en muchos países, entre ellos el nuestro, el hecho de que la población en general esté suficientemente informada no garantiza el cambio de conducta sexual por lo que la información es condición necesaria pero no suficiente para que se desarrolle en la población un cambio de conducta importante. La mayoría de las limitaciones apuntan a la necesidad de contemplar todos los factores que influyen en la conducta, no sólo los de carácter estrictamente individual, que deben tenerse en cuenta, sino los de carácter social e interpersonal que no son considerados desde este modelo.

### 2.3

#### MODELO PRECEDE DE L. W. GREEN

Este modelo señala los diversos factores que se configuran como antecedentes de problemas de salud. Entre ellos señala los siguientes:

- *Los factores predisponentes*, como son la información, las actitudes, los valores y las creencias.
- *Los factores facilitadores* como las habilidades, las existencia de recursos y la accesibilidad de los mismos.

- *Los factores reforzantes*: la actitud y la conducta del medio (pareja, familia, grupo de iguales, personal sociosanitario, medios de comunicación, etc.).

Respecto a la aplicación de este modelo a la prevención del VIH/SIDA, se han desarrollado sobre todo programas en el ámbito de la prevención comunitaria, dirigida básicamente a los UDVP y a la promoción del uso del condón como medida preventiva hacia la transmisión del VIH.

Según Bimbela y Gómez (1994), el modelo de Green permite identificar aquellos factores que actúan como antecedentes comportamentales de los problemas de salud, lo cual es enormemente útil a la hora de planificar intervenciones y acciones sobre la modificación de hábitos de la población.

Alteneder et al. (1992) realizaron una investigación, fundamentada en este modelo, para determinar el conocimiento, las actitudes y las creencias de alumnos de una Escuela Secundaria Inferior de Ohio en un estudio sobre la efectividad de un programa de prevención. El cuestionario recogía ítems basados en los componentes del modelo PRECEDE como por ejemplo: ¿qué piensas sobre la gente que tiene SIDA? (factor predisponente: actitudes), ¿qué clase de gente coge el SIDA? (factor predisponente: creencias), ¿dónde puedes conseguir condones? (factor facilitador), ¿quién sería partidario de usar condones en las relaciones sexuales con su pareja? (factor reforzante). Los resultados de la investigación mostraron que tras la aplicación del programa, que tuvo una duración de una hora de clase, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los factores predisponentes: conocimientos, actitudes y creencias.

### 2.4

#### MODELO PSICOLÓGICO DE PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD

Este modelo multidimensional de salud parte del supuesto de que:

El hecho de que una persona se mantenga sana o enferme, mejore o empeore de una dolencia concreta, depende esencialmente de dos cosas: ciertamente, del grado de

agresividad de las condiciones patógenas<sup>1</sup> a las que su organismo se encuentre expuesto, pero también de la mayor o menor vulnerabilidad<sup>2</sup> del mismo. Aun en condiciones óptimas de infección, si el organismo fuera invulnerable el hombre no enfermaría. (Bayés y Ribes, 1989: 122)

Aunque la óptica del mismo es esencialmente psicológica, posee un carácter bio-psico-social y pretende abordar el problema del SIDA actuando desde diferentes perspectivas:

Proporcionando información, pero también: a) cambiando actitudes y normas; b) atenuando las reacciones emocionales adversas; c) adiestrando habilidades; d) facilitando los elementos instrumentales y condiciones necesarias para la prevención; e) disminuyendo la vulnerabilidad del organismo al VIH; f) proporcionando alternativas atractivas a los comportamientos de riesgo; y g) reforzando los comportamientos de prevención. (Bayés, 1995: 94)

## 2.5

### EL MODELO DE LA ACCIÓN RAZONADA

La Teoría de la Acción Razonada es básicamente un modelo de actitud desde el que se tiene una visión del sujeto como tomador racional de decisiones. Fishbein y Ajzen (1980) sostienen que la conducta social humana no está determinada por motivos inconscientes, deseos irresistibles, creencias caprichosas o irracionales, sino que el comportamiento del sujeto vendrá determinado por la valoración de los resultados de su comportamiento y de las expectativas que tiene sobre ese comportamiento (racionalidad instrumental). Además, el sujeto tiene en cuenta o realiza una valoración de la opinión favorable o desfavorable respecto de esa conducta (racionalidad normativa) y a ello añade su motivación por hacerles caso o no. También se tienen en cuenta en el modelo las variables externas sociales y los rasgos de personalidad del individuo, los cuales pueden influir en las creencias que tiene

una persona, a partir de las cuales configura sus actitudes y normas subjetivas.

Desde esta perspectiva, la actitud se define como «una predisposición aprendida para responder consistentemente de modo favorable o desfavorable con respecto a un objeto social dado», (Escámez y Ortega, 1986: 37).

Los elementos que constituyen este modelo<sup>3</sup> son:

■ **Variables externas:** son el conjunto de vectores que determinan que el sujeto tenga unas determinadas creencias. Así, los referentes culturales y los rasgos de personalidad, interpretados por el sujeto, le producen unas creencias que determinan sus actitudes y normas subjetivas. En el caso del SIDA, las variables externas serán la edad del sujeto, la situación económica y cultural, el contexto en el que se mueve, su carácter, sus amigos...

■ **Creencia:** este término engloba conceptos como idea, opinión, información y todo aquello relacionado con el ámbito del conocimiento. Las creencias pueden ser conductuales (a partir de la información que posee, el sujeto cree que una determinada conducta le reportará resultados positivos o negativos) y normativas (es el convencimiento de un sujeto sobre lo que determinadas personas o instituciones esperan de él). Las creencias conductuales dan lugar a las actitudes y las creencias normativas dan lugar a la norma subjetiva. En el caso del SIDA, la conducta preventiva de utilizar o no preservativo vendrá determinada por la creencia conductual «si utilizo el preservativo evitaré la transmisión del VIH» y por la creencia normativa «mi pareja desconfiará de mí» o «mi pareja puede sentirse ofendida si se lo propongo», por ejemplo.

■ **Actitud:** es la evaluación favorable o desfavorable del propio sujeto sobre los resultados que una conducta le puede proporcionar. Esa evaluación favorable o desfavorable de los

1. En el caso del SIDA, se relaciona directamente con los comportamientos de riesgo que dicha persona practique, (Bayés, 1995: 94).

2. La vulnerabilidad de un organismo, en el caso del SIDA, determinará que en condiciones similares de exposición al VIH, la transmisión unas veces se produzca y otras no, (Bayés, 1995: 94).

3. Ver Escámez y Ortega (1986) y Escámez y otros (1993).