

La prevención de comportamientos de riesgo en los jóvenes: estrategias educativas

C. Martínez Bueno

Matrona. Coordinadora del Programa Sanitario de Atención a la Mujer de Barcelona ciudad. Institut Català de la Salut

RESUMEN

Las intervenciones dirigidas a jóvenes encaminadas a la prevención de enfermedades de transmisión sexual (ETS), SIDA y embarazos no deseados presentan ciertas dificultades para conseguir el cambio de comportamientos de riesgo, ya que, en muchas ocasiones, las intervenciones basan sus estrategias en proporcionar información, sin tener en cuenta las complejidades que conllevan estos cambios de comportamiento. A través del análisis de las características de los jóvenes y de los factores psicosociales que intervienen en las conductas, así como de la revisión de diferentes intervenciones educativas, se analizan las estrategias que parecen ser más efectivas para la reducción del riesgo en los comportamientos de este grupo. Para ello, se debe pensar en la utilización de entornos de aprendizaje que permitan la presentación, observación y manipulación de determinadas situaciones o realidades complejas relacionadas con los comportamientos de riesgo.

Palabras clave: jóvenes, prevención, efectividad, intervenciones, estrategias educativas

SUMMARY

Actions directed to prevent sexually transmitted diseases, AIDS, and unwanted pregnancy in young women, find some difficulties to achieve a change in risk behaviour, because in many cases these interventions base their strategies in providing information without having in mind the complex problems that this change in behaviour means. Through the analysis of young people

characteristics, of psychosocial factors related to this behaviour, and the review of different educational actions, the strategies that prove to be more effectiveness in reducing the risk behaviour of this population group are evaluated.

The use of learning environment where the presentation, observation and manipulation of certain complex facts or situations related to risk behaviours will be necessary.

Key words: young people, prevention, effectiveness, interventions, teaching strategies

INTRODUCCIÓN

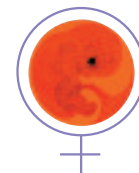
Las intervenciones y campañas educativas dirigidas a jóvenes para la prevención de embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual y SIDA se basaron, en un principio, en proporcionar simplemente información sobre estos temas.

La efectividad de estas intervenciones fue relativa ya que, en realidad, existen multitud de circunstancias personales y subjetivas relacionadas con las actitudes y los comportamientos de las personas que hacen indudablemente más complejas las intervenciones dirigidas a la prevención de comportamientos de riesgo. Por tanto, la experiencia parece evidenciar que se requieren actividades no exclusivamente informativas, ya que la información es una condición necesaria pero no suficiente para el cambio de comportamientos. Esta situación nos hace pensar sobre la necesidad de elaborar estrategias que permitan a los jóvenes pasar de la información a la educación, con el consiguiente cambio de actitudes y comportamientos en materia de educación sexual.

Estas estrategias deben surgir de la unificación de aspectos teóricos sobre la educación para la salud, así como de la necesidad de un trabajo multidisciplinario que integre aspectos relacionados con la psicología, la sociología o la pedagogía.

En este sentido, los profesionales que trabajamos en contacto con jóvenes, además de plantearnos cómo transmitimos la información, tenemos que investigar sobre los siguientes interrogantes:

- ¿Cuál es la gestión que realizan los jóvenes sobre el riesgo de contraer una ETS o el SIDA; o bien sobre la eventualidad de que se produzca un embarazo?
 - ¿Cuál es la gestión del riesgo que efectúan los denominados grupos de riesgo dentro del colectivo juvenil?
 - ¿Por qué ante la misma información algunos jóvenes adoptan comportamientos de prevención y otros no?
 - ¿Cuáles son las mejores estrategias para que los jóvenes adopten hábitos sistemáticos de prevención?
- Este artículo, evidentemente, no pretende contestar a estas preguntas, dada la complejidad de la resolución de estas cuestiones, pero sí que intenta investigar sobre las



estrategias basadas en principios sociales y psicológicos que nos permiten acercarnos a una mayor planificación del cambio de comportamientos.

Actualmente, parece claro que las intervenciones deben incluir aspectos relacionados con la toma de decisiones, la resolución de problemas, el entrenamiento de habilidades y las actitudes, así como la educación entre iguales.

Cuestionarnos sobre todos estos temas hace que pasemos de un modelo de educación para la salud eminentemente preventivo a uno en el que, además de prevenir, sean objetivos fundamentales capacitar, desarrollar y potenciar los recursos personales y comunicativos de los jóvenes.

CARACTERÍSTICAS DE LA ADOLESCENCIA QUE INFLUYEN EN LOS COMPORTAMIENTOS DE RIESGO

Las características de los adolescentes y jóvenes relacionadas con su desarrollo biológico y social hacen que, en determinadas situaciones, tengan una mayor predisposición a adoptar comportamientos de riesgo. Algunas de estas características son:

– Modificaciones corporales. La aparición de rasgos sexuales secundarios conlleva que uno de los conflictos más importantes sea la búsqueda de la identidad sexual y el aprendizaje de roles sexuales. Se explora la propia sexualidad, tanto en relaciones heterosexuales como homosexuales. Se produce también una reafirmación de la fertilidad.

– Necesidad de experimentación. La intensa curiosidad por conocer y experimentar «el mundo de los adultos», así como la acusada tendencia a actuar, hace que los jóvenes pasen fácilmente del pensamiento al acto. Esta necesidad de experimentación puede acompañarse de sentimientos ambivalentes respecto a la sexualidad: miedo y atracción al mismo tiempo; miedo por la posible recriminación paterna, pero atracción por la experimentación sexual.

– Apetencia por el riesgo. Los cambios físicos que experimenta el adolescente se acompañan de cambios psicológicos que le llevan a la búsqueda del riesgo y placeres inmediatos, minimizando sus consecuencias negativas, percibidas sólo como remotas.

En el adolescente se produce una sobrestimación de la propia invulnerabilidad que le hace pensar que aquello que ocurre a los demás no le sucederá a él



En el adolescente, y en el joven en general, se produce una sobrestimación de la propia invulnerabilidad, que le hace pensar que aquello que ocurre a los demás no le sucederá a él, ya que es el prototipo de salud y fuerza. El adolescente se siente inmune ante un gran número de situaciones. Por este motivo, aunque muchos adolescentes saben que existe la posibilidad de un embarazo en una relación sexual no protegida, suelen mantenerlas en estas condiciones convencidos de que es muy difícil que les suceda precisamente a ellos, saliendo reforzados cuando la situación de riesgo no ha tenido consecuencias. Algunos autores se refieren a esta forma de pensar como un pensamiento mágico, resumido en la frase habitual: «a mí no me pasará». Por todo ello, frecuentemente el adolescente y el joven conceptualiza el «riesgo» en términos concretos e inmediatos, existiendo dificultades para establecer los efectos a largo plazo. Por ejemplo, en el contexto del SIDA y en el grupo juvenil, esto significa que la percepción de la vulnerabilidad a la infección por el VIH suele ser baja.

– Importancia del grupo de iguales. Se produce un alejamiento de la familia y una identificación con grupos de amigos, quienes ejercen una gran influencia y presión sobre el comportamiento individual. El grupo es un motivador muy importante para fomentar determinadas conductas.

El comportamiento sexual suele desencadenarse en un contexto social. Algunas veces, las decisiones que se toman no son el resultado de procesos internos, sino de múltiples interacciones sociales.

– Actuaciones en función de estereotipos. En los jóvenes, como en los adultos, existen creencias que

forman parte de estereotipos sociales marcados; éstos facilitan que haya actitudes favorables o contrarias a determinadas actuaciones. Ejemplos de estereotipos pueden ser: «que el uso de preservativos tenga efectos negativos en la relación sexual (no se nota lo mismo)»; «no se puede padecer el SIDA porque no se es ni homosexual ni drogadicto»; «si no tienes relaciones eres una “estrecha” o poco “lanzado”», etc.

En resumen, los cambios físicos y psicológicos de la adolescencia y el entorno sociocultural en el que se desencadenan posibilitan que los adolescentes puedan estructurar pautas de actuación como las relaciones sexuales con penetración no protegidas. Además, los efectos del abuso de otras sustancias como el alcohol o la marihuana influyen en la práctica de un sexo más o menos seguro.

Dificultades para pasar de la información al comportamiento

Además de las características propias de los jóvenes, es necesario tener en cuenta algunas consideraciones de carácter psicosocial que dificultan el cambio de comportamientos:

- Los comportamientos sexuales están vinculados a la obtención inmediata de placer, mientras que las consecuencias físicas, psíquicas y sociales derivadas de las prácticas sexuales de riesgo son sólo probables.
- Los comportamientos de prevención-abstinencia sexual –no inyectarse droga, uso del preservativo, esterilización de las agujas para inyección de droga– suelen acompañarse de un rechazo inmediato o aplazamiento de las consecuencias placenteras.

12



– Las personas tienden a infravalorar las estrategias dirigidas a disminuir la probabilidad del riesgo, si éstas no lo eliminan por completo.

– La sociedad de consumo potencia la obtención de placeres inmediatos a diferentes niveles; por tanto, privarse de ciertas satisfacciones para evitar que en un futuro puedan aparecer consecuencias negativas para la salud va en contra, hasta cierto punto, de lo que la sociedad y los medios de comunicación promueven constantemente.

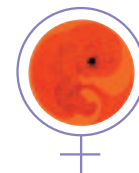
Estos aspectos deben tenerse en cuenta ya que, normalmente, sitúan a los jóvenes en una situación dual: por un lado, el comportamiento preventivo, y por otro, el comportamiento de riesgo. En este sentido, algunos autores¹ observaron que, a medida que se acerca el momento en que es posible la obtención de placer, aumenta la probabilidad de que la persona escoja la consecuencia temporalmente más cercana, aunque proporcione un beneficio menor. Bayés² refleja esta idea con una afirmación: «la atracción de un posible beneficio –evitar una enfermedad– no suele ser suficiente para compensar la aversión por una pérdida segura –el placer inmediato– que proporciona el comportamiento de riesgo.»

Teniendo en cuenta estos factores, parece que tendrían que plantearse estrategias preventivas que contribuyan a:

- Privarse momentáneamente de la obtención de placer de manera inmediata y aplazar esta situación hasta que sea posible con menos riesgo.
- Proporcionar situaciones igualmente placenteras e inmediatas que impliquen comportamientos sin riesgo como, por ejemplo, potenciar comportamientos alternativos igualmente satisfactorios (como el *peetting*, la erotización del preservativo, etc.) y suprimir de los comportamientos de riesgo los aspectos que le confieren su nocividad, sin variar las características placenteras que proporcionan.

Relacionados con estos factores de carácter psicosocial que determinan el comportamiento sexual en los jóvenes y en los adultos, es necesario también tener en cuenta las consecuencias sociales visibles de aprobación o desaprobación de determinadas conductas. El comportamiento sexual suele suponer como mínimo la participación de otra persona. La adopción de una determinada actitud por parte de ésta puede adquirir gran importancia, tanto para la realización de determinada práctica preventiva o de riesgo, como para la formación y consolidación de unos hábitos o estilos de vida concretos capaces de persistir en el futuro. Por este motivo, y como se desarrollará posteriormente, es importante trabajar con los jóvenes las habilidades comunicativas y de negociación del uso de medidas preventivas, además de intentar que éstas se acompañen de aprobación y no de rechazo en el entorno de los grupos sociales.

La importancia que dan las personas que practican comportamientos de riesgo a las interacciones sociales



Es importante trabajar las habilidades comunicativas y de negociación del uso de medidas preventivas

y afectivas, se comprueba en una investigación desarrollada en el Hospital del Mar de Barcelona³, según la cual los heroinómanos consideraban más peligrosa la pérdida del afecto por parte de su pareja o amigos que otras situaciones, como podían ser el síndrome de abstinencia, robar, ir a la prisión o contraer el SIDA. Esta situación nos permite entender que si una persona aprecia que puede perder el afecto de su pareja o amigos por el uso de medidas preventivas, normalmente rechazará dichas medidas. Así es como se encuentran muchos jóvenes que relatan relaciones sexuales de riesgo (sobre todo en el caso de las chicas) después de la presión emocional por parte de la pareja, afirmando que si realmente «lo quiere» no es necesario utilizar preservativo.

Por todo ello, podemos concluir que el comportamiento sexual se produce en un contexto social y que, en muchas ocasiones, las decisiones que se toman no deben entenderse exclusivamente como el resultado de procesos internos de la persona, sino como el de múltiples interacciones sociales en las que el rol de género desempeña un papel fundamental.

ESTRATEGIAS PREVENTIVAS PARA LA MODIFICACIÓN DE COMPORTAMIENTOS DE RIESGO

Las diferentes aportaciones anteriores nos permiten afirmar que, en los jóvenes, las prácticas de salud y/o de riesgo no son conductas aisladas, ni aparecen sin orden ni concierto, sino que forman un complejo entramado de comportamientos más o menos coherentes, estables y duraderos, todos ellos marcados por el ambiente en el que viven los adolescentes y jóvenes. Así, por ejemplo, en determinados grupos de jóvenes, las relaciones sexuales tempranas suelen asociarse con consumo de alcohol, y/o otras drogas, con experiencias de estrés y, por tanto, con mayor probabilidad de comportamientos violentos.

Por todo ello, los cambios serán tanto más difíciles cuanto más complejos resulten los comportamientos y estilos de vida y más cambios haya que introducir. En este sentido, y teniendo en cuenta esta complejidad, una de las primeras aportaciones a las estrategias preventivas será considerar que, por ejemplo, a la hora de aconsejar el uso del preservativo en jóvenes como método de prevención de embarazos, ETS y SIDA, no sólo debe informarse sobre su existencia, sino que hay

que tener presente que los mensajes que dirigimos sobre el uso del preservativo serán tanto más efectivos cuantas más secuencias de comportamientos se contemplen. Por tanto, se debe incluir: la capacidad para adquirir el preservativo y para promover su uso en la pareja, la asertividad para defenderse de los reproches por proponerlo, la habilidad para hacerlo sin interferir en el clima de la excitación y, por último, la empatía y el sentido del humor para hacer frente a las dificultades. Sería interesante incorporar un nuevo planteamiento a los objetivos que normalmente nos formulamos en la atención a los jóvenes en materia de sexualidad, anticoncepción y conductas de riesgo; se mantienen los objetivos referidos a la información y accesibilidad a los servicios específicos para jóvenes que se utilizaban hasta ahora y se añaden otros como: capacitar, desarrollar y potenciar los recursos personales y comunicativos de los jóvenes para facilitar la solución de determinadas situaciones cotidianas relacionadas con conductas de riesgo en las relaciones sexuales a través del entrenamiento de habilidades y adopción de actitudes que permitan la resolución de problemas en diferentes contextos. Este objetivo hace referencia a la utilización de estrategias no sólo informativas, como se comentó anteriormente, sino que se debe pensar en el uso de entornos de aprendizaje que permitan la presentación, observación y manipulación de determinadas situaciones o realidades complejas, como puede ser la negociación de una relación sexual con o sin protección, donde los jóvenes apliquen sus conocimientos y tomen decisiones para resolver los conflictos que se plantean.

Programas educativos en el ámbito escolar

En el momento de plantearnos determinadas intervenciones de prevención en los jóvenes, no podemos olvidar, evidentemente, que el lugar idóneo para trabajar estos temas es el contexto escolar, ya que presenta ciertas ventajas para la educación y prevención de embarazos, ETS y SIDA, aunque también existen ciertas dificultades (tabla 1).

Enfoques de los programas educativos

El análisis de la evolución de las intervenciones educativas en las escuelas nos permite clasificar los programas escolares de educación sexual en cinco tipos diferentes en función de criterios conceptuales y cronológicos⁴. Esta clasificación ilustra la evolución de dichos programas.

La primera generación, y por tanto los programas iniciales, tenían como objetivo aumentar los conocimientos sobre sexualidad y enfatizaban el riesgo y las consecuencias del embarazo. La segunda generación pretendía transmitir conocimientos, aunque también empezó a dar importancia a la clarificación de valores, las decisiones y las habilidades comunicativas. La evaluación de la efectividad de estos dos primeros modelos de programas educativos demostró que

aumentaban los conocimientos de los jóvenes, aunque no se reflejaba ningún cambio en los comportamientos de riesgo y tampoco se observaba una disminución de embarazos. Sin embargo, sí que se aumentaba el uso de métodos anticonceptivos entre los jóvenes que habían participado en los programas de segunda generación. También quedó demostrado que no se incrementaban ni disminuían las experiencias sexuales ni el inicio de relaciones sexuales.

La tercera generación se centró en la abstinencia sexual, desarrollando programas que tuvieron una mayor aceptación en EE.UU. Pocos estudios han analizado la efectividad de estos programas sobre el comportamiento, y los que lo han hecho han utilizado métodos de evaluación con ciertas limitaciones. La mayoría demuestra que no consigue reducir la conducta sexual de riesgo y que, en ocasiones, aumenta. Estos programas han sido claramente criticados por su alto contenido ideológico.

La cuarta generación está formada por programas dirigidos a la prevención del VIH/SIDA, y en ellos se insiste, fundamentalmente, sobre el uso del preservativo como medida preventiva. Y la quinta generación de programas es una síntesis de los enfoques anteriores y se caracteriza por incorporar un marco teórico para

abordar el cambio de comportamientos que se ha demostrado efectivo en otras áreas de la salud. Los marcos teóricos más utilizados han sido el modelo de creencias de salud⁵, la teoría de la acción razonada⁶, la teoría sociocognitiva o de aprendizaje social^{7,8}, el modelo PRECEDE⁹ y el modelo interconductual. En general, en estos modelos se consideran tres determinantes del comportamiento: las actitudes, las normas sociales y la eficacia de nuestras habilidades comportamentales.

Este último tipo de programas intenta:

- Comprender y explicar el origen, aprendizaje y desarrollo de los comportamientos y estilos de vida de los adolescentes, ya sean saludables o de riesgo.
- Predecir con cierta probabilidad el sentido de sus acciones, profundizar en los procesos de comunicación, potenciación y enseñanza-aprendizaje de la educación sexual.
- Diseñar estrategias para el cambio y orientar la puesta en práctica de dichas estrategias, identificando los factores que facilitan el cambio, así como los que determinan resistencias. También se abordan las emociones como elementos importantes en el cambio de comportamientos.

Los programas educativos en nuestro entorno

Actualmente, se tiende a acercarse, cada vez más, al tipo de programas que, basándose en modelos teóricos, intentan una aproximación al cambio de comportamientos. Esta tendencia es, sin embargo, minoritaria, ya que convive todavía con las intervenciones basadas casi exclusivamente en la transmisión de la información, de nula o escasa efectividad.

La reforma educativa plantea la introducción de la educación para la salud como una parte del currículum, ya sea en forma de currículum transversal, créditos variables u otras opciones que implican una mayor integración de la educación sexual en el ámbito escolar. La integración debe realizarse en las aulas y ponerse en práctica por los propios profesores. Pero la realidad es diversa, ya que, de hecho, no todos los centros educativos de secundaria tienen créditos variables; ni se consideran como parte del currículum de centro; ni todos los profesores están sensibilizados por igual o preparados para llevar a término dichos créditos.

Esto motiva un enfoque muy diverso: créditos basados en la transmisión de información; créditos que se sustentan en el énfasis de la perspectiva biomédica, que es prescriptiva y restrictiva; créditos sin un marco teórico para poder trabajar factores cognitivos, ambientales, motivacionales, de creencias, o de habilidades personales; créditos que no llegan a todos los alumnos, por ser de elección libre.

Efectividad

de los programas escolares de educación sexual

La revisión de estudios publicados sobre la efectividad de los programas pone de manifiesto que los trabajos de

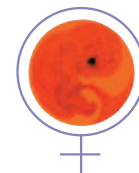
Tabla 1.
Educación sobre salud sexual en la escuela

Ventajas

- Proporciona la oportunidad de acceder a casi todos los jóvenes
- Dispone de recursos educativos y organizativos
- Permite incorporar la afectividad y la sexualidad en el currículum según los diferentes estadios de desarrollo sociocognitivo de los jóvenes
- Atiende a jóvenes antes de que se inicien comportamientos de riesgo en las relaciones sexuales
- Entorno educativo que proporciona información, pero que también imparte conocimientos prácticos y actitudes

Dificultades

- Tiempo limitado, teniendo en cuenta las diferentes materias a desarrollar por los docentes
- Deficiente calidad de los programas: material de aprendizaje inadecuado, falta de formación de los docentes, objetivos no definidos claramente, no se prevé la evaluación
- Cobertura incompleta. En muchas escuelas no se imparte educación afectiva y sexual
- Se proporciona información normalmente de carácter médico y biológico y no se suelen examinar situaciones de la vida real



estudios que demuestran que estos programas permiten a los adolescentes acudir a los centros de planificación familiar y buscar o consultar la información que necesitan.

La revisión de Grunseit y Kippax¹³ analiza 53 estudios que evaluaban intervenciones específicas y destaca que 27 concluían que la educación sobre salud sexual ni aumentaba ni disminuía la actividad sexual ni las tasas de embarazos y ETS. Veintidós de estos estudios señalaban que la educación en materia de VIH y salud sexual retrasaba el comienzo de la actividad sexual, o reducía el número de parejas, y también rebajaba la tasa de gestaciones y ETS.

Finalmente, hay que reseñar una última revisión sobre la efectividad de las intervenciones para la prevención del SIDA realizada en 1997 por O. Juárez y E. Diez¹⁴, en la que, de 544 trabajos, se seleccionaron 24

que cumplían cierta calidad metodológica, de los que 12 eran de calidad alta o intermedia. La mayor parte de los estudios seleccionados evaluaban el cambio de conocimientos, y también todas las intervenciones conseguían incrementar los conocimientos de manera importante (56%) o moderada (44%). En esta revisión, un 73% de los estudios evalúan los cambios de conducta.

En los estudios con periodos de seguimiento largo, como el estudio de Kirby¹⁵, a los 18 meses se reducen en el post-test las mejoras observadas en el pre-test, mientras que en el estudio de Mellamby¹⁶ se refleja un aumento de conocimientos incluso a los dos años de la intervención. El estudio de Kirby presenta como cambios de conducta el retraso del inicio de las relaciones coitales a los 18 meses de la intervención entre los que no habían iniciado relaciones sexuales y se reducen a un 40% las relaciones no protegidas entre los estudiantes de bajo riesgo. Otros estudios muestran un incremento en la compra y uso del preservativo y también revelan una reducción de parejas sexuales. En la mayoría de estudios analizados en esta última revisión existe un esfuerzo por sistematizar la descripción del modelo teórico utilizado, el número de sesiones, el tiempo entre las sesiones y las encuestas, las sesiones de recuerdo y el entrenamiento de los profesores o personal sanitario. Pero, en general, están poco descritas las estrategias pedagógicas y los materiales utilizados.

Como conclusión a las revisiones efectuadas parece que el número de horas destinadas a la intervención influye claramente en los resultados. Parece claro que una sola sesión no modifica ni los conocimientos ni,

evaluación realizados en Europa son muy escasos comparados con los publicados en EE.UU., aunque han experimentado un aumento en los últimos años, mejorando también la calidad metodológica¹⁰. Existe una primera revisión bibliográfica efectuada por Kirby (1985)¹¹, en la que se pone de manifiesto que la mayoría de estudios analizados presenta defectos metodológicos: grupos no equivalentes, muestras insuficientes, medidas incorrectas, evaluaciones muy a corto plazo y presencia de diferencias significativas muy pequeñas. Aunque existen estos problemas, la mayoría de estudios verifica un incremento de los conocimientos sobre sexualidad, pero pocos muestran diferencias en las actitudes; no hay evidencia de que los programas estimulen a los adolescentes a iniciar relaciones sexuales más precozmente y sí que tienen un cierto impacto en la reducción de embarazos no deseados. La revisión bibliográfica¹² realizada por A.P. Visser y P. Van Bilsen, publicada en 1993, analiza los estudios publicados en Europa desde 1966 a 1990 y los publicados en EE.UU. desde 1984 hasta 1990. Esta revisión muestra que los programas educativos incrementan los conocimientos sobre sexualidad y métodos anticonceptivos y que los adolescentes tienen una actitud más liberal y tolerante hacia la sexualidad. Algunos estudios revelan que, al finalizar estos programas, la intención de los adolescentes respecto al uso de métodos anticonceptivos se intensifica, sobre todo en los jóvenes que han participado en programas en los que están implicados profesionales expertos en estos temas. No obstante, el efecto sobre las habilidades de comunicación, la asertividad y las habilidades en el uso de anticoncepción es limitado, pero sí que hay



evidentemente, los comportamientos, y que las intervenciones que presentan mejores resultados tienen una duración mínima de 4-5 sesiones.

CARACTERÍSTICAS DE UN PROGRAMA EDUCATIVO SOBRE SEXUALIDAD

Podemos resumir en diez las características que deben tener los programas educativos para que sean efectivos teniendo en cuenta algunas de las conclusiones que remarcan las revisiones bibliográficas anteriores, así como la identificación que hace Kirby (1995)¹⁷ de algunos rasgos comunes de programas que lograban retrasos satisfactorios de la primera relación sexual con penetración y/o aumentaban el uso de anticonceptivos o preservativos:

- Cualquier método educativo puede ser efectivo, en alguna medida, para incrementar los conocimientos de los estudiantes; pero cuanto más participativo y elaborado sea el método, el efecto del programa será mayor y más duradero.
- Ni los conocimientos ni las actitudes tienen una relación directa con la adopción de medidas preventivas adecuadas; por este motivo, un programa no puede basarse en la transmisión de conocimientos o en el intento de cambio de actitudes.
- Deben utilizar modelos teóricos reconocidos: la teoría de la influencia social, del aprendizaje social o las cognitivo-comportamentales. Estas teorías suelen respaldar las intervenciones.
- Las intervenciones deben tener un mínimo de 14 horas o se tiene que trabajar en grupos pequeños para

optimizar la utilización del tiempo en el caso de programas más breves.

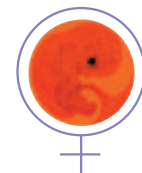
- Los programas educativos no pueden basarse en la abstinencia sexual como único medio de prevención, ya que sólo uno de cada cuatro estudiantes lo considera como una medida preventiva adecuada.
- Utilización de métodos pedagógicos interactivos (escenificación de situaciones, debates, sesiones de reflexión) que permitan a los alumnos personalizar la información, los riesgos y adquirir y practicar habilidades de negociación, mejorando de esta manera la confianza de los jóvenes respecto a sus capacidades comunicativas.
- La percepción o no de riesgo de la infección o la gravedad del problema no parecen influir sobre la adopción de medidas preventivas concretas; por ello, no parece oportuno poner mucho énfasis en la serie de consecuencias de una ETS, del SIDA o de un embarazo no deseado. Se tienen que trabajar más la responsabilidad, la autoestima y la asertividad.
- Credibilidad de la persona.
- Extensión del programa dentro del entorno de los jóvenes.

– Proporcionar a los profesionales que ponen en práctica este tipo de programas formación específica para hacer más eficaces las intervenciones.

Por tanto, las estrategias que ayudan al cambio de comportamientos han de incluir:

- **Concienciación.** Se proporciona información sobre el problema y como puede afectar a la persona.
- **Dramatización.** Se ayuda a los jóvenes a experimentar sus propios problemas y a enfrentarse a situaciones conflictivas. Implica plantear situaciones que puedan comportar el riesgo de una relación sexual no protegida y cómo se puede evitar. También puede incluir actividades relacionadas con la presión social del grupo, la clarificación de valores y el entrenamiento de habilidades de comunicación. Las técnicas que pueden utilizarse para conseguir estos objetivos son los juegos de rol, las estrategias de investigación de consecuencias, toma de una decisión personal, etcétera.
- **Valoración ambiental.** Mediante los juegos de rol puede observarse cómo el comportamiento de uno puede afectar a los demás.

Un ejemplo de material educativo tipo multimedia que utiliza estas estrategias (concienciación, dramatización y valoración ambiental) y que trabaja la prevención de la transmisión del VIH es el CD-ROM titulado «Situaciones interactivas en torno al SIDA»¹⁸ (figura 1). Se trata de un CD dirigido a jóvenes de entre 15 y 18 años, en el que se crean situaciones en las que los usuarios toman decisiones en función de la información presentada, observando las consecuencias de las acciones realizadas. El usuario interactúa con el ordenador en situaciones parecidas a la realidad, decidiendo las conductas que tomaría, generándose así una historia diferente para cada interacción. La información de las



situaciones cotidianas se estructura en forma de árbol con diferentes ramificaciones que responden a diversas decisiones posibles. La multiplicidad de situaciones y ramificaciones intenta reflejar las diversas maneras de aprendizaje de comportamientos preventivos o de riesgo respecto a la transmisión del VIH.

Además de estas características de los programas educativos, existen otras cuestiones adicionales planteadas en los análisis de Kirby, así como por otros autores¹⁹, sobre cuál es el momento oportuno para

impartir la educación y cómo integrar la educación escolar dentro de un marco más amplio que permita afianzar los objetivos. En este sentido, parece que los programas tienen un mayor impacto si se llevan a cabo antes del inicio de la actividad sexual. Y respecto a la segunda cuestión, aunque la mayor parte de la educación tiene lugar en el contexto escolar, sería deseable contar con un entorno coadyuvante fuera de las aulas, lo que implicaría el establecimiento de relaciones con centros de salud (programas de atención a la mujer, planificación familiar, tardes jóvenes) y la inclusión de mensajes sobre salud sexual en las actividades comunitarias.

PAPEL DEL PROFESIONAL SANITARIO EN LOS PROGRAMAS DE EDUCACIÓN SEXUAL

Según la OMS²⁰, la decisión de quién se tiene que encargar de los programas escolares sobre educación sexual influye en el impacto del programa. Las principales opciones son las siguientes:

- Profesores que pertenecen al sistema escolar.
- Miembros idóneos de la comunidad: profesionales de la salud. Dentro de este grupo, las matronas pueden desempeñar un papel fundamental para colaborar y ayudar a los profesores a través del asesoramiento e intervenciones específicas después del trabajo de contenidos, actitudes y habilidades por parte de los profesores. Estas intervenciones pueden organizarse conjuntamente con otros profesionales de la salud: médicos, psicólogos, educadores de calle, enfermeras, etc.
- Jóvenes con las mismas características que los alumnos.

La combinación de todos estos agentes confiere un enfoque multidisciplinario a las intervenciones.

Evidentemente, las personas que participan en un programa escolar de educación sexual deben:

- Estar interesados en la educación sobre estos temas.
- Tener formación específica para trabajar estos temas.
- Ser aceptados por el personal escolar, la comunidad y los alumnos.
- Ser capaces de preservar la confidencialidad y la objetividad.
- Tener una actitud abierta y tolerante respecto a la sexualidad.
- Conocer el currículum escolar y las posibilidades de relación con diferentes materias.
- Respetar los valores de los alumnos y de las familias.
- Facilitar la adquisición de aprendizajes.

Para poder desarrollar este tipo de actividades son necesarias reuniones periódicas con los directores de centros educativos, responsables de estudios, profesores y padres de alumnos. Es fundamental también la coordinación con los equipos psicopedagógicos y equipos de salud escolar municipales, que intervienen en el ámbito escolar para



Figura 1

Las intervenciones se tienen que poder aplicar también en jóvenes no escolarizados con problemática social

resolver necesidades específicas en materia de sexualidad, anticoncepción y prevención de enfermedades de transmisión sexual y SIDA detectadas en determinados grupos de jóvenes escolarizados o en algunos centros educativos.

Las intervenciones se tienen que poder aplicar también en grupos de jóvenes no escolarizados con problemática social, que son más vulnerables y cuyas características determinan estrategias educativas específicas en función del grupo.

CONCLUSIONES

Las estrategias educativas para la obtención de conductas de menor riesgo entre los jóvenes son diversas, como se ha analizado a lo largo de este artículo, pero es conveniente tener en cuenta que la educación sexual de los jóvenes no debe estar limitada a mensajes exclusivamente relacionados con la actividad sexual, ya que existen múltiples influencias psicológicas y sociales que intervienen en los comportamientos.

Las intervenciones deben planificarse en función de las diferencias de género y del estadio de desarrollo sociocognitivo de los jóvenes.

Los programas educativos tienen que incorporar la evidencia y los resultados obtenidos en intervenciones eficaces que se han realizado a lo largo de los últimos años y se hace imprescindible la evaluación de dichos programas. La evaluación de conductas requiere de un largo periodo de seguimiento y disponer de muestras relativamente grandes, pero la intención de la conducta y la autoeficacia son también buenos instrumentos para la valoración de resultados.

Por último, parece que ensayar las técnicas aprendidas es crucial para el éxito de los programas sobre salud sexual, ETS y SIDA, con el fin de mejorar la confianza de los jóvenes ante la negociación y comunicación sexual y su capacidad para llevarlas a buen término.

BIBLIOGRAFÍA

1. Green LW, Snyderman M. Choice between rewards differing in amount and delay: towards a choice model of self control. *Journal of Experimental Analysis of Behavior* 1980; 34: 135-147.

2. Bayés R. SIDA y Psicología. Barcelona: Martínez Roca, 1995.
3. Peri JM, Saltó C, Bayés R. Factores facilitadores del cambio de comportamientos de riesgo al VIH en usuarios de drogas por vía parenteral. *Med Clin* 1994; 102: 237-238.
4. Kirby D. School-Based Programs to Reduce Sexual Risk-Taking Behaviors. *Journal of School Health* 1992; 62: 280-287.
5. Janz NK, Becker MH. The Health Belief Model: A decade later. *Health Education Quarterly* 1984; 11(11): 1-47.
6. Ajzen I, Fishbein M. Attitudes, personality and behavior. Chicago: Open University Press, 1988.
7. Bandura A. Pensamiento y acción. Barcelona: Martínez Roca, 1987.
8. Bandura A. Teoría del aprendizaje social. Madrid: Espasa Calpe, 1982.
9. Green LW, Kreute MW, Deeds SG, Partridge KB. Health education planning: A diagnostic approach. Palo Alto: Mayfield, 1980.
10. ONUSIDA. Impacto de la educación en materia de salud sexual y VIH sobre el comportamiento sexual de los jóvenes: actualización de un análisis. ONUSIDA, 1997. www.unaids.org/publications/documents/children/schools, 10/02/01.
11. Kirby D. The effects of selected sexuality education programs: towards a more realistic view. *Journal of Sex Education and Therapy* 1985; 11: 28-37.
12. Visser AP, Van Bilsen P. Effectiveness of sex education provided to adolescents. *Patient Education and Counselling* 1994; 23: 147-160.
13. Grunseit A, Kippax S, Aggleton P et al. Sexuality education and young people's sexual behavior: a review of studies. *J Adolesc Res* 1997; 12(4): 421-453.
14. Juárez O, Díez E. Prevención del SIDA en adolescentes escolarizados: una revisión sistemática de la efectividad de las intervenciones. *Gac Sanit* 1999; 13(2): 150-162.
15. Mellamby AR, Phelps FA, Crichton NJ, Tripp JH. School sex education: an experimental programme with educational and medical benefit. *BMJ* 1995; 311: 414-417.
16. Kirby D, Barth RP, Leland N, Fetro JV. Reducing the risk: impact of a new curriculum on sexual risk taking. *Fam Plann Perspect* 1991; 23: 253-263.
17. Kirby D. A review of educational programs designed to reduce sexual risk-taking behaviors among school-aged youth in the United States. Santa Cruz (CA): ETR Associates, 1995.
18. Universidad de Barcelona (ICE), CLAPS. Situaciones interactivas en torno al SIDA (CD-ROM). Comisión Europea DG V 1999. Online: <http://www.noaids.org>, 10/02/01.
19. Christopher FS. Adolescent pregnancy prevention. *Family Relations* 1995; 44: 384-389.
20. OMS. La educación sanitaria escolar en la prevención del SIDA y de las enfermedades de transmisión sexual. Ginebra: OMS, 1992.

Correspondencia

Cristina Martínez Bueno
CAP-Manso-Programa Sanitari d'Atenció a la Dona
C/ Manso, 19, 6.ª planta
08015 Barcelona
sbdir04@sapbcn.scs.es