



Financiación:

Donostiako "Axular" Lizeoa

Realización:

Equipo de Sexología Lahaia:

Silvia Ubillos Landa: Dirección y supervisión técnica

Eli Moreno Carrillo: Codirección y docencia

Eider Arcelus Garai: Docencia

Eider Goiburu Moreno: Docencia

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN: FUNDAMENTOS TEÓRICOS	4
1.1.- EDUCACIÓN SEXUAL: ESCOLAR Y FAMILIAR	5
1.2.- PERSPECTIVA EVOLUTIVA: DESARROLLO PSICOSEXUAL	6
1.3.- TEORÍAS PSICOSOCIALES	11
CAPÍTULO 2. PROCEDIMIENTO DE LAS INTERVENCIONES:	16
2.1.- ALUMNADO: OBJETIVOS DE LOS PROGRS DE EDUC SEXUAL.....	17
2.2.- PROGRAMA DE EDUCACIÓN SEXUAL: 1º DE BACHILLERATO	20
2.3.- PROGRAMA DE EDUCACIÓN SEXUAL “POR PARES”: 4º DE ESO	23
2.3.1.- Captación de Jóvenes.....	24
2.3.2.- Entrenamiento de Jóvenes	24
2.3.3.- Aplicación del Programa “Por Pares”	25
2.3.4.-Sesión Informativa- Evaluativa.....	26
2.4.- INTERVENCIÓN DIRIGIDA A PADRES-MADRES	26
CAPÍTULO 3. PROCEDIMIENTO DE LA EVALUACIÓN: ALUMNADO	28
3.1.- EVALUACIÓN DE PROCESO	26
3.1.1.- Evaluación de Proceso: ESO y Bachillerato.....	29
3.1.2.- Evaluación de Proceso: “Agentes de Salud”	30
3.2.- EVALUACIÓN DE IMPACTO.....	31
3.2.1.-Diseño metodológico.....	31
3.2.2.-Instrumento de Evaluación.....	32
3.2.3.- Análisis estadísticos.....	34

CAPÍTULO 4. RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DE PROCESO: ALUMNADO	36
4.1.- EVALUACIÓN DE PROCESO: 1º DE BACHILLERATO.....	37
4.2.- EVALUACIÓN DE PROCESO: PROGRAMA “POR PARES”	42
4.2.1.- Alumnado de 4º de ESO.....	42
4.2.2.- Jóvenes “Agentes de Salud”	44
CAPÍTULO 5. RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DE IMPACTO: ALUMNADO	50
5.1.- RESULTADOS DEL PROGRAMA DE EDUCACIÓN SEXUAL: 1º DE BACHILLERATO.....	50
5.2.- RESULTADOS DEL PROGRAMA DE EDUCACIÓN SEXUAL: 4º DE ESO.....	59
CAPÍTULO 6. RESULTADOS DE LA VALORACIÓN DE LOS RESPONSABLES DE LA EDUCACIÓN SEXUAL.....	67
6.1.- RESULTADOS DE 1º DE BACHILLERATO.....	67
6.2.- RESULTADOS DE 4º DE ESO.....	68
CAPÍTULO 7. VALORACIONES DE LAS INTERVENCIONES DIRIGIDAS A PADRES-MADRES.....	71
CAPÍTULO 8. CONCLUSIONES Y LÍNEAS DE ACTUACIÓN.....	71
8.1.- CONCLUSIONES SOBRE LA EVALUACIÓN DE IMPACTO DE LOS PROGRAMAS DE EDUCACIÓN SEXUAL	72
8.2.- CONCLUSIONES SOBRE LA EVALUACIÓN DE PROCESO DE LOS PROGRAMAS DE EDUCACIÓN SEXUAL	74
8.3.- LÍNEAS DE ACTUACIÓN	76
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	77

CAPÍTULO 1

INTRODUCCIÓN: FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LOS PROGRAMAS DE EDUCACIÓN SEXUAL

Los resultados obtenidos a través de las Evaluaciones de las Campañas de Educación Sexual realizadas en el Liceo Axular de Donostia, indican que tanto los/as alumnos/as que realizaron los Programas de Educación Sexual aplicados por las técnicas como aquellos que realizaron el Programa de Educación Sexual "Por Pares" los han valorado muy positivamente.

Debido a estos resultados y a la propia Política Educativa del Centro, *el Lizeo "Axular" ha decidido continuar la aplicación de los Programas de Educación Sexual dirigidos a la promoción de la salud sexual y a la prevención de los diferentes riesgos sexuales entre los/as alumnos/as que cursan ESO y Bachillerato en este Centro, durante el actual curso académico 2005-2006.*

Asimismo, se consideró adecuado el convocar al colectivo de padres/madres a una reunión con el fin de reflexionar sobre la necesidad de la educación sexual, de informarles sobre los programas aplicados en el Lizeo y sobre los resultados obtenidos con dichas intervenciones y de proporcionarles recursos que les facilite su tarea como educadores sexuales.

A continuación, a lo largo de este primer capítulo se describen los planteamientos generales de la educación sexual escolar y familiar, así como los distintos fundamentos teóricos en los que nos hemos basado para diseñar los Programas que se han aplicado a los-as alumnos-as.

1.1.- EDUCACIÓN SEXUAL: ESCOLAR Y FAMILIAR

En este proyecto, la educación sexual se concibe como la parte de la educación general que incorpora los conocimientos bio-psico-sociales de la sexualidad, como parte de la formación integral del educando. Su objetivo básico es lograr la identificación e integración sexual del individuo y capacitarlo para que se cree sus propios valores y actitudes que le permitan realizarse y vivir su sexualidad de una manera sana y positiva, consciente y responsable dentro de su cultura, su época y su sociedad.

Por un lado, *la educación sexual les permite el buen desarrollo de las capacidades sexuales*, su coordinación con las demás facultades y la consecución de una buena interrelación con las otras personas que resulten estimulantes por su condición sexuada y sexual, consiguiendo altos niveles de espontaneidad y comunicación, y también de respeto y estima. Por otro lado, *la educación sexual les proporciona recursos para prevenirse de los diferentes riesgos* como son los embarazos no deseados (END), enfermedades de transmisión sexual (ETS) y el VIH/SIDA que son consecuencia de unas inadecuadas relaciones sexuales, así como de posibles situaciones de violencia o abuso sexual.

Para abordar estos dos aspectos de la educación sexual nos hemos basado en los principios derivados de las teorías socio-cognitivas y de la psicología evolutiva. La *perspectiva evolutiva* nos permite conocer las características específicas de cada fase del desarrollo psicosexual, lo que nos sirve para adecuar el diseño de los programas de educación sexual a la edad del grupo al que va dirigido (ver apartado 1.2). Por otra parte las *teorías psicosociales* nos dan cuenta del comportamiento humano, las razones por las cuales las personas adoptan o no determinadas conductas (ver apartado 1.3).

En educación sexual es innegable que *el papel que ejercen profesores y padres-madres es fundamental*. El apoyo gubernamental y comunitario es esencial para el éxito de los programas educativos. La educación es más efectiva cuando está integrada con los valores de la comunidad. Además, la oposición comunitaria puede impedir que un programa sea efectivo (Rudelic-Fernández, 1996a, 1996b). Por ello, *este proyecto de educación sexual se ha dirigido tanto al alumnado como a su entorno comunitario*.

1.2.- PERSPECTIVA EVOLUTIVA: DESARROLLO PSICOSEXUAL

La sexualidad se vive de diferente manera en cada edad, no pudiendo hablar de sexualidad humana sin tener en cuenta que ésta está en continuo cambio. Desde la sexualidad eminentemente dérmica y oral del recién nacido a la sexualidad más englobada dentro de la ternura y de la comunicación del anciano, hay todo un camino que, además, cada persona recorre de manera diferente (López, 1995). Como este proyecto va dirigido a estudiantes con edades comprendidas aproximadamente entre 12 y 16 años, en este capítulo, vamos a referirnos a esta etapa del desarrollo psicosexual, los cambios y las características específicas asociadas a esta fase del proceso de sexuación: la pubertad y adolescencia.

La **pubertad** puede definirse como una etapa de la vida durante la cual el cuerpo del/a niño/a se va transformando en cuerpo de adulto/a, aparecen los caracteres secundarios y la capacidad de reproducción. Las chicas comienzan los cambios de los 8 a los 12 años, mientras que los chicos, aproximadamente, 2 años más tarde.

La **adolescencia** es socialmente definida como un período de desarrollo que guarda relación con la pubertad. La adolescencia representa una transición psicológica desde las conductas y actitudes de un/a niño/a a las de un/a adulto/a.

Podemos decir que desde este período se inician cambios profundos en todas las dimensiones del desarrollo humano: bio-fisiológicos, psicológicos y sociales que suponen una forma distinta de conocer la realidad, de verse y vivenciarse a sí mismo y de situarse en relación con los demás.

Se producen **cambios bio-fisiológicos** generales y específicamente sexuales como estatura, peso, órganos sexuales primarios y secundarios que implican cambios profundos en la figura corporal sexuada, *capacitan a la persona para la reproducción y generan una especificidad y aumento del deseo sexual, así como un mayor interés en desarrollar conductas sexuales.*

Los dos acontecimientos bio-fisiológicos más importantes que tienen lugar son la *menarquía (primera menstruación)* en la chica y la *primera eyaculación* en el chico. Cerca de un año después de la primera eyaculación, el chico comienza a tener emisiones de semen nocturnas, "*poluciones nocturnas*" o "*sueños húmedos*". Para un chico que nunca se

ha masturbado un sueño húmedo puede ser su primera eyaculación (Hyde, 1994).

Existe mayor probabilidad de que los efectos de una madurez precoz o tardía sean negativos cuando los/as adolescentes son muy diferentes de sus compañeros/as, bien sea por estar mucho más o mucho menos desarrollados, cuando no ven los cambios como una ventaja (Simmons, Blyth y McKinney, 1983). La mayoría de los efectos producidos por los cambios físicos en la pubertad parecen estar mediatizados por factores sociales y psicológicos o por su interacción (Brooks-Gunn y Warren, 1987).

Se considera que dada la idealización del cuerpo, en nuestra cultura, es frecuente la aparición de *sentimientos de vergüenza, culpa* (ante determinadas sensaciones corporales), *actitudes de rechazo y no aceptación* (angustia ante las primeras reglas) y *sentimientos de inferioridad e inadaptación* ante tales cambios. Incluso en algunos casos, estas situaciones pueden llegar a ser desencadenantes de una anorexia nerviosa.

Las niñas tienden a sentirse menos satisfechas con su imagen corporal que los chicos de la misma edad, sin duda debido al mayor énfasis que da la cultura a los atributos físicos de las mujeres.(Lewinsohn, en Goleman, 1990; Rierdan, Koff y Stubbs, 1988, 1989).

Entre los *cambios psicológicos* más importantes destacan la formación de la identidad social y género, así como del rol sexual, la especificación de la orientación del deseo y la diferenciación de distintos tipos de sentimientos.

La *búsqueda de una identidad* social y sexual adquiere mayor preponderancia en la adolescencia, que sería la época formativa de la identidad por excelencia. Según la hipótesis de Erikson (1968), la confusión de la identidad y del rol que los adolescentes presentan en esta etapa hace que el joven necesite bastante tiempo para alcanzar la edad adulta (después de los 30 años). Cierta nivel de confusión de identidad es normal. Ella explica el comportamiento caótico de muchos adolescentes y la dificultad de que muchos de estos jóvenes tomen conciencia de la manera en que se ven. Erikson sostiene que el *pandillismo* y la *no aceptación de las diferencias* –características de la adolescencia- son defensas contra la confusión de la identidad (Papalia y Olds, 1997).

En la adolescencia se produce el establecimiento del *rol de género*. Los nuevos planteamientos sobre sexualidad, los avances sociales, técnicos, etc. han llevado a un

intento de flexibilizar los roles masculinos y femeninos, aunque todavía se observa que en algunos aspectos del rol sexual existen grandes diferencias entre ambos sexos, como son: el de la iniciativa en las relaciones sexuales, las motivaciones que llevan a chicos y a chicas a sus primeras experiencias sexuales, la vivencia del placer y de los afectos, las expectativas propias y de la sociedad sobre el rol activo o pasivo que se debe desempeñar, etc.

En esta etapa, también se produce la *especificación de la orientación del deseo*, es decir se definen los objetos de preferencia sexual y se estabilizan normalmente para toda la vida. La orientación sexual de una persona se manifiesta en la adolescencia: si es consistente sexual y afectivamente con las personas del otro sexo (heterosexual), con las personas de su mismo sexo (homosexual), o con las personas del otro y del mismo sexo (bisexual). Es importante tener en cuenta que *muchos jóvenes tienen una o más experiencias homosexuales a medida que crecen, en especial antes de los 15 años*. Pero las experiencias aisladas, las fantasías o la atracción homosexuales, *no determinan una eventual orientación sexual*; pocos de estos jóvenes la adoptan como patrón regular (Chilman, 1980).

López (1995) indican que durante esta etapa empiezan a diferenciarse algunos *sentimientos* como son: el deseo, la atracción sexual, el enamoramiento, el amor y el apego. La situación en la que se dan todos estos sentimientos es la más rica, la que satisface más necesidades y la más estable.

Entre los *cambios sociales* podemos mencionar las nuevas relaciones que el adolescente entabla con su entorno familiar y social. *Los adolescentes sólo rechazan de manera parcial, transitoria o superficial los valores de los padres*. Los valores de los primeros permanecen muy cercanos a los de los segundos; la rebelión de los adolescentes son sólo disputas menores. *La frecuencia del conflicto es alta en la adolescencia temprana, mientras que la intensidad es mayor en la adolescencia media, en cambio, las conductas de riesgo llegan a su cenit en la adolescencia tardía y la primera fase de la juventud*. Las discusiones “banales” sobre los horarios, adonde se les permite ir y con quién, suponen una manifestación de las preocupaciones entre padres y adolescentes sobre las conductas de riesgo relacionadas con drogas, alcohol, automóviles y sexo (Papalia y Olds, 1997).

Por otra parte, las *interacciones con los pares tienen un efecto positivo en la*

adquisición de capacidades emocionales, comunicativas, sociales y cognitivas. Los adolescentes pasan mucho tiempo con sus compañeros y *aumenta la importancia de la presión social de los pares.* En general, en la adolescencia, las amistades se tornan más estrechas y se desarrollan relaciones con el otro sexo, aunque aparecen diferencias de género. Hay una tendencia a la segregación sexual en las relaciones -más marcada entre los chicos-. *Los grupos de amistades tienden a ser más cohesivos e igualitarios en las chicas y más jerárquicos y menos cohesionados en los chicos.* Los chicos viven su adolescencia en grupos de pares homogéneos y de "*homosociabilidad*", predominantemente masculinos. Las chicas tienden más a tener amigos y sus grupos de pares no muestran la misma homogeneidad y exclusividad que los chicos (Rice, 2000; Lagrange y Lhomond, 1997).

Algunos autores postulan que la predominancia "del grupo de pares" en la adolescencia, incide en el modo en que se inician los comportamientos sexuales de riesgo" y que existe entre los adolescentes una "*vulnerabilidad normativa*" (Serra y Gómez, 1997). En contra de la idea de la vulnerabilidad normativa y del poder del grupo de pares, como hemos dicho, *la mayoría de los adolescentes tienen relaciones positivas con sus padres y, si bien los compañeros influyen más que los primeros en los aspectos sociales cotidianos (estilos de vestir, hablar, etc.), los padres influyen más sobre los valores morales, la elección de educación y laboral* (Papalia y Olds, 1997; Erro, 1994).

Con respecto a los ***cambios propiamente sexuales*** nos encontramos con que las necesidades sexuales de los/as adolescentes son un hecho que no se puede ni debe ignorar.

Atendiendo al *autoerotismo*, los estudios confirman que los chicos comienzan generalmente a practicar esta conducta antes que las chicas. Diversos investigadores han constatado que existen diferencias entre chicos y chicas en cuanto a la incidencia, la frecuencia con que se realiza este comportamiento y las emociones o sentimientos que provoca.

Otra conducta que se inicia en la adolescencia es el *petting*, es decir "*intimidades sexuales próximas al coito pero sin llegar a él, pudiendo incluir el orgasmo*". Desde un punto de vista evolutivo, el *petting* constituye las primeras experiencias heteroeróticas. Puede ser una buena forma de progresión sexual en la adolescencia que permita la

gratificación sexual propiamente dicha, y la expresión de la afectividad. Además, a través del *petting* los/as adolescentes comienzan a aprender, dentro del contexto de la relación interpersonal, sobre sus propias respuestas sexuales y las de sus parejas.

Durante la adolescencia tienen lugar también las *primeras relaciones coitales*. En los últimos 20 años se ha producido un adelanto en el inicio de las relaciones sexuales coitales que ha afectado fundamentalmente a la mujer (Spira y Bajos, 1993). La experiencia femenina se ha aproximado a la experiencia masculina. En cuanto al *valor atribuido a la primera relación sexual y a la primera pareja* todavía existen diferencias entre hombres y mujeres. La primera relación supone para los hombres una etapa normal del aprendizaje sexual, análogo a otros aprendizajes del adolescente y no necesariamente ligado a un sentimiento.

Aunque los adolescentes actuales, en una muestra del egocentrismo y chovinismo generacional, afirman tener más experiencia sexual que hace 20 años atrás, las encuestas revelan que los jóvenes y adolescentes, al menos de USA, España, y en particular del País Vasco, tienen relaciones sexuales con igual o menor frecuencia y con igual o menor número de compañeros (Papalia y Olds, 1997).

La *adolescencia* es el período del ciclo vital en el que *se da la mayor prevalencia de conductas de riesgo*. Por ejemplo, la iniciación coital desprotegida que da lugar a embarazos no deseados (END), interrupciones voluntarias del embarazo (IVE) y al contagio de enfermedades de transmisión sexual (ETS), como el VIH/SIDA.

En la última década, el número de personas jóvenes sexualmente experimentadas se ha estabilizado, ha aumentado la utilización de preservativos y, en particular entre los jóvenes con mayor riesgo, ha disminuido la incidencia de ENDs adolescentes y ETS, y ha aumentado la proporción de abortos (Baron y Byrne, 1997; Lagrange y Lhomond, 1997).

En el caso del SIDA, la tendencia general de la transmisión del VIH/SIDA ha sido un descenso de la vía parenteral y un aumento de la vía sexual y específicamente de la heterosexual. Casi triplicándose el porcentaje de casos en la última década, siendo las mujeres jóvenes las que presentan una mayor vulnerabilidad que los hombres.

Con respecto al *acoso y violencia sexual*, el período más peligroso para las

mujeres es el comienzo de la adolescencia (entre los 16 y 20 años). La proporción de agresiones cometidas por desconocidos es relativamente pequeña (1/4 a 1/8 del total). Pero en un caso sobre dos (más en las generaciones más jóvenes), el agresor es una persona conocida pero extraña a la familia. Otro fenómeno son los *abusos sexuales* que en las últimas décadas han adquirido una gran resonancia social. Esto no significa que en la actualidad ocurren con mayor frecuencia, sino que hoy en día son más conocidos. En el estudio de López (1994) con una muestra de 2000 españoles el porcentaje total de abusos sexuales declarados fue de un 18,91% (edades entre 4 y 16 años), un 15,2% de varones y un 22,5% de mujeres.

1.3.- TEORÍAS PSICOSOCIALES

Una serie de modelos teóricos socio-cognitivos, que han sido aplicados en las dos últimas décadas al área de la Salud, y particularmente al comportamiento contraceptivo-preventivo, tratan de dar cuenta de una serie de factores asociados a la adopción de conductas de salud y de riesgo, como son los *Modelos de Creencias de Salud de Beck* (Becker et al., 1974), *de la Acción Razonada o Intención Conductual de Fishbein y Ajzen* (Ajzen y Fishbein, 1977, 1980), *de la Acción Planeada de Ajzen* (Ajzen y Madden, 1986; Schifter y Ajzen, 1985), *el Modelo de Autoeficacia de Bandura* (1977), *las aportaciones de Levinson al concepto de autoeficacia* (1984, 1986), *los Modelos Extendidos de Maticka-Tyndale* (1991) y *de Triandis* (1980), *el Modelo de Bentler y Speckart* (1979, 1981), y *la teoría del psicólogo social Donn Byrne* (Byrne, 1983; Fisher et al., 1988).

En general, estas teorías indican que la *información es necesaria pero no suficiente para incrementar la calidad de la vida sexual y prevenir todas las problemáticas relacionadas con la sexualidad*. Es decir, el conocimiento por sí solo no es suficiente para poder cambiar la conducta (DiClemente, Durbin, Siegel et al., 1992).

Junto a esto, los estudios han demostrado que cuando se empieza la educación sexual antes de que las personas se vuelvan sexualmente activas ayuda a los jóvenes a mantener la abstinencia y a que se protejan en caso de que se vuelvan sexualmente activos (Kirby, Short, Collins et al., 1994). Contra más pronto se empiece con la educación sexual mejor.

Sin embargo, la experiencia de las campañas para prevenir las ETS dirigidas a

los jóvenes, ha mostrado que *la información de los medios de prevención no necesariamente implica un cambio en la conducta sexual* (Brooks-Gun, Boyer y Hein, 1988).

Además, el tamaño del efecto o impacto de los programas de prevención es medio-bajo. En términos porcentuales, generalmente se obtienen cambios del 10% con respecto a la línea conductual de base. Investigaciones previas indican que el tamaño del efecto de cambio de los programas de prevención es más alto en información, medio en costes/beneficios de las conductas preventivas y en actitudes hacia éstas, y bajo en conductas. Se ha mostrado que la técnica de cambio de actitudes más eficaz explica el 4% de la varianza o de la variabilidad del fenómeno de cambio de actuación (Páez, Ubillos y León, 1996).

Si el objetivo es que la comunicación pretenda suscitar cambios en las conductas preventivas, habrá que tener en cuenta la relevancia diferencial de los factores expuestos por las distintas teorías. *Por tanto, a la luz de lo que aportan estos modelos psicosociales podemos establecer lo siguiente* (Ubillos, 2002, 2001; Páez, Ubillos, Pizarro y León, 1994):

- *La información correcta* no está asociada con la conducta preventiva, pero es posible que ejerza un efecto indirecto sobre ella.
- *La información correcta y las creencias incorrectas* corresponden a dos dimensiones diferentes. Por tanto, además de la transmisión de conocimientos correctos, es necesario modificar las creencias incorrectas
- *La seriedad o gravedad percibida* tiene baja capacidad de explicar y predecir la conducta preventiva.
- *El riesgo percibido* parece tener una relación consistente pero baja con la conducta de riesgo.
- *La ilusión de invulnerabilidad* es una creencia normal y común en las personas. Por tanto, las creencias deberán modificarse en un sentido realista, disminuyendo esta ilusión de invulnerabilidad.

-
- *El riesgo percibido* de problemas y enfermedades *está asociado a una baja afectividad positiva* (realismo depresivo), por el contrario *una alta afectividad positiva* (como es el caso de los jóvenes) se asociaría *a una inhibición de la percepción del riesgo*, aunque también *a una mayor creencia en la eficacia de las conductas preventivas*. En este sentido, deberá darse información que sin ahuyentar genere un grado de desactivación de la afectividad positiva y de "lucidez realista".
 - *Los costes y beneficios percibidos del uso de contraceptivos* se han asociado de forma consistente pero baja con la conducta preventiva. La relación *actitudes/creencias normativas* e intención de conducta es media-alta y la relación *intención de conducta-comportamiento* es media-alta, en el uso del preservativo.
 - Deberá tenerse en cuenta *la percepción de la situación*, tanto a nivel individual (de la actitud como proceso), como a nivel social (normas sociales). Por tanto, son importantes las intervenciones normativas tanto grupales como individuales.
 - *La norma subjetiva* tiene menos importancia que la actitud, pero a su vez, ambas son más explicativas que el riesgo percibido y los costes-beneficios. Por tanto, el riesgo y los costes/beneficios percibidos deben ser un foco secundario de los programas de educación sanitaria, por su menor capacidad predictiva. La educación debe orientarse antes que nada a un cambio de normas descriptivas y de actitudes.
 - *Las normas descriptivas* son las que presentan las correlaciones significativamente más altas con el uso del preservativo. La norma subjetiva sólo indica hasta qué punto la persona podría obtener la aprobación o desaprobación de los otros significativos al realizar o no la conducta. Sin embargo, incluso si una persona siente poca presión para usar un preservativo, los otros significativos pueden influir en su conducta al evaluarlo positivamente o al realizarlo ellos mismos. Por tanto, la educación deberá fomentar la disminución de la norma descriptiva hacia las conductas de riesgo, el tomar conciencia de la norma subjetiva real más favorable hacia la prevención, así como conocer la tendencia a proyectar las características negativas y subestimar la frecuencia de las positivas en las otras personas.
 - También, *las actitudes de la pareja* hacia los preservativos están correlacionadas más fuertemente con el uso del preservativo que las normas subjetivas.

- Habrá que examinar *las creencias asociadas a la conducta objetivo* (uso del preservativo), reforzando las positivas y modificando las negativas. En particular, habrá que cuestionar las conductas alternativas de prevención, como la selección de parejas "normales" diferentes del prototipo implícito de sujeto de riesgo.
- *La experiencia en el uso del preservativo* parece ser un determinante importante de la conducta de no-riesgo, lo que sugiere que la educación sobre el uso del preservativo debería comenzar durante la temprana adolescencia, antes del inicio de la actividad sexual. El entender cómo la experiencia pasada regula la acción futura y el diseñar intervenciones que puedan mimetizar los efectos del uso previo del preservativo entre los no usuarios y usuarios esporádicos es una tarea clave.
- *La conducta sexual de los jóvenes es improvisada y con un nivel de estrés medio.* Por tanto se deberán proponer medidas realistas y adecuadas a los sujetos diana -que no impliquen una gran capacidad de autocontrol y planificación-. Además, ciertos comportamientos preparatorios han mostrado una fuerte asociación con la conducta preventiva, como es el hecho de llevar preservativos o tener fácil acceso a las máquinas de preservativos en lugares de diversión y ligue.
- *El control percibido, la autoeficacia y el déficit de capacidades de resolución de problemas* son variables predictoras importantes. Las intervenciones prácticas dirigidas a la disminución de la ilusión de control, la adquisición de habilidades sociales, de asertividad, afrontamiento del estrés y otras, serán las más adecuadas y eficaces, tanto en la modificación de actitudes como de conductas, ya que son las que con más probabilidad generen una percepción de control, un sentimiento de autoeficacia y ayuden a crear una norma personal de conducta.
- Asimismo, los programas de educación sanitaria deberán fomentar *la adopción de habilidades de comunicación con la pareja* ya que es el método que se ha mostrado más eficaz para lograr que los conocimientos, las actitudes positivas hacia el uso del preservativo, y adecuados niveles de percepción de riesgo y de control redunden en cambios en la conducta sexual. No obstante, la comunicación sobre estos temas debe realizarse de forma concreta ya que es la que permite que las parejas lleguen a acuerdos específicos que hacen factible la utilización de preservativos.

-
- Otro aspecto de la prevención es tomar conciencia de *la asociación entre la ilusión de invulnerabilidad y la ilusión de control* dentro del escenario prototípico romántico, ya que la presencia de un sentimiento amoroso provoca una sensación de confianza. Modificar estas creencias parece difícil ya que el cambio entra en contradicción con nuestra representación colectiva del amor romántico consumado, y no sólo, con las representaciones pasionales o hedónicas del amor. Insistir en el uso del preservativo como muestra de confianza y de protección es un mecanismo eficaz para incrementar su uso, no sólo en las relaciones pasionales, sino también en las relaciones románticas consumadas.
 - *Las intervenciones deben aplicarse de forma temprana* antes de que se instaure el hábito, es decir antes de que los jóvenes comiencen a mantener relaciones sexuales.

En resumen, el diseño de los cursos y programas de educación sexual que se han aplicado al alumnado de ESO y Bachillerato del Liceo Axular de Donostia se ha basado en las premisas derivadas de la perspectiva evolutiva y de los modelos psicosociales que hemos descrito en este capítulo.

A continuación, en la primera parte del presente informe se van a describir los objetivos y el procedimiento que se ha seguido para diseñar cada una de los programas (metodología y contenidos), así como el procedimiento de la evaluación. En una segunda parte, se exponen los resultados obtenidos de la evaluación de los cursos dirigidos a los-as alumnos-as, así como la valoración realizada a la sesión aplicada a los-as padres-madres. En una tercera parte, se presentan las conclusiones más importantes y se proponen algunas líneas de actuación derivadas del análisis de estos resultados.

CAPÍTULO 2

PROCEDIMIENTO DE LAS INTERVENCIONES: ALUMNADO Y PADRES-MADRES

2.1.- ALUMNADO: OBJETIVOS DE LOS PROGRAMAS DE EDUCACIÓN SEXUAL

En este apartado describimos los programas dirigidos al alumnado, es decir, sus objetivos generales y concretos, así como los contenidos y la metodología aplicada en cada una de las intervenciones que se han impartido a los-as alumnos-as de ESO y Bachillerato.

La OMS (Organización Mundial de la Salud, 1975) define la *Salud Sexual* como la "aptitud para *disfrutar* de la actividad sexual y reproductiva, así como la ausencia de temores, sentimientos de vergüenza, culpabilidad, creencias infundadas y otros factores psicológicos que inhiban la reactividad sexual o perturben las relaciones sexuales". Por tanto, los *objetivos generales* de los Programas aplicados se refieren a la Salud Sexual o Bienestar Psicológico de las personas (Ubillos, 1992):

- ✚ Incrementar el nivel de Salud Sexual de los jóvenes para que tengan los recursos propios que hagan posible integrar, elaborar y manejar su propio impulso sexual conforme a una ética personal y social.
- ✚ Aumentar el control y la planificación de las relaciones íntimas, de acuerdo a las actitudes y valores personales.
- ✚ Prevenir embarazos no deseados y sus consecuencias negativas, como son el incremento en el número de abortos y de nacimientos en jóvenes.

-
- ✦ Disminuir el riesgo de enfermedades de transmisión sexual, especialmente el SIDA.
 - ✦ Fomentar el acceso de los jóvenes a los recursos asistenciales, para facilitar la prevención de todos los riesgos asociados al comportamiento sexual.

A partir de estos objetivos generales, se han propuesto alcanzar los siguientes *objetivos concretos* con la aplicación de los distintos programas:

Información:

- ✦ Proporcionar información sobre los diferentes temas sexuales, favoreciendo la eliminación de mitos y creencias que perturban las relaciones sexuales.

Fuentes de Información-Formación:

- ✦ Analizar la influencia de las principales fuentes de información (familia, escuela, amigos, pareja, mass media).
- ✦ Incrementar la comunicación entre los colectivos de padres e hijos, profesores y alumnos.
- ✦ Disminuir las distorsiones de los mensajes que los "mass-media" manipulan con fines comerciales, potenciando una "sexualidad de ciencia-ficción".

Concepto y Funciones de la Sexualidad:

- ✦ Clarificar y Ampliar el Concepto de Sexualidad.
- ✦ Fomentar la aceptación de la dimensión afectiva-comunicativa entre los hombres, así como la dimensión del placer entre las mujeres.
- ✦ Favorecer el reconocimiento de la reproducción como una opción libre y responsable.

Actitudes Sexuales:

- ✦ Potenciar la tolerancia, el respeto y la comprensión del hecho sexual humano.
- ✦ Fomentar el desarrollo de actitudes erotofílicas, que favorecen la asimilación e integración adecuada de la información, creencias y comportamientos.

Pubertad. Cambios Psicofisiológicos:

- ✦ Facilitar la aceptación de la propia imagen corporal, a través de un criterio de belleza diferente al establecido por los mass-media, y que valore aspectos como la expresividad, la receptividad, etc.
- ✦ Estimular la valoración crítica de la presión que ejercen los modelos de belleza y las modas sobre nuestras preferencias y comportamientos.
- ✦ Fomentar la tolerancia y el respeto por las diferencias individuales existentes en función de las características personales.

Rol Sexual:

- ✦ Examinar las diferencias de rol existentes en función del sexo, fomentando el respeto de un sexo hacia el otro.
- ✦ Potenciar la Asertividad en el sexo femenino y la Expresividad en el sexo masculino, relativizando la rigidez de la normativa social.
- ✦ Favorecer el desarrollo de roles más igualitarios en el ámbito sexual.

Orientación del Deseo:

- ✦ Potenciar el respeto y aceptación de cualquier forma de orientación del deseo (Homo, Hetero y Bisexualidad) y el derecho a su libre expresión.



Comportamientos Sexuales:

- ✦ Fomentar el respeto a todas las formas posibles de comportamiento sexual, relativizando la superioridad de unas prácticas sobre otras.
- ✦ Desmitificar, desculpabilizar y normalizar la Masturbación.
- ✦ Favorecer la desmitificación del coito como comportamiento "central" y más placentero.
- ✦ Eliminar los mitos y tópicos existentes con relación a la "primera relación coital".

Respuesta Sexual Humana:

- ✦ Reflexionar sobre las diferencias existentes entre el hombre y la mujer en la Respuesta Sexual Humana y sus implicaciones en el ámbito de la relación sexual.

Prevención y Promoción:

- ✦ Proporcionar una adecuada y suficiente información sobre sexualidad y prevención para evitar la diseminación de mitos, falacias y tabúes que favorecen la adopción de conductas de riesgo.
- ✦ Modificar actitudes, normas y creencias para favorecer la adopción de medidas preventivas.
- ✦ Incrementar los niveles de percepción de susceptibilidad y gravedad hacia los riesgos sexuales.
- ✦ Disminuir la frecuente ilusión de control sobre situaciones de riesgo, adaptándola a la realidad.
- ✦ Favorecer la valoración de los efectos a corto y largo plazo de los comportamientos sexuales.
- ✦ Dotar a los jóvenes de habilidades de relación, comunicación, autoeficacia y asertividad para la realización de un sexo más seguro.

- ✦ Maximizar los beneficios y minimizar los costes derivados de la utilización de las medidas preventivas eficaces.
- ✦ Fomentar los hábitos de higiene y cuidado personal.
- ✦ Legitimizar y explicar el sentido de los recursos asistenciales y sanitarios para jóvenes.

Por último se han propuesto una serie de **objetivos comunitarios** para trabajar con el entorno más próximo y significativo de estos jóvenes:

- ✦ Sensibilizar a los-as padres-madres, concienciándoles sobre el rol que juegan en el proceso educativo y orientándoles en su tarea educativa.
- ✦ Formar a un grupo de jóvenes para que se conviertan en "Agentes de Salud" y transmisores de los aspectos informativos y actitudinales encaminados a la prevención de comportamientos de riesgo.

2.2.- PROGRAMA DE EDUCACIÓN SEXUAL: 1º DE BACHILLERATO

El Programa se ha aplicado a los **2 grupos de alumnos/as que cursan 1º BACHILLER** en el Liceo (**N=47**).

El Programa, que se ha aplicado en el mes de Enero del actual curso 2005-06, ha tenido una duración de **10 horas**, distribuidas en **5 sesiones de 2 horas** cada una. Atendiendo a las características psicosexuales de los adolescentes y a los modelos psicosociales sobre la adopción de conductas saludables (ver capítulo 1) se han abordado los siguientes **contenidos** a lo largo de las distintas sesiones aplicadas:

1. Concepto y Funciones de la Sexualidad.
2. Actitudes y Roles Sexuales.
3. Anatomía y Fisiología de la Sexualidad. Mitos Sexuales.

-
4. Sexualidad en la Adolescencia.
 - 4.1. Aparición del impulso y del deseo sexual en la Adolescencia.
 - 4.2. Función de las fantasías sexuales.
 - 4.3. Orientación del Deseo: Homosexual, Heterosexual y Bisexual.
 - 4.4. Comportamientos Sexuales: Autoerotismo, Petting, Relaciones Coitales.
 - 4.5. Respuesta Sexual Humana.
 5. Riesgos de los Comportamientos Sexuales.
 - 5.1. Comportamientos Sexuales de Alto, Medio y Bajo Riesgo.
 - 5.2. Embarazo No Deseado e Interrupción Voluntaria del Embarazo.
 - 5.3. Las Enfermedades de Transmisión Sexual. El SIDA.
 - 5.4. Percepción de Riesgo y de Gravedad.
 6. Autoeficacia y Habilidades de Comunicación. Recursos ante situaciones de riesgo.
 - 6.1. Anticipar y Planificar una Situación Sexual de Riesgo.
 - 6.2. Percepción de Control.
 - 6.3. Asertividad. Saber decir que "no" a una relación de riesgo.
 - 6.4. Habilidades para plantear alternativas al coito.
 - 6.5. Recursos para plantear la utilización de medidas preventivas.
 7. Costes y Beneficios de los Métodos Anticonceptivos y del Preservativo.
 8. Norma Subjetiva (Grupo de Pares y de la Pareja).
 9. Recursos Asistenciales y Sanitarios para Jóvenes.

Todos los aspectos planteados se han trabajado en los grupos a través de **técnicas grupales** que requieren una gran implicación y participación por parte de los asistentes (A.D.E.M.I., 1977; Colectivo Harimaguada, 1988; Lucas, 1994; Ubillos, 1995b):

- ✚ **Método Magistral.-** El monitor, utilizando la palabra como medio de comunicación, enseña a sus alumnos sus conocimientos. Este método se ha realizado en su forma **Semiactiva**, es decir, la vía de transmisión de la información es la palabra pero apoyada por recursos materiales y combinándola con las intervenciones de los alumnos.
- ✚ **Subgrupos. Phillips 66.-** Es una técnica que se utiliza para fomentar la comunicación y participación de las personas que intervienen en un grupo de trabajo. Esta técnica sirve

para favorecer la operatividad, facilitar la participación, fomentar la comunicación entre los miembros del grupo y romper con ciertas estructuras rígidas informales.

- ✚ ***Brainstorming (Lluvia o Tormenta de Ideas).***- Es un método de trabajo que se utiliza para aportar el mayor número de ideas sobre un tema o problema, a partir de grupos de trabajo, cuyos participantes debían estar liberados de los prejuicios sobre la expresión de sus ideas.

- ✚ ***Discusión Dirigida.***- Consiste en la profundización de temas, a través de preguntas que el monitor dirige al grupo y que dan lugar a la discusión de las distintas actitudes, creencias y valores, sin prejuicios, con honestidad, claridad, corrección y libertad crítica. Los objetivos planteados son: despertar el interés de los participantes, estimular su capacidad de razonamiento, fomentar la aptitud de expresar ideas con claridad y exactitud, conocer y analizar las distintas opiniones y actitudes, respetar las opiniones diferentes y saber defender las propias, llegar a algún tipo de acuerdo y extraer una serie de conclusiones.

- ✚ ***Confrontación Chicos-Chicas.***- Consiste en estudiar los problemas que existen a la hora de relacionarse los dos sexos y en buscar posibles soluciones. Esta técnica se ha utilizado para fomentar la comunicación, comprensión y respeto entre los sexos.

- ✚ ***Estudio de las Consecuencias de una Conducta.***- Este método permite analizar las consecuencias derivadas de una conducta, tanto de forma inmediata como a largo plazo.

- ✚ ***Análisis de los Factores implicados en una Conducta.***- Este método ha permitido analizar los factores que nos conducen a adoptar una decisión determinada. Esta técnica se utiliza para incidir en el desarrollo de habilidades que permiten a la población adolescente/juvenil ser más reflexiva con sus conductas sexuales.

- ✚ ***Método del Caso.***- Permite conocer mejor los elementos que deben tenerse en cuenta al analizar una situación y las líneas a seguir para tomar una decisión. En esta línea se desarrolla el conocimiento, comprensión, simplificación y objetividad de la situación.

✚ **Modelaje.-** Este método consiste en la escenificación por parte de la monitor/a de determinadas escenas, con el fin de enseñar ciertas actitudes y normas de comportamiento encaminadas a la prevención de situaciones de riesgo.

✚ **Role-Playing.-** Consiste en la representación de escenas de la vida real, con el fin de aprender ciertas actitudes y normas de comportamiento encaminadas a la prevención de conductas de riesgo. Se ha utilizado para desarrollar formas del saber hacer, habilidades de comunicación en la relación con otras personas, para analizar las creencias, actitudes y comportamientos que tienen las personas ante determinadas situaciones de la vida y para evaluar el impacto de la intervención en los jóvenes.

✚ **Elaboración de la Matriz de Costes y Beneficios de las Conductas Preventivas.-** Esta matriz se ha utilizado para analizar las ventajas y desventajas derivadas de la utilización de cada una de las conductas preventivas, facilitando la elección de la medida de protección más adecuada para cada uno de los participantes.

El **material** necesario para llevar a cabo las actividades diseñadas en las distintas sesiones ha consistido en: fichas de trabajo, proyector de vídeo, muestras de anticonceptivos, folletos sobre sexualidad, cartulinas, pizarra, tizas, rotuladores, celo, etc.

2.3.- PROGRAMA DE EDUCACIÓN SEXUAL “POR PARES”: 4º DE ESO

La propuesta de continuar con la aplicación de esta técnica en el Lizeo Axular de Donostia surge por los buenos resultados obtenidos en las Campañas realizadas en este centro, en años precedentes. ***La característica fundamental de este tipo de Programas es que las personas pertenecientes al grupo de pares son las encargadas de transmitir la información, actitudes, valores y creencias dirigidas a la promoción de la salud sexual y a la prevención de comportamientos de riesgo. La realización de esta técnica requiere una serie de fases fundamentales:***

1. Selección de 3 alumnos/as de 1º de Bachillerato que hayan participado en el Programa de Educación Sexual aplicado por las técnicas, por cada grupo de 4º de ESO que haya en el Centro.

2. Entrenamiento de estos/as jóvenes como "Agentes de Salud".
3. Aplicación de un Programa de Educación Sexual "Por Pares" por parte de los jóvenes entrenados y dirigido a los alumnos/as del curso de 4º de ESO.
4. Sesión Informativa-Evaluativa dirigida al alumnado de 4º de ESO.
5. Supervisión de la aplicación del programa: "Agentes de Salud" (ver apartado de evaluación).

2.3.1.- CAPTACIÓN DE JÓVENES

Durante la realización del Programa de Educación Sexual aplicado por las técnicas se les ha ofrecido a los/as alumnos/as de 1º de Bachillerato, la posibilidad de apuntarse voluntariamente en una lista para llevar a cabo esta actividad. De estas listas, *se han seleccionado a 3 alumnos/as por cada grupo de 4º de ESO (Nº de Grupos de 4º=2 y Nº de "Agentes de Salud" seleccionados 6)*. Estos jóvenes han sido elegidos de acuerdo a las siguientes *características*: eran líderes positivos de sus grupos; habían asistido a todas las sesiones; han mostrado motivación e interés por el tema, así como una actitud muy participativa; se expresaban con gran fluidez verbal; disponían de un alto nivel de información; presentaban actitudes positivas hacia la sexualidad y conductas sexuales saludables o intención de conductas sexuales saludables.

Este año *el número de voluntarios* ha sido de **10 personas**, lo que representa casi una cuarta parte de los-as alumnos-as de 1º de bachillerato que se les ha propuesto participar en esta experiencia (21,27%). Además, esta cifra implica más personas de las que se necesitaban para llevar a cabo la intervención "Por Pares". Todo ello evidencia la buena acogida que tiene esta iniciativa, ya que una parte de los-as alumnos-as que el curso anterior recibieron el Programa "Por Pares" expresan su gran motivación e interés para participar en esta experiencia.

2.3.2.- ENTRENAMIENTO DE JÓVENES

Se ha entrenado a estos/as **6 jóvenes como "Agentes de Salud"** para que ellos-as sean los-as transmisores de los aspectos informativos, actitudinales y comportamentales en

las sesiones que han impartido a los 2 grupos de 4º de ESO. El entrenamiento ha tenido una duración de **6 horas**, realizándose en **tres sesiones de 2 horas**. La preparación de las sesiones se ha realizado de forma conjunta (6 alumnos/as y una técnico en educación sexual). Este entrenamiento ha consistido en resolver las dudas informativas que se han planteado después del Programa realizado y en formarles en las técnicas grupales que facilitan la participación de los jóvenes.

En la **primera sesión**, se han explicado cada uno de los temas y dinámicas que iban a abordar con los alumnos/as de ESO, asimismo se les ha entregado un dossier con toda la información necesaria para la aplicación del Programa y se les ha explicado la manera de administrar correctamente el pre-test.

En la **segunda y tercera sesión**, cada grupo formado por 3 alumnos que adoptan el rol de "Agentes de Salud", ha dirigido la sesión, siguiendo las pautas establecidas en la primera sesión. Durante estas dos sesiones, la profesional ha clarificado los errores cometidos por cada uno de los "Agentes de Salud".

Al finalizar el entrenamiento, se les ha entregado a cada uno de los grupos establecidos el material que iban a utilizar en la aplicación del Programa: muestras de anticonceptivos, preservativos, recursos sanitarios y cuestionarios de evaluación (pre-test).

2.3.3.- APLICACIÓN DEL PROGRAMA “POR PARES”

Los alumnos/as entrenados como "Agentes de Salud" han aplicado **3 sesiones de dos horas** al alumnado, $N=52$, que cursa 4º de ESO, respetándose los grupos naturales ($N=2$).

El **contenido** de las sesiones se ha centrado en comportamientos sexuales, clasificación de comportamientos en función del riesgo, embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual, SIDA, costes y beneficios del preservativo y de otras medidas preventivas, así como en las habilidades de relación para proponer su uso.

La **metodología** empleada para abordar los temas descritos ha tratado de fomentar la participación y el debate entre los "Agentes de Salud" y los/as alumnos/as que han recibido este Programa, a través de técnicas participativas ya descritas anteriormente, como son: método magistral semiactivo, discusión dirigida, subgrupos,

brainstorming, barómetro de valores, estudio de las consecuencias de una conducta, modelaje y role-playing.

2.3.4.- SESIÓN INFORMATIVA-EVALUATIVA

Para finalizar la intervención, las profesionales realizaron una sesión de dos horas con cada grupo de 4º ESO para completar el Programa aplicado por los "Agentes de Salud" y valorar con ellos la experiencia. Durante esta sesión se han ampliado los temas abordados por los "Agentes de Salud", se han resuelto aquellas dudas que no han sido resueltas por los propios "Agentes de Salud". Además, se les ha administrado el post-test y el cuestionario para valorar el grado de satisfacción de estos alumnos con el Programa realizado (ver capítulo 3, evaluación del Programa "Por Pares").

2.4.- INTERVENCIÓN DIRIGIDA A PADRES-MADRES

A los-as *padres-madres de los-as alumnos-as de 4º de ESO y 1º de Bachillerato* se les ha ofrecido la posibilidad de participar en *una conferencia informativa de 2 horas de duración* sobre el tema de la sexualidad y la realización de la campaña de educación sexual en el centro.

Esta conferencia se ha realizado después de la aplicación de los Programas, con el fin de explicar a los-as padres-madres la necesidad de este tipo de intervenciones, e informales sobre los diferentes programas que se habían aplicado en el centro, es decir, sus objetivos, contenidos, metodología y evaluación. También se les ha proporcionado los resultados obtenidos de la evaluación de los programas aplicados, así como las actitudes observadas en cada uno de los grupos durante el desarrollo de las sesiones. Asimismo se han planteado las líneas de actuación para cursos venideros.

Otras de las temáticas abordadas han sido: características de la sexualidad adolescente, aspectos asociados a la adopción de conductas de riesgo, el papel o rol de los padres como educadores sexuales. A este respecto se han analizado las principales preocupaciones que tienen los-as padres-madres con respecto a la vida sexual de sus hijos, las dificultades y limitaciones con las que se encuentran para llevar a cabo estas funciones, y en particular los problemas derivados de su falta de formación, así como los obstáculos con los que se encuentran para lograr una comunicación más fluida con los hijos. Por último, se ha incidido en las habilidades de comunicación necesarias para poder hacer frente a sus tareas como educadores sexuales.

CAPÍTULO 3

PROCEDIMIENTO DE LA EVALUACIÓN: ALUMNADO

Con el fin de evaluar los Programas de Educación Sexual dirigidos al alumnado se han aplicado dos tipos de evaluación:

- ✚ La *Evaluación de Proceso* nos permite analizar los principales aspectos estructurales de cada uno de los programas. El objetivo es asegurarnos de que los programas funcionan como se quiere y al nivel que se quería, antes de atribuir efectos o consecuencias a dichos programas. Esta evaluación sirve para comprender mejor por qué se logran o no los objetivos esperados, a la vez que para poder mejorar las propias intervenciones. Algunos expertos consideran que este tipo de evaluación es una precondition de la evaluación de impacto, ya que no se puede proceder a evaluar algo cuando se ignora qué aspectos y de qué manera han sido aplicados.
- ✚ La *Evaluación de Impacto* es sinónimo de evaluación de la efectividad, eficacia o eficiencia de un programa. En este caso se plantea una evaluación de la eficacia que tratará de establecer si tras la aplicación de los programas, los objetivos establecidos han sido alcanzados. Esta evaluación es clave ya que si no se logra aportar evidencia empírica de que los programas tienen unos efectos determinados los otros tipos de análisis se quedan vacíos.

3.1.- EVALUACIÓN DE PROCESO

3.1.1.- EVALUACIÓN DE PROCESO: ESO Y BACHILLERATO

Se ha utilizado un cuestionario para recoger información de la *opinión del alumnado sobre distintos aspectos estructurales de los programas* como son: valoración general y utilidad del curso, tiempo empleado, metodología aplicada, actitud de los participantes y actuación de las profesionales. Este cuestionario lo ha completado el alumnado de *1º de Bachiller y de 4º de ESO*. La mayoría de las respuestas se han obtenido a través de escalas tipo Likert de 6 puntos (ver tabla 3.1).

Tabla 3.1: Descripción de la Escala de Evaluación de Proceso de los Programas de Educación Sexual dirigidos al Alumnado

TEMAS	VARIABLES	ESCALAS DE RESPUESTA
Socio-demográficos	Sexo Edad Curso Centro Idioma Estudios padres Trabajo padres Estado civil padres	1 Hombre 2 Mujer Item abierto Item abierto Item abierto 1 Euskera 2 Castellano Item abierto Item abierto Item abierto
Aspectos generales	Valoración General Satisfacción Utilidad Duración	1 Totalmente Negativo a 6 Totalmente Positivo 1 Totalmente Insatisfecho a 6 Totalmente Satisf. 1 Nada útil a 6 Totalmente útil 1 Demasiado Corto a 7 Demasiado Largo
Actitud participantes	Participación Interés	1 Nada Participativo a 6 Totalmente Participa. 1 Nada Interesado a 6 Totalmente Interesado
Información	Comprensión	1 Totalmente Incompren. a 6 Totalmente Comprensible.
Metodología	Adecuación	1 Nada Adecuada a 6 Totalmente Adecuada

Cambios	Información	1 Ninguno a 6 Sobresaliente
	Actitudes	1 Ninguno a 6 Sobresaliente
	Comportamientos	1 Ninguno a 6 Sobresaliente
Profesionales	Actuación	1 Deficiente a 6 Sobresaliente
	Razones	Ítem abierto: Razonar la respuesta dada

Tabla 3.2: Descripción de la Escala de Evaluación: Formadores en Educación Sexual

TEMAS	VARIABLES	ESCALAS DE RESPUESTA
Formadores	Profesor del Centro	1 Totalmente Negativo a 6 Totalmente Positivo
	Razones	Ítem abierto: razonar la respuesta
	Alumnos entrenados	1 Totalmente Negativo a 6 Totalmente Positivo
	Razones	Ítem abierto: razonar la respuesta
	Técnicos externos	1 Totalmente Negativo a 6 Totalmente Positivo
	Razones	Ítem abierto: razonar la respuesta
Preferencias	Responsable del programa	1 Profesor del Centro
		2 Alumno Entrenado
		3 Técnico ajeno al Centro

A los grupos de alumnos-as se les ha administrado estas escalas durante la última sesión del programa. Han empleado en su cumplimentación unos diez minutos.

Los resultados obtenidos se han analizado con el Programa estadístico SPSS 11.5 versión windows. Básicamente en este tipo de evaluación, se han aplicado los *estadísticos descriptivos de tendencia central* (media, frecuencias, porcentajes) y de *dispersión* (desviación típica).

3.1.2.- EVALUACIÓN DE PROCESO: “AGENTES DE SALUD”

Con el fin de complementar la evaluación realizada por el alumnado de 4º de ESO al *Programa de Educación Sexual “Por Pares”*, al finalizar la aplicación de estas intervenciones una de las profesionales ha realizado una evaluación y supervisión del trabajo realizado por los jóvenes que han participado en calidad de *“Agentes de Salud”*. Para ello se ha convocado a los "Agentes de Salud" a una *sesión de 2 horas*, una vez

finalizada la experiencia.

Durante esta sesión de supervisión los "Agentes de Salud" han completado un cuestionario sobre el grado de satisfacción con la experiencia llevada a cabo. En este cuestionario se han evaluado, a través de escalas tipo Likert de 6 puntos, siendo el 1 la valoración más negativa y el 6 la más positiva, aspectos como: valoración general, grado de dificultad, satisfacción, utilidad, participación e interés de los alumnos de 4º, utilidad para los alumnos de 4º, tiempo y metodología.

Los análisis estadísticos aplicados han sido *los estadísticos descriptivos de tendencia central* (media y mediana) y *de dispersión* (frecuencias, porcentajes, rango y desviación típica).

3.2.- EVALUACIÓN DE IMPACTO

3.2.1.- DISEÑO METODOLÓGICO

Durante el actual curso escolar 2005-06, se ha llevado a cabo una *evaluación del impacto* de los Programas de Educación Sexual impartidos por Profesionales y del Programa "Por Pares" sobre los conocimientos, actitudes y conductas, que se han aplicado a **4 grupos** de alumnos-as que cursan **1º de BACHILLERATO** y **4º de ESO**. La evaluación se ha llevado a cabo en 2 sesiones de media hora, en la forma que se describe a continuación:

- **Tiempo 1 (Pre-test).**- Antes de aplicar el programa se les ha administrado a todos los grupos (4º de ESO y 1º de Bachillerato) unas escalas que recogen la información sobre los aspectos que se iban a abordar en cada una de las intervenciones (ver apartado de instrumentos de medida).
- **Tiempo 2 (Post-Test).**- Estos grupos han cumplimentado las mismas escalas señaladas, al finalizar las intervenciones (post-test).

Por tanto, se ha aplicado el siguiente *diseño cuasi-experimental pre-post sin grupo control* (ver tabla 3.3):

1. Administración del pre-test.

2. Aplicación de los programas.
3. Administración del post-test.

Tabla 3.3.- Diseño cuasi-experimental de grupos pre-post sin grupo control para evaluar el impacto de los Programas de Educación Sexual

Pre-test	Programa	Post-test
O ⁰	X	O ¹

O = Observación o tiempo de aplicación de los instrumentos de medida.
 0 = Pre-test y 1 = Post-test; X = Programa.

En este tipo de diseño se compara la media obtenida por el grupo en el pre-test con la media del post-test del mismo grupo. Por tanto, para comprobar la efectividad de los Programas aplicados, se han comparado los resultados obtenidos en las evaluaciones efectuadas a los alumnos de todos los grupos antes y después de las intervenciones. Es decir, se han comparado O⁰ con O¹.

El diseño cuasi-experimental de grupos pre-post sin grupo control, con medidas antes-después, es un diseño que nos garantiza una adecuada validez interna. A diferencia de un diseño experimental, los grupos no se crean aleatoriamente, se trata de grupos naturales y, por ende, no están controladas las posibles variables extrañas. Dado que hay un pre-test y un post-test, éste es uno de los diseños válidos.

3.2.2.- INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN

Entre las variables dependientes que evaluamos incluimos por un lado los aspectos correspondientes a la etapa del proceso psicosexual en la que se encuentran y por otro lado aquellas que han resultado más predictivas de las conductas de riesgo y de prevención según los modelos de actitudes y creencias más utilizados en el ámbito sanitario y que han sido abordadas durante la realización de los programas (ver capítulo 1). En cuanto a la operativización de estas variables, a continuación pasamos a describir detalladamente el instrumento de medida utilizado.

✚ *Estatus sociodemográfico.* En este apartado a través de preguntas cerradas y abiertas se han recogido datos como: sexo, edad, centro escolar, nivel y tipo de estudios.

✚ *Comportamiento sexual.* En este caso se ha evaluado el nivel de experiencia sexual de los jóvenes, así como su actividad sexual actual.

■ Nivel de experiencia sexual: Para obtener esta información se ha utilizado la Escala de Schofield (1965, 1973) que consta de 5 niveles:

- ✚ Nivel 1: Sin experiencia sexual.
- ✚ Nivel 2: Experiencia limitada de besos y caricias.
- ✚ Nivel 3: *Petting*. Experiencia sexual de todo tipo sin incluir el coito.
- ✚ Nivel 4: Coito con una pareja.
- ✚ Nivel 5: Coito con varias parejas.

■ Comportamiento sexual actual: Se ha valorado a través de tres niveles, que se han obtenido unificando los niveles 2 y 3 por un lado, y 4 y 5 por otro:

- ✚ Nivel 1: Sin relaciones sexuales.
- ✚ Nivel 2: *Petting*. Relaciones sexuales de todo tipo sin incluir el coito.
- ✚ Nivel 3: Relaciones sexuales coitales.

✚ *Comportamiento sexual preventivo.* Se han elaborado una serie de preguntas sobre la utilización de métodos de preventivos para estudiar la conducta de protección de los jóvenes con experiencia sexual coital (Ubillos, 1995, 2002):

■ Frecuencia de uso de métodos anticonceptivos. Este ítem tiene tres opciones de respuesta: siempre, a veces o nunca.

■ Tipo de métodos anticonceptivos utilizados. Esta pregunta consta de 4 alternativas de respuesta múltiple que corresponden a distintos métodos preventivos (coito interrumpido, píldora, preservativo y otros) y los jóvenes pueden señalar varias opciones.

✚ *Percepción de control y autoeficacia.* Esta escala es una versión del *Contraceptive Self-efficacy Instrument* de Levinson (1984, 1986) adaptada por Ubillos et al. (1995, 2002). Se han utilizado 3 ítems para evaluar la capacidad de control en situaciones de intimidad sexual, cuyas respuestas tiene tres opciones: siempre, a veces o nunca.

- ✚ *Percepción de susceptibilidad o riesgo percibido hacia el embarazo y el SIDA.* El estudio de Condelli del año 1986, también nos ha servido de referencia para diseñar esta escala. Se han utilizado 2 ítems (1 para el embarazo y 1 para el SIDA), cuyas respuestas se miden mediante una escala tipo Likert de 6 puntos (de 1=totalmente improbable a 6=totalmente probable).
 - Embarazo: Percepción de riesgo de embarazo.
 - SIDA: Percepción de riesgo de SIDA.
- ✚ *Costes y beneficios del preservativo.* Se ha elaborado una versión de las escalas utilizadas en las encuestas KABP (*Knowledge, Attitudes, Beliefs and Practices*) que se han diseñado para controlar la evolución de la percepción pública del SIDA así como los cambios en la conducta para examinar la percepción de costes y beneficios derivados del uso del preservativo. Esta escala, adaptada por Ubillos et al. (1995, 2022) está formada por 18 ítems, 10 ítems para los costes (p.e., interrumpe el acto sexual, disminuye el placer) y 8 para los beneficios (p.e., previenen el SIDA, son fáciles de usar). Tiene 3 opciones de respuestas: Verdadero, Falso o No Sé.
- ✚ *Conocimientos.* Se han diseñado 42 ítems sobre las normas de utilización del preservativo, el Embarazo No Deseado (END) y mitos de la transmisión sexual del VIH/SIDA. En este caso, las opciones de respuesta son verdadero, falso o no sé (Ubillos et al., 1995, 2002).

3.2.3.- ANÁLISIS ESTADÍSTICOS

Los datos obtenidos en el proceso de evaluación se han analizado con el Programa estadístico SPSS 11.5 versión windows.

Para evaluar el *efecto de los programas de educación sexual impartidos por las profesionales* se ha utilizado principalmente el Análisis T-Test y Chi cuadrado.

El *análisis T-Test* supone una comparación de las medias obtenidas por el grupo antes y después de la realización del programa. El *Chi cuadrado* implica una comparación de la distribución de los porcentajes en las distintas categorías de respuesta obtenidas por el grupo antes y después de la realización del programa. De esta forma, dichos análisis han permitido realizar una evaluación a corto plazo de los

programas de educación sexual. Es decir, se ha analizado si existían cambios significativos del pre-test al post-test en los jóvenes que han participado en la intervención.

A nivel estadístico mediante los análisis T-Test y Chi cuadrado se puede afirmar que los programas han sido efectivos cuando la diferencia de medias o de porcentajes es significativa. Esto significa que las medias del grupo o los porcentajes de personas que responden a las distintas categorías son mejores (por ejemplo, una actitud más positiva hacia el preservativo o un mayor porcentaje de personas que es siempre capaz de parar una posible relación sexual de riesgo) en el post-test comparadas con las del pre-test.

CAPÍTULO 4

RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DE PROCESO: ALUMNADO

En este apartado vamos a describir los resultados obtenidos de la evaluación aplicada al alumnado sobre distintos aspectos del proceso de los Programas de Educación Sexual.

En este capítulo, se describen los datos obtenidos en cada uno de los cursos en los que se han aplicado los Programas.

Los resultados que se muestran a continuación se han dividido en 4 aspectos:

1. En el primero de ellos que se ha denominado *aspectos generales de los programas* se han agrupado los datos obtenidos de la valoración global de las intervenciones y del tiempo destinado a ellas, así como el grado de satisfacción y la utilidad atribuida a las sesiones de educación sexual realizadas.
2. El segundo aspecto recoge información sobre la *actitud de los grupos* durante la realización de los programas, es decir el grado de interés y participación suscitados por dichas intervenciones
3. El tercer aspecto incluye los datos sobre los *aspectos estructurales de los programas*. En este caso se ha valorado el grado de comprensión de la información que se ha ido proporcionando a lo largo de las sesiones, la adecuación de la metodología utilizada para tratar los contenidos y la actuación de las profesionales.

4. El cuarto y último aspecto se refiere a la percepción que tienen los alumnos sobre las *aportaciones realizadas por los programas* en cuanto a la información, a las actitudes y a los recursos conductuales.

Antes de mostrar los datos, hay que tener en cuenta, que a la hora de interpretar los resultados las medias igual o por debajo de 0,50 se interpretan según la puntuación inmediatamente inferior, y las que se sitúan igual o por encima de 0,51 se describen en función de la puntuación inmediatamente superior. Así, una media de 5,48 en el grado de utilidad se interpretará como que el programa ha resultado “muy útil”, y con una media de 5,56 se considerará que éste es valorado como “totalmente útil”.

4.1.- EVALUACIÓN DE PROCESO: 1º BACHILLERATO

Esta evaluación ha sido realizada por **47 estudiantes**. El 61,7% son hombres (N=29) y el 38,3% mujeres (N=18).

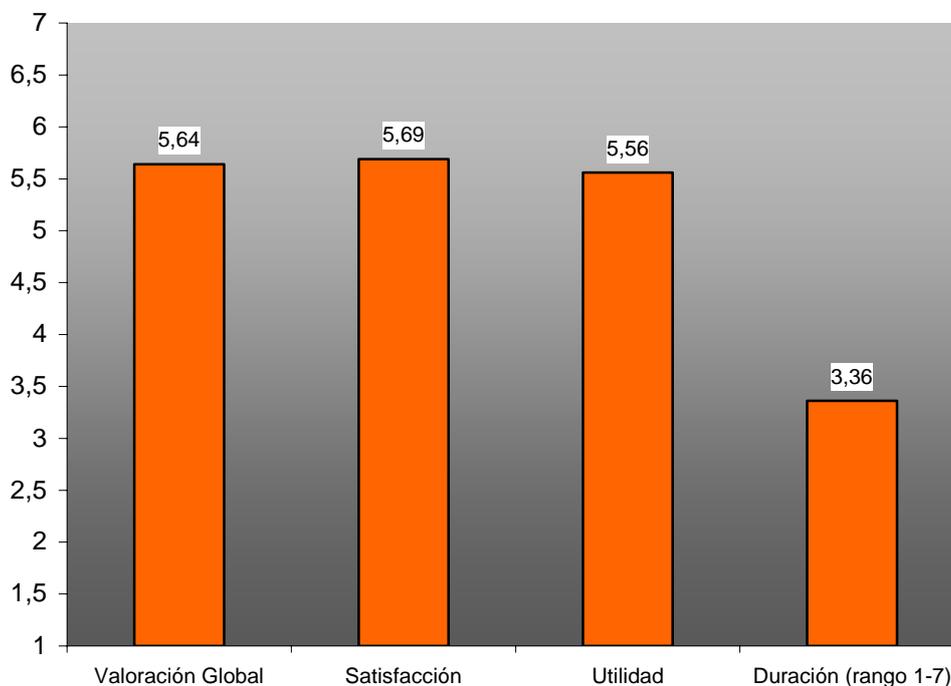
La edad media de estos estudiantes se sitúa en los 16,17 años (sd=0,76) y el rango de edad oscila entre los 16 y 21 años (ver tabla 4.1)

Tabla 4.1.- Distribución de la muestra en función de la edad: 1º Bachillerato

Edad	N	%
16	43	91,5
17	3	6,4
21	1	2,1
Total	47	100

Como se observa en el gráfico 4.1, en relación a los *aspectos generales*, los alumnos-as han valorado el programa de educación sexual que han realizado de forma “totalmente positiva” (media=5,64, sd=0,85). De hecho, la inmensa mayoría (93,6%) lo ha calificado entre “positivo” y “totalmente positivo”. Sólo un 2,1% lo evalúa de forma negativa. A esta cuestión y a las siguientes no han respondido un 4,3% de los jóvenes.

**Gráfico 4.1: Evaluación de Proceso I.
Programas de Educación Sexual.
Axular Lizeoa: 1º Bachillerato.**



Además, los-as alumnos-as manifiestan que se han sentido “totalmente satisfechos” con la realización del programa de educación sexual (media=5,69, sd=0,55). En este sentido, el 91,5% se ha mostrado “muy satisfecho” o “totalmente satisfecho”, y el resto, un 4,2% dice haberse sentido “satisfecho”.

También, a los jóvenes les ha resultado “totalmente útil” el haber realizado el programa de educación sexual (media=5,56, sd=0,58). De hecho, el 91,4% ha expresado que el programa le ha parecido “muy útil” o “totalmente útil”, y el 4,3% considera que su realización ha sido útil.

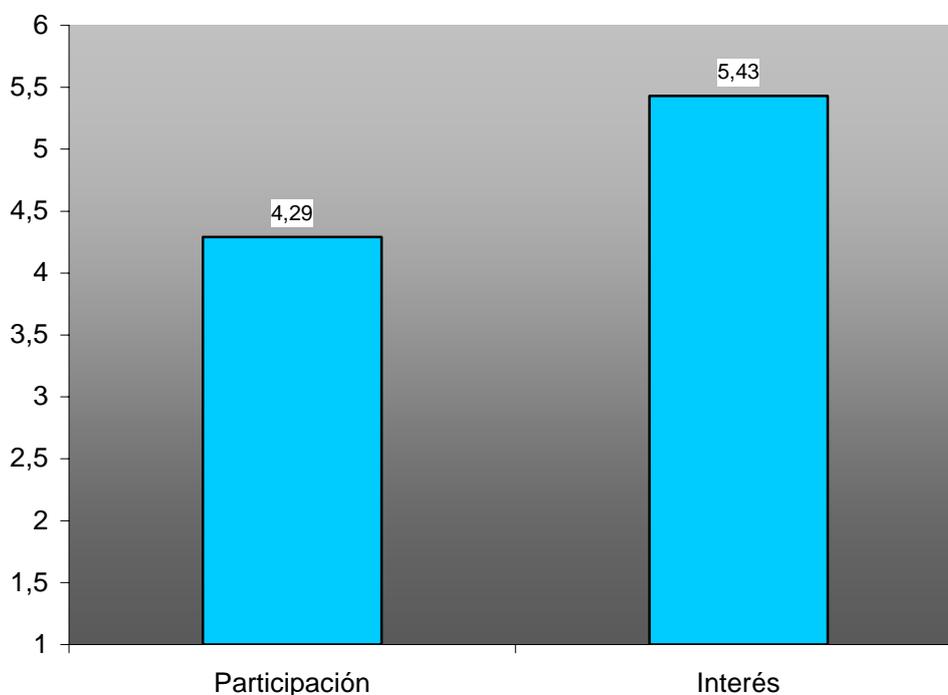
Por último, con respecto a la duración del programa, los jóvenes lo han valorado como “corto” (media=3,36, sd=1,56). De forma coherente con este dato, el 46,8% ha dicho que el programa le ha resultado “corto”, “muy corto” o “totalmente corto”, al 38,3% “suficiente”, y el 10,6% lo considera largo.

Otro de los aspectos que se ha evaluado es la *actitud de los grupos* durante la realización del programa (ver gráfico 4.2). Los participantes consideran que han sido “participativos” a lo largo de las sesiones (media=4,29, sd=1,32) y que se han mostrado “muy interesados” (media=5,43, sd=0,72).

De hecho, un 40,4% de los jóvenes considera que ha estado “muy o totalmente participativo” durante la realización del programa, mientras que un 29,8% dice haber sido “participativo”. Un 17,8% considera que ha sido “algo participativo” y un 8,5% opina que se ha mostrado “nada o poco participativo”. Nos encontramos con un 4,3% que no ha respondido a esta pregunta.

En cuanto al interés que han mostrado los alumnos, el 12,8% afirma que se han sentido “interesados”. Confirmando la valoración positiva que han hecho los jóvenes sobre su actitud, encontramos que más de las tres cuartas partes (80,9%) se ha mostrado “muy o totalmente interesado”. El 6,4% no responde a esta cuestión.

**Gráfico 4.2: Evaluación de Proceso II.
Programas de Educación Sexual.
Axular Lizeoa: 1º Bachillerato.**

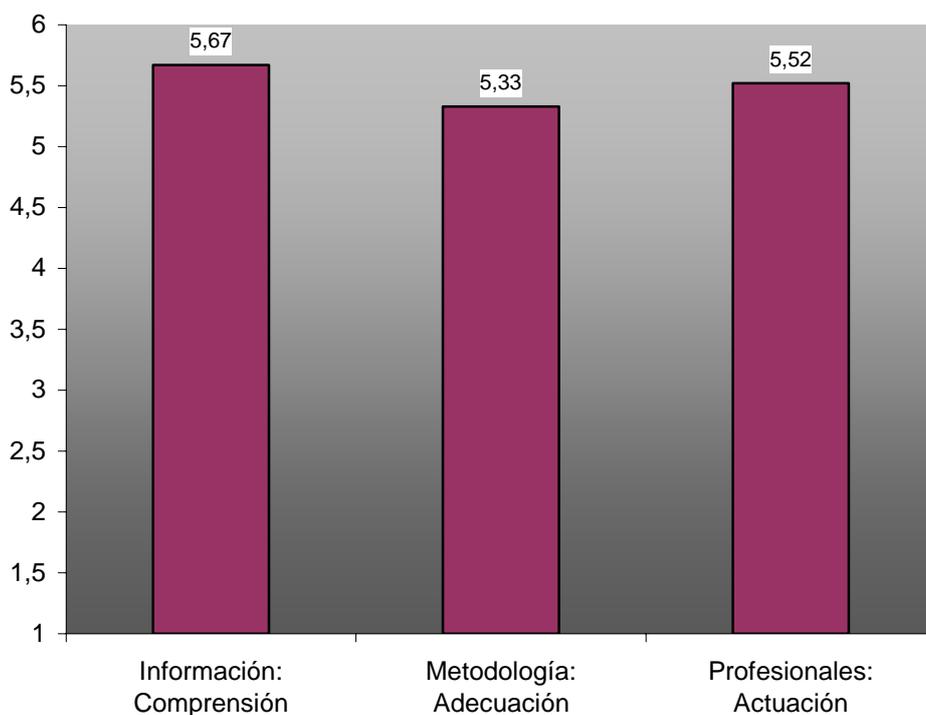


En tercer lugar se han evaluado los *aspectos estructurales* del programa que han sido la comprensión de la información, la adecuación de la metodología y la actuación

de las profesionales (ver gráfico 4.3). Los estudiantes consideran que la información proporcionada durante el programa ha sido “totalmente comprensible” (media=5,67, sd=0,52) y que la metodología utilizada ha sido “muy adecuada” (media=5,33, sd=0,76).

Con respecto a la información, el 95,7% la han evaluado entre “comprensible y totalmente comprensible”. El 4,3% de los jóvenes no responde ni a ésta ni a la siguiente cuestión. Al igual que la información, la metodología utilizada ha sido considerada por el 95,7% como “adecuada”, “muy adecuada” o “totalmente adecuada”.

**Gráfico 4.3: Evaluación de Proceso III.
Programas de Educación Sexual
Axular Lizeoa: 1º Bachillerato.**



Las profesionales responsables de impartir los programas han sido calificadas con un “sobresaliente” (media=5,52, sd=0,87). Los porcentajes se distribuyen de la siguiente manera: un 59,6% las ha valorado con un “sobresaliente”, un 29,8% con un “notable”, un 2,1% con un “bien”, y otro 2,1% de forma negativa. El 6,4% de los jóvenes no nos ofrece información sobre esta cuestión.

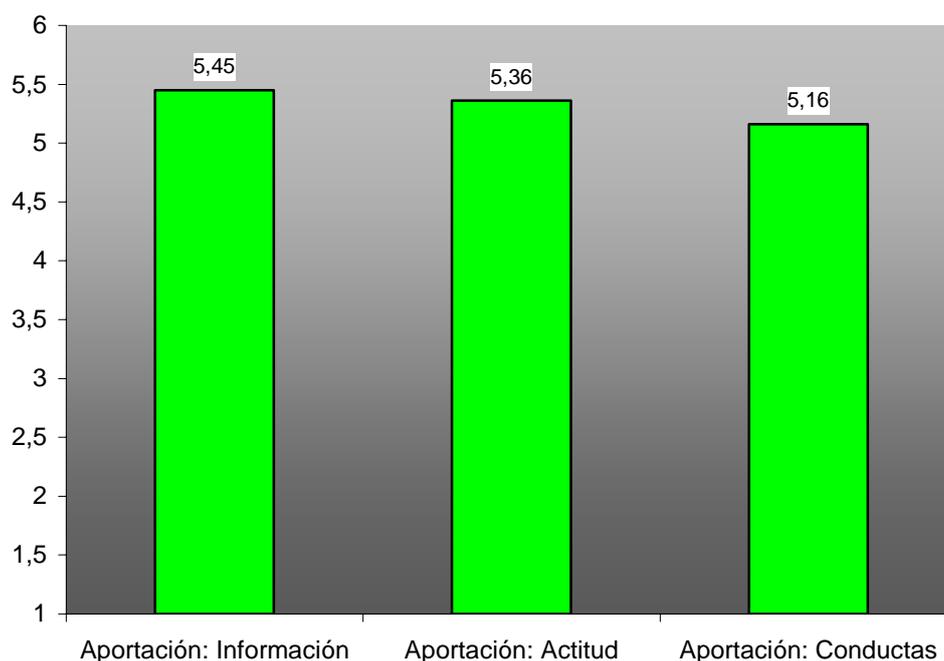
Por último, los estudiantes han evaluado las *aportaciones* del programa en cuanto a la información, y los cambios producidos en las actitudes y comportamientos.

Como se aprecia en el gráfico 4.4, los participantes puntuaban la información proporcionada por los programas, así como los cambios en las actitudes y comportamientos con un “notable” (media=5,45, sd=0,69; media=5,36, sd=0,65; media=5,16, sd=1,04).

De esta manera, el 53,2% ha valorado con un “sobresaliente” la información que le ha aportado el programa, el 29,8% con un “notable”, y el 10,6% con un “bien”. Un 6,4% no responde.

Con respecto a los cambios que el programa ha producido en las actitudes, el 42,6% de los jóvenes los puntúa con un “sobresaliente”, otro 42,6% con un “notable” y el 8,4% con un “bien”. Sigue sin responder el mismo número de alumnos-as.

**Gráfico 4.4: Evaluación de Proceso IV.
Programas de Educación Sexual.
Axular Lizeoa: 1º Bachillerato.**



La influencia del programa sobre los comportamientos ha sido evaluado por el 40,4% de los estudiantes con un “sobresaliente”, por otro 40,4% con un “notable” y por el 10,7% con un “bien”. Un 4,2% la ha puntuado negativamente y un 4,3% no nos da su opinión sobre este tema.

4.2.- EVALUACIÓN DE PROCESO: 4º de ESO

4.2.1.- ALUMNADO DE 4º DE ESO

Cincuenta y dos han sido los que han realizado esta evaluación. El 48,1% son hombres (N=25) y el 51,9% mujeres (N=27).

La edad media de estos estudiantes es de 15,19 años (sd=0,39) y el rango de edad oscila entre los 15 y 16 años (ver tabla 4.2).

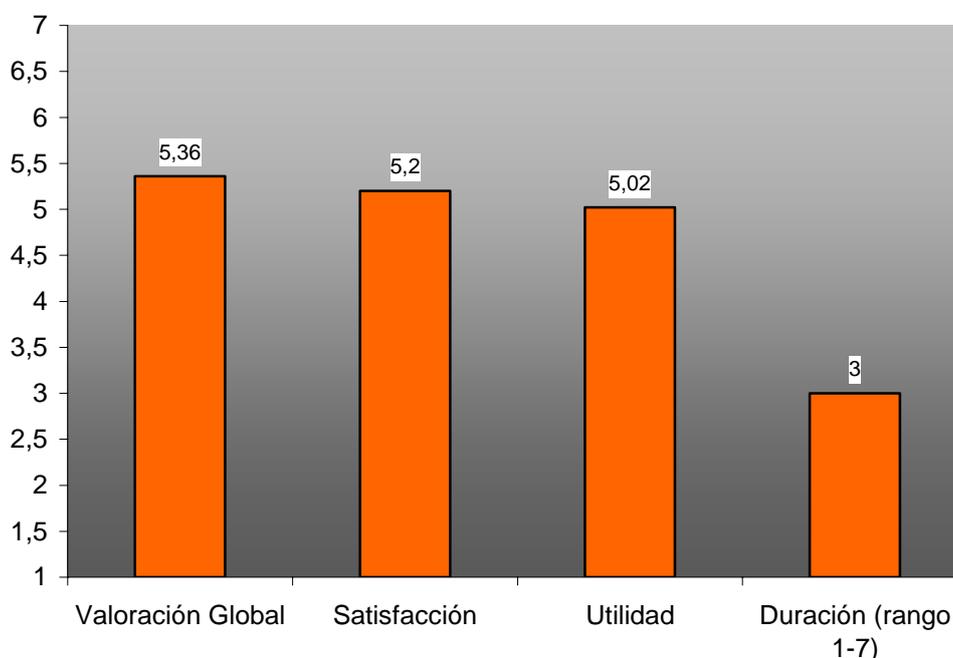
Tabla 4.2.- Distribución de la muestra en función de la edad: 4º de ESO

Edad	N	%
15	42	80,8
16	10	19,2
Total	52	100

En la siguiente gráfica podemos observar los resultados obtenidos respecto a los *aspectos generales* del Programa. Los-as alumnos-as han valorado de forma “muy positiva” las sesiones recibidas (media=5,36, sd=1,11). Más de la mitad del alumnado, (57,8%) ha manifestado que las formaciones han sido “totalmente positivas” y el 23% dice que han sido “positivas” o “muy positivas”. Por el contrario, el 5,7% lo ha valorado negativamente. El 13,5% no nos proporciona información sobre ninguna cuestión.

Además, estos estudiantes consideran que la realización del programa les ha resultado “muy satisfactoria” (media=5,20, sd=0,99). Así, el 80,8% ha manifestado sentirse entre “satisfecho” y “totalmente satisfecho”, mientras que el 5,7% dice estar insatisfecho.

**Gráfico 4.5: Evaluación de Proceso I.
Programas de Educación Sexual
Axular Lizeoa: 4º ESO.**



Respecto a la utilidad de los programas, a los estudiantes les ha resultado “muy útil” (media=5,02, sd=1,05). Más de las tres cuartas partes (78,9%) ha expresado que le ha parecido “útil”, “muy útil” o “totalmente útil”. El 7,6% de los jóvenes lo considera “inútil” o “muy inútil”.

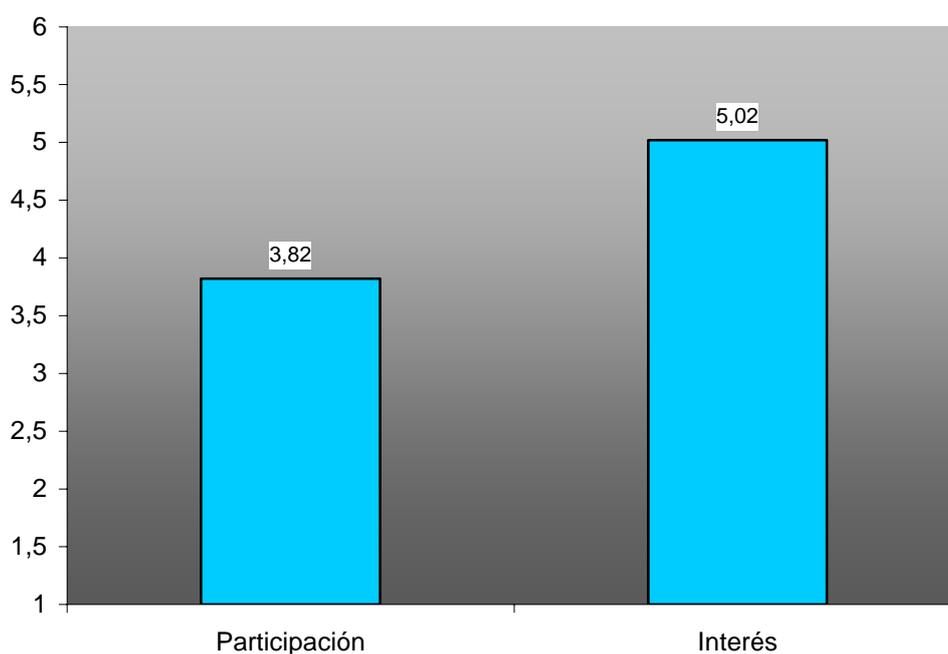
En cuanto a la duración, los jóvenes consideran que el programa les ha parecido “corto” (media=3, sd=1,31). En este caso, el 53,9% de los asistentes se sitúan entre “corto” y “totalmente corto”, el 26,9% dice que el programa ha tenido una duración “normal”. Un 5,7% de los jóvenes considera largo el programa.

En el gráfico 4.6 podemos ver los resultados obtenidos respecto a la *actitud de los grupos* durante la realización del programa. La puntuación media de los grupos se sitúa en que han sido “participativos” (media=3,82, sd=1,30). Así, el 57,7% de los-as estudiantes se sitúa entre “participativo” y “totalmente participativo”. Un 26,9% considera que ha sido “algo o poco participativo” y un 1,9% “nada participativo”.

En cuanto al interés, los participantes consideran que se han sentido “muy

interesados” (media=5,02, sd=1,09). En este caso, es importante señalar que más de las tres cuartas partes del alumnado (80,8%) se sitúa entre “interesado” y “totalmente interesado”, mientras que el 3,8% ha dicho haberse sentido “algo interesado”. Nuevamente, una persona (1,9%) considera no haber estado “nada interesado”.

**Gráfico 4.6: Evaluación de Proceso II.
Programas de Educación Sexual.
Axular Ikastola: 4º ESO.**

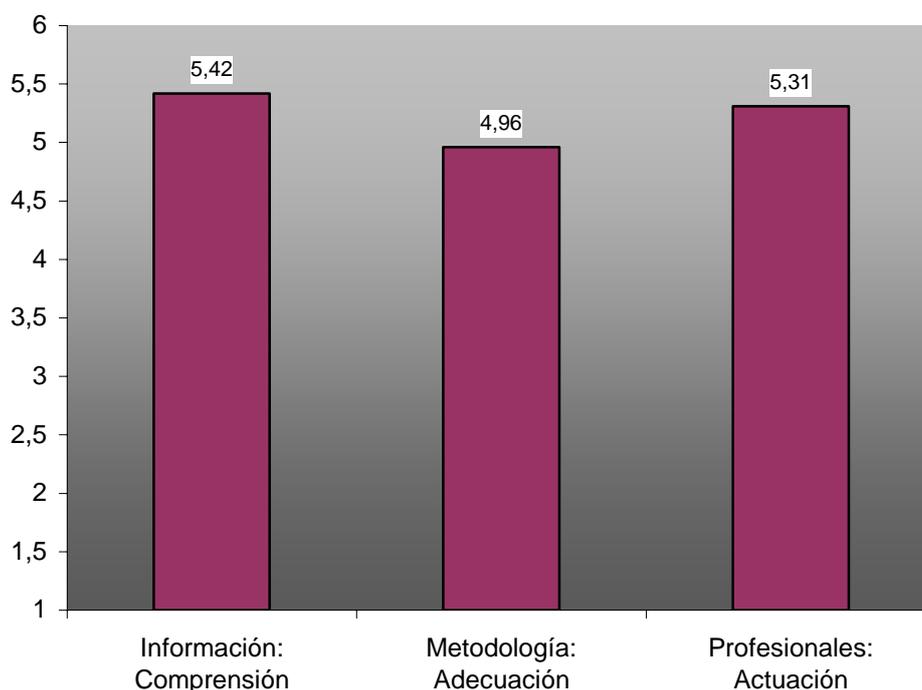


En el siguiente apartado se valoran los *aspectos estructurales* del programa (ver gráfico 4.7). De forma que los jóvenes consideran que la información proporcionada por éste ha sido “muy comprensible” (media=5,42, sd=0,83). El 84,6% de los participantes del grupo opina que la información que se le ha proporcionado durante el programa ha sido entre “comprensible” y “totalmente comprensible”, y a una persona (1,9%) le ha resultado incomprensible.

En cuanto a la metodología empleada, los alumnos la han calificado como “muy adecuada” (media=4,96, sd=0,82). La mayoría del grupo (84,6%) valora este aspecto entre “adecuada” y “totalmente adecuada”. De forma similar al caso anterior, una persona (1,9%) no le han resultado adecuadas las dinámicas que se han aplicado a lo largo de las sesiones.

Respecto a la calificación que han dado a las responsables de aplicar los programas, la puntuación media se sitúa en “notable” (media=5,31, sd=0,99). Un 71,2% de los alumnos/as las califican entre “notable y sobresaliente”, un 9,6% con un “bien”, un 3,8% con un “suficiente”, y un 1,9% con un “insuficiente”.

**Gráfico 4.7: Evaluación de Proceso III.
Programas de Educación Sexual
Axular Lizeoa: 4º ESO.**



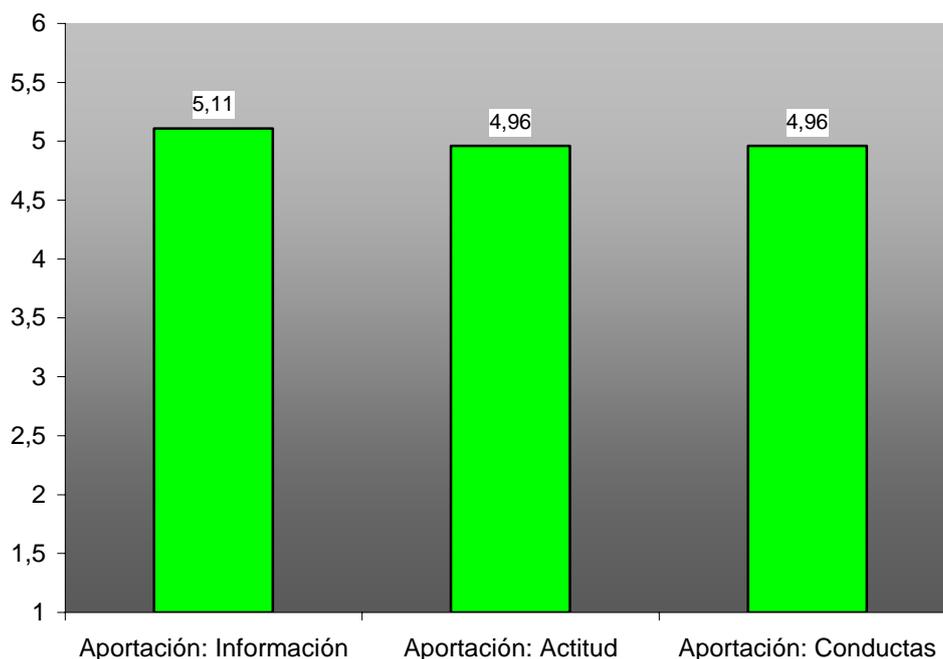
En el gráfico 4.8 se observan las valoraciones que han realizado los-as alumnos-as en cuanto a las *aportaciones* del programa en la información, las actitudes y los comportamientos. Estos jóvenes valoran con un “notable” los cambios habidos en la información (media=5,11, sd=1,04), en las conductas (media=4,96, sd=1,08), en las actitudes (media=4,96, sd=1,10).

Concretando los datos mencionados, más de las tres cuartas partes del alumnado (69,3%) valoran entre “notable” y “sobresaliente” los cambios informativos, el 11,5% los valoran con un “bien”, el 3,8% con un “suficiente” y el 1,9% de forma negativa.

Respecto a los cambios en las actitudes, el 65,4% los valora entre “notable” y “sobresaliente”, el 15,4% los califican con un “bien”, el 1,9% con un “suficiente”, y por último, solamente el 3,8% los valora de forma “insuficiente”.

En cuanto a los cambios en los comportamientos, el 77% los evalúa como “bien”, “notable” o “sobresaliente”, el 5,8% como “suficiente” y el 3,7% como “insuficiente”.

**Gráfico 4.8: Evaluación de Proceso IV.
Programas de Educación Sexual.
Axular Lizeoa: 4º ESO**

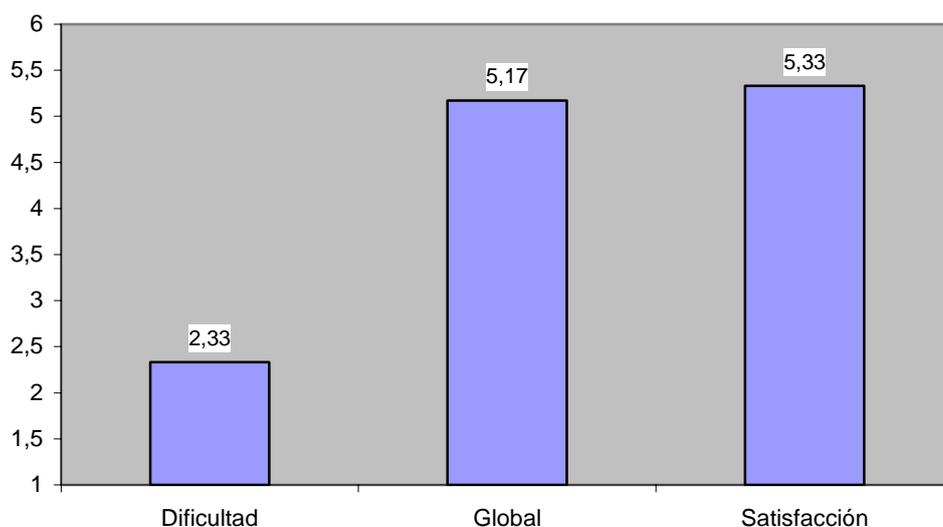


4.2.2.- JÓVENES “AGENTES DE SALUD”

En este apartado se hace referencia a las valoraciones realizadas por los-as “Agentes de Salud” sobre el Programa que ellos han aplicado en 4º de ESO. Estos/as **6 alumnos/as** de 1º de BACHILLER, tienen una 16 años. El 33,3% (N=2) de los participantes son hombres y el 66,7% (N=4) mujeres.

Como se refleja en el gráfico 4.13, la **valoración global** que han hecho los-as “Agentes de Salud” del programa realizado ha sido “totalmente positiva” (Media=5,17, sd=0,40), evaluándolo el 83,3% de los asistentes como “totalmente positivo”, y el resto (16,7%) como “muy positivo”.

**Gráfico 4.9. Evaluación de Proceso I
Programa de Educación Sexual "Por Pares"
Agentes de Salud**



En cuanto a la **satisfacción**, dicen haber sentido “muy satisfechos” (Media=5,33, sd=0,51) con las sesiones de educación sexual, así el 33,3% dice estar “totalmente satisfecho”, y el resto (66,7%) “muy satisfecho”. Han encontrado cierta **dificultad** al aplicar el Programa de Educación Sexual “Por Pares”, manifestando que su realización les ha resultado “muy difícil” (Media=2,33, sd=1,36). De hecho, al 66,7% de los-as “Agentes de Salud” les ha parecido “muy difícil”, a un 16,7% “totalmente difícil” y a otro 16,7% “muy fácil”.

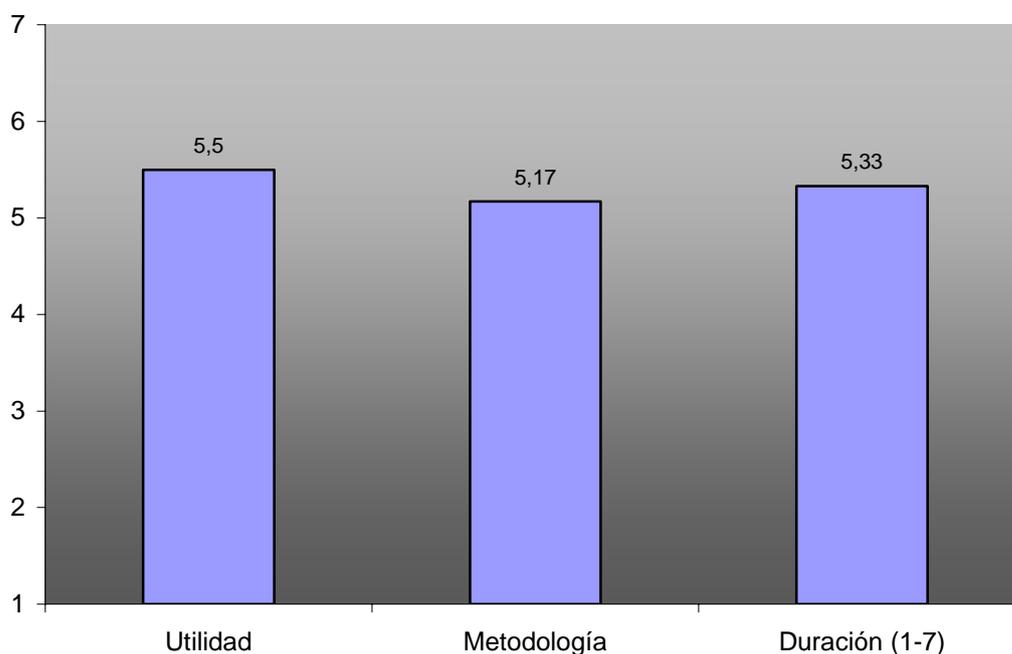
Como se observa en el gráfico 4.14, en relación a la **utilidad**, estos/as jóvenes creen el haber participado en el Programa de Educación Sexual “Por Pares” les será “totalmente útil” para sus vidas (Media=5,50, sd=0,54). Así encontramos que la mitad (50%) de los-as “Agentes de Salud” declara que ha sido “totalmente útil” y para la otra mitad “muy útil”.

Con respecto a su **duración**, dicen que les ha resultado “largo” (Media=5,33, sd=1,03). De forma que un 50% dice que les ha resultado “largo”, un 16,7% dice que les

parece “totalmente largo”, otro 16,7 “muy largo”, y a otro 16,7 “suficiente”.

Valoran la *metodología* empleada como “muy adecuada” (Media=5,17, sd=0,75). Atendiendo a la distribución de los porcentajes de respuesta, encontramos que para el 33,3% ha sido “totalmente adecuada”, para el 50% “muy adecuada” y para el 16,7% “adecuada”.

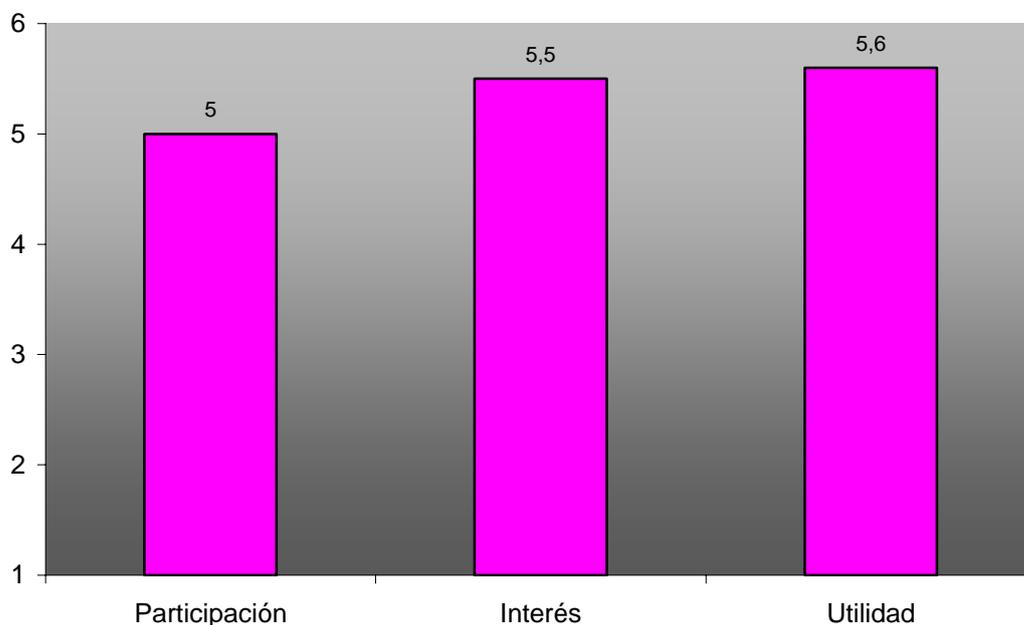
**Gráfico 4.10: Evaluación de Proceso II.
Programa de Educación Sexual "Por Pares".
Agentes de Salud.**



En cuanto a la *participación* de los-as alumnos-as de 4º de ESO, los-as “Agentes de Salud” consideran que han sido “muy participativos” (media=5, sd=0,89). Así encontramos que un 33,3% percibe que han sido “totalmente participativos”, otro 33,3% cree que han sido “muy participativos”, y otro 33,3% considera que ha sido “participativos”.

Los-as “Agentes de Salud” califican el *interés* que ha mostrado el alumnado de 4º como “totalmente interesados” (media=5,50, sd=0,54). El 50% manifiesta que los-as alumnos-as de 4º han estado “totalmente interesados” y el otro 50% “muy interesados”. Con respecto a la *utilidad* de la experiencia, consideran que les resultará “totalmente útil” (media=5,60, sd=0,54) para sus vidas. En este caso, un 50% manifiesta que les resultará “totalmente útil”, un 33,3% “muy útil”, y un 16,7% no han respondido a esta cuestión.

**Gráfico 4.11: Evaluación de Proceso III.
Programa de Educación Sexual "Por Pares".
Agentes de Salud**



RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DE IMPACTO: ALUMNADO

5.1.- RESULTADOS DEL PROGRAMA DE EDUCACIÓN SEXUAL:

1º DE BACHILLERATO

Antes de exponer los resultados obtenidos como consecuencia de la aplicación del Programa de Educación Sexual, se va a describir el *perfil psicosexual de los-as 47 jóvenes de 1º de bachillerato* que han participado en el programa. Siguiendo los niveles clásicos de Schofield (1965, 1973) (nivel 1=sin experiencia sexual; nivel 2=experiencia de besos y caricias; nivel 3=*petting*, experiencia sexual de todo tipo sin incluir el coito; nivel 4=coito con una pareja; nivel 5=coito con varias parejas), estos adolescentes, en cuanto al *nivel de experiencia sexual alcanzado a lo largo de la vida*, se distribuyen como se expone en el gráfico 5.1. Un (N=10) se sitúa en los niveles de experiencia coital (), y un () ha accedido al nivel de *petting* (nivel 3). Un () ha tenido sus primeros contactos sexuales (nivel 2). El (N=) no ha tenido experiencia sexual. Se desconocen los datos de 1 personas (%).

Como se muestra en el gráfico 5.2, analizando los datos del *comportamiento sexual en el momento actual*, se observa que el no mantiene ningún tipo de relación sexual, el () mantiene relaciones de *petting* y el () mantiene relaciones coitales. Se desconocen los datos de 2 personas (4,2%). Por tanto, aunque el de los jóvenes tiene experiencia de coito, el porcentaje que mantiene este tipo de relaciones en el momento actual se reduce.

De los que tienen experiencia coital, en el pre-test, el 80% manifiesta que siempre utiliza métodos preventivos, el 10% dice que a veces, y el resto (N=1) no responde. El 90% de ellos dicen utilizar el preservativo y el 10% manifiesta haber

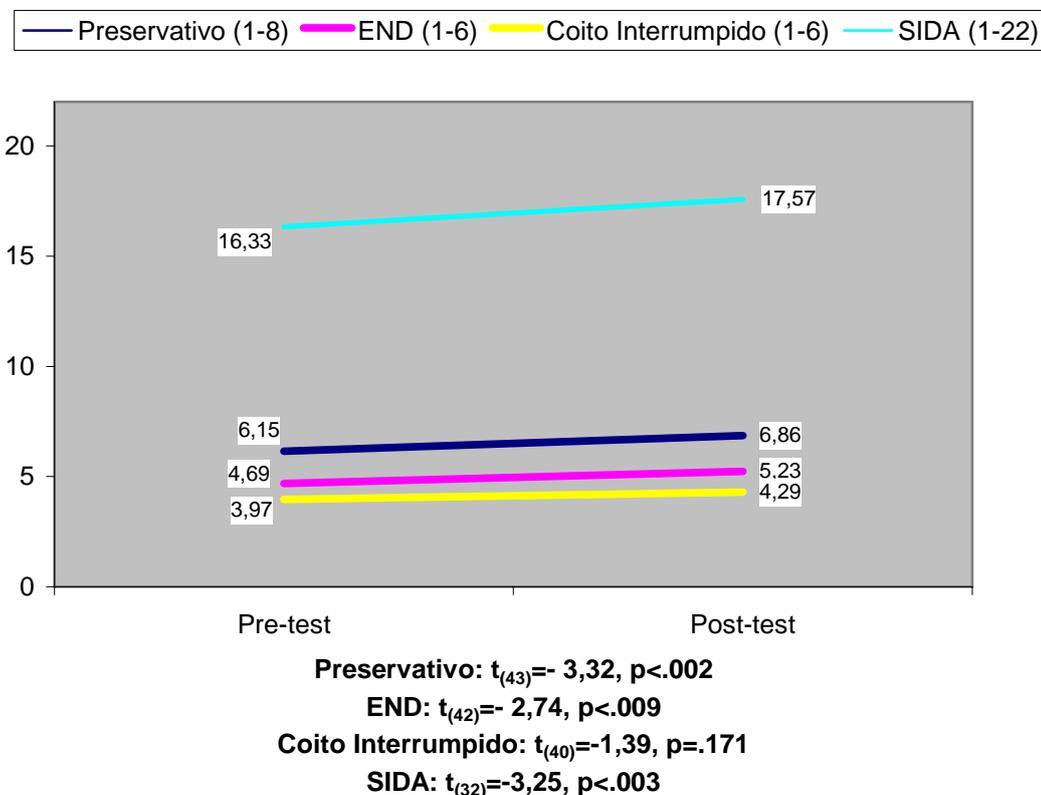
adoptado el coito interrumpido. La razón principal por la que utilizan métodos preventivos es la prevención del Embarazo No Deseado, excepto una persona que menciona la prevención del VIH. En el post-test, no hay ninguna persona que elija el coito interrumpido como método de prevención sexual.

Para evaluar el Programa de Educación Sexual aplicado al alumnado de 1º de Bachillerato, los grupos han cumplimentado un cuestionario tanto antes de la realización del programa (pre-test) como después (post-test). A continuación, se describen los aspectos sobre los que el programa ha influido de forma positiva.

En primer lugar, analizando los resultados del nivel informativo de los jóvenes, se encuentran efectos significativos, lo que indica que en los grupos que han recibido el programa, ha habido un incremento de sus *conocimientos sobre la prevención sexual*.

Por tanto, como consecuencia de la realización del Programa se han producido cambios muy significativos a corto plazo en los conocimientos de los-as alumnos-as sobre el uso del preservativo, el END, y la transmisión del VIH/SIDA. Sin embargo, no se observan incrementos en la información que tienen los jóvenes sobre el uso de un método ineficaz como es el coito interrumpido (ver gráfico 5.3).

Gráfico 5.3. Impacto del Programa de 1º de BACHILLER sobre los Conocimientos de la Prevención Sexual



En el caso del uso del preservativo los jóvenes pasan de una puntuación media en el pre-test de 6,15 (sd=1,71) a una puntuación de 6,86 (sd=1,21). Por lo que vemos que los conocimientos han mejorado notablemente.

Analizando los datos de las posibilidades de un END, se observa que los jóvenes pasan de una puntuación en el pre-test de 4,69 (sd=1,43) a 5,23 (sd=1,01). Es importante resaltar que el alumnado llega a obtener prácticamente la puntuación máxima de la escala, la cual es 6. Por lo que el programa ha producido un efecto techo en este aspecto.

Los datos sobre la transmisión sexual de VIH/SIDA reflejan que los jóvenes obtienen en el pre-test una puntuación media de 16,33 (sd=2,39), pasando a ser ésta en el post-test 17,57 (sd=2,07). El programa, aunque ha logrado mejorar los conocimientos en este aspecto, no ha logrado un efecto techo como en los casos anteriores.

Por el contrario, los conocimientos sobre el coito interrumpido no mejoran, ya

que a pesar de que pasan de tener una media de 3,97 (sd=1,45) a 4,29 (sd=1,16), este incremento no es estadísticamente significativo.

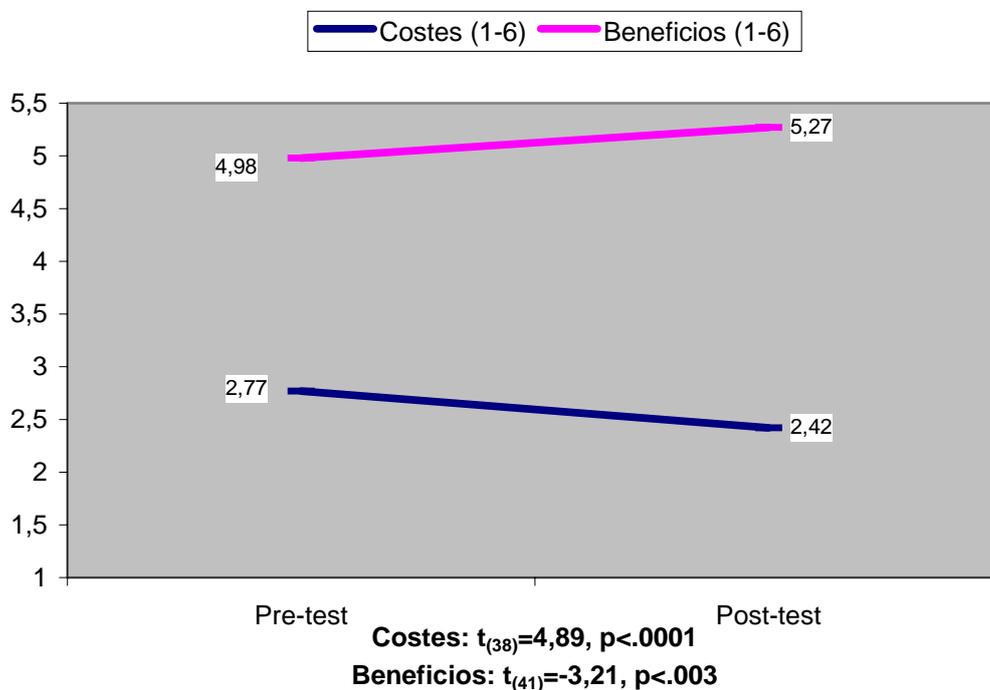
A continuación se analizan los cambios producidos en los adolescentes que han recibido el Programa de Educación Sexual impartido por profesionales en la *percepción de costes y beneficios derivados del uso del preservativo*.

Se ha considerado pertinente medir exclusivamente las creencias de los jóvenes hacia la utilización del preservativo por ser el método preventivo más elegido y adecuado para sus relaciones sexuales; y por ser la única medida preventiva tanto del END, como de las ETS y el SIDA. Las creencias hacia el uso del preservativo se han evaluado a través de las características negativas (costes: 10 ítems) y positivas (beneficios: 8 ítems) que los jóvenes atribuyen a su uso.

A pesar de que inicialmente las creencias de los jóvenes hacia el uso del preservativo son positivas, como se refleja en el gráfico 5.4, los análisis indican que, se produce tanto un incremento de las ventajas como una disminución de las desventajas atribuidas a la utilización de esta medida preventiva después de haber intervenido. Por tanto, los resultados a corto plazo revelan que en los jóvenes se ha producido un cambio significativo y positivo en cuanto a la valoración de las características negativas

(*costes*), reduciéndose su evaluación negativa, de una puntuación media de 2,77 (sd=0,59) se pasa a 2,42 (sd=0,64). Con respecto a la valoración de las características positivas (*beneficios*) se ha producido un cambio significativo, de una puntuación media inicial de 4,98 (sd=0,62) se pasa a 5,27 (sd=0,72). Por tanto, los jóvenes, perciben más beneficios y menos costes derivados del uso del preservativo, después de haber realizado el Programa de Educación Sexual.

Gráfico 5.4. Impacto del Programa de 1º Bachiller sobre las Creencias acerca del Uso del Preservativo



Otra de las variables que se ha evaluado ha sido la *percepción de riesgo* que hace referencia a la percepción que tiene una persona sobre su vulnerabilidad ante determinados riesgos o enfermedades. Cuanto más susceptible o vulnerable se sienta una persona hacia un determinado riesgo o enfermedad, mayor es la probabilidad de que tenga comportamientos preventivos.

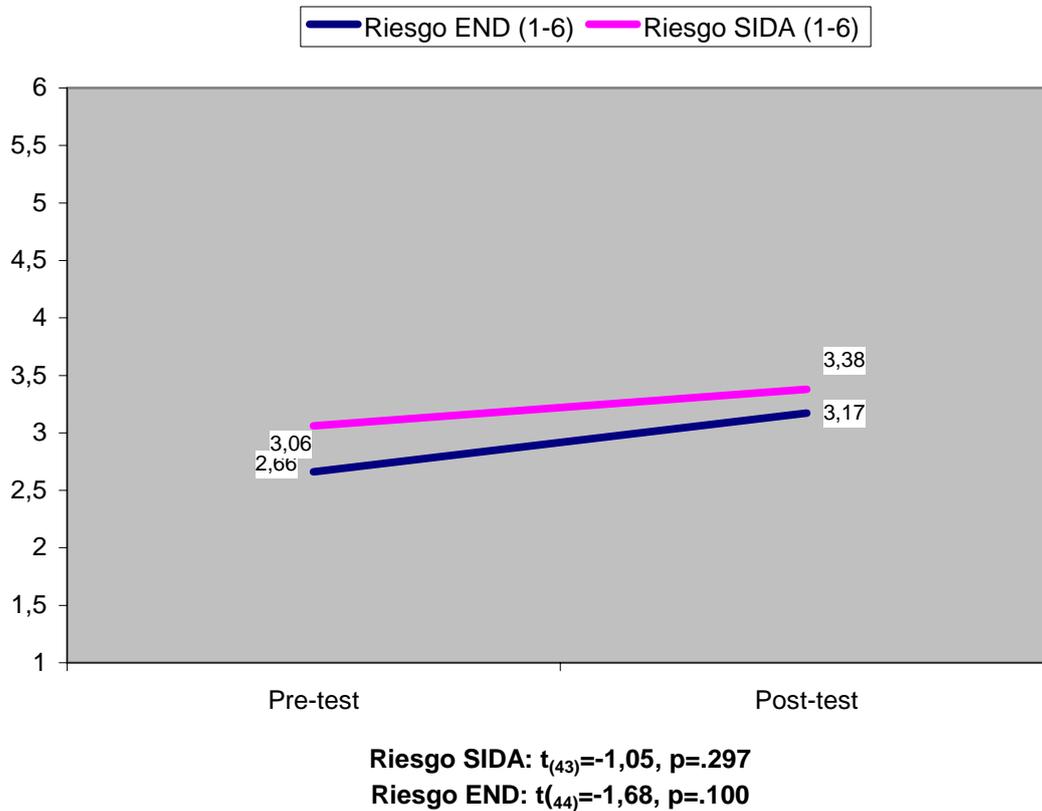
En este apartado se ha evaluado la percepción de susceptibilidad (PS) o riesgo personal de los jóvenes respecto al embarazo y al SIDA. Para interpretar los datos hay que tener en cuenta que a mayor puntuación obtenida el resultado es más favorable.

Los resultados muestran que en los grupos de adolescentes que han recibido el Programa no se han producido cambios significativos en la *percepción de riesgo de SIDA* ni en la *percepción de riesgo de END* después de la realización del programa.

A pesar de que se ha producido un aumento en la percepción de riesgo de SIDA, pasando de una puntuación en el pre-test de 3,06 (sd=1,28) a 3,38 (sd=2,04) en el post-test, y en la percepción de riesgo de un END, siendo la puntuación media en el pre-test de 2,66 (sd=1,59), y en el post-test de 3,17 (sd=1,58) (rango 1 al 6), estos incrementos

no son estadísticamente significativos (ver gráfico 5.5).

Gráfico 5.5. Impacto del Programa en 1º de Bachiller sobre la Percepción de Riesgo de END y SIDA



Por tanto, los-as jóvenes que han realizado el programa no se perciben en mayor riesgo de que le transmitan el VIH/SIDA o un END si no utilizan un método eficaz.

La **autoeficacia** se refiere a la disponibilidad de recursos conductuales, es decir de habilidades y competencias para comunicarse adecuadamente y negociar con las parejas sobre las relaciones sexuales y la necesidad de prevenir. Asimismo, la **percepción de control** consiste en la visión que tienen las personas sobre su capacidad de control en situaciones de riesgo. En el área de las relaciones sexuales, Levinson (1984, 1986) indicó que las personas que se perciben como incapaces de controlar situaciones de riesgo (en este caso una situación de intimidación sexual), tienen más dificultades para resolver eficazmente la situación, es decir ser capaz de negarse a realizar el coito o de plantear comportamientos preventivos (utilizar el preservativo, realizar comportamientos sexuales que no entrañen riesgo alguno o negarse a mantener

relaciones sexuales). Por otra parte, la experiencia con jóvenes revela que hay otro factor asociado a la adopción de conductas de riesgo en sus relaciones sexuales, como es el tener una *visión irrealista del control*, es decir la sobre valoración de la propia capacidad de control en situaciones de intimidad sexual.

Además de medir la percepción de control y autoeficacia general, se ha evaluado de forma independiente tres dimensiones de la misma, por un lado la percepción que tienen estos jóvenes sobre su capacidad (dimensión 1: seguridad) e incapacidad (dimensión 2: inseguridad) para controlar las potenciales situaciones sexuales de riesgo, y por otro lado, su capacidad para proponer conductas preventivas (*preservativo, relaciones sexuales de no riesgo, etc.*) (dimensión 3: autoeficacia).

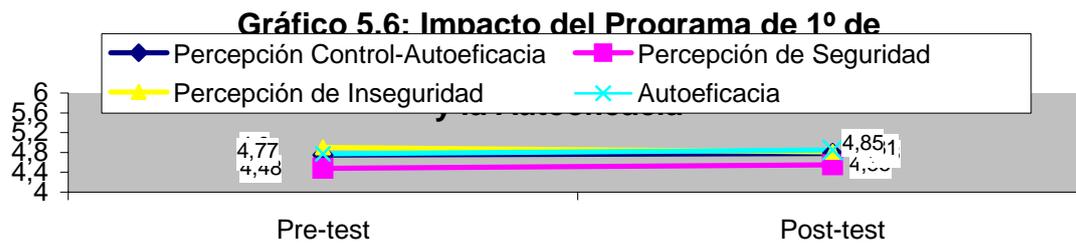
Para interpretar los resultados hay que tener presente que cuanto más alta sea la puntuación obtenida, mayor es la percepción de control y de recursos que tienen las personas, es decir, se sienten más capaces de controlar una potencial situación de riesgo.

Con respecto a la *percepción de control general*, los resultados de la evaluación a corto plazo indican que, el programa no ha conseguido disminuir la ilusión de control. Como se puede observar en el gráfico 5.6, la media en el pre-test se sitúa en 4,75 (sd=0,63) y en el post-test 4,78 (sd=0,80).

Analizando las tres dimensiones independientes, encontramos que el programa no ha tenido ningún efecto sobre la *percepción que tienen estos jóvenes sobre su capacidad e incapacidad para controlar potenciales situaciones sexuales de riesgo*. Como se puede observar en el gráfico 5.6., las puntuaciones medias del pre-test (seguridad: media=4,48; sd=0,74) (inseguridad: media=4,90; sd=0,89) y post-test (seguridad: media=4,55; sd=0,95) (inseguridad: media=4,81; sd=1,04) son similares.

Este mismo resultado se encuentra en la percepción que tienen los jóvenes sobre su *capacidad para proponer conductas preventivas*. La puntuación media del pre-test en autoeficacia es 4,77 (sd=0,88) y en el post-test de 4,85 (sd=0,93) (gráfico 5.6).

Por tanto, los jóvenes que han recibido el programa de educación sexual no se sienten con más recursos y con mayor capacidad para controlar dichas situaciones. La intervención, tampoco, ha logrado disminuir el sesgo denominado “ilusión de control”.



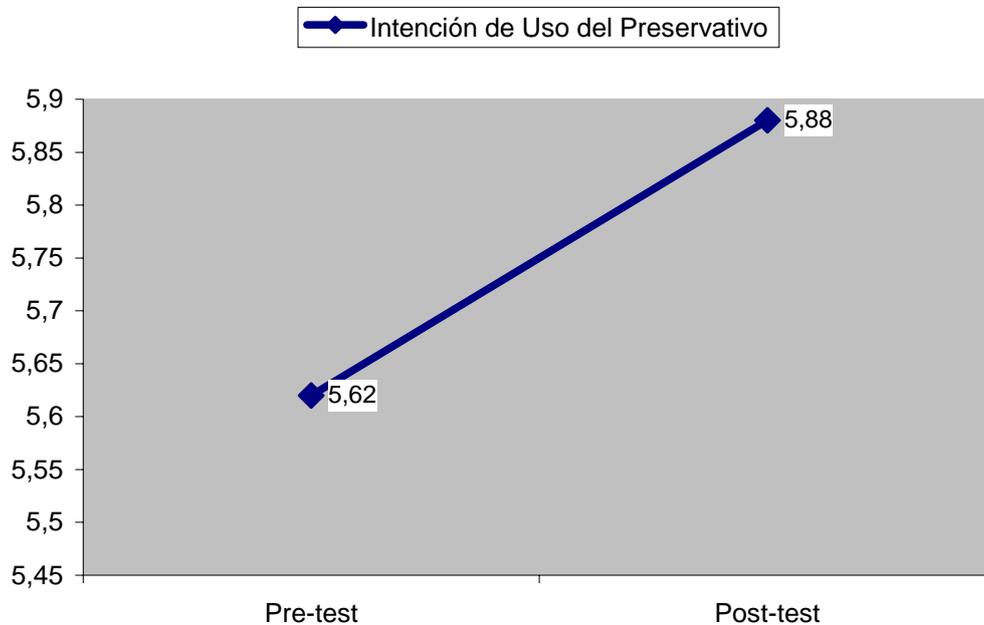
Percepción de Control: $t_{(36)}=-0,257$, $p=.799$
 Percepción de Seguridad: $t_{(43)}=-0,452$, $p=.653$
 Percepción de Inseguridad: $t_{(43)}=0,611$, $p=.544$
 Autoeficacia: $t_{(38)}=-0,635$, $p=.529$

Por último, hemos examinado la intención de uso del preservativo, ya que este aspecto tiene una relación media-alta con la conducta. Es decir, si logramos que el programa tenga algún efecto en la intención de usar el preservativo en las próximas o futuras relaciones sexuales, se incrementan las probabilidades de que los jóvenes adopten esta medida de prevención en sus relaciones sexuales.

En el gráfico 5.7. se observa que la intervención ha tenido un impacto tendencial en la intención de uso del preservativo. Aunque, inicialmente los jóvenes declaraban tener una intención alta de usar este método de protección, ésta aumenta después del programa. De hecho, la puntuación media en el pre-test es de 5,62 (sd=1,14) y la del post-test es 5,88 (sd=0,50). La puntuación obtenida después del programa nos indica que se ha producido un efecto techo, ya que la máxima puntuación de la escala es 6.

Por tanto, como consecuencia de la aplicación del programa hemos logrado que los jóvenes tengan una mayor intención de usar el preservativo.

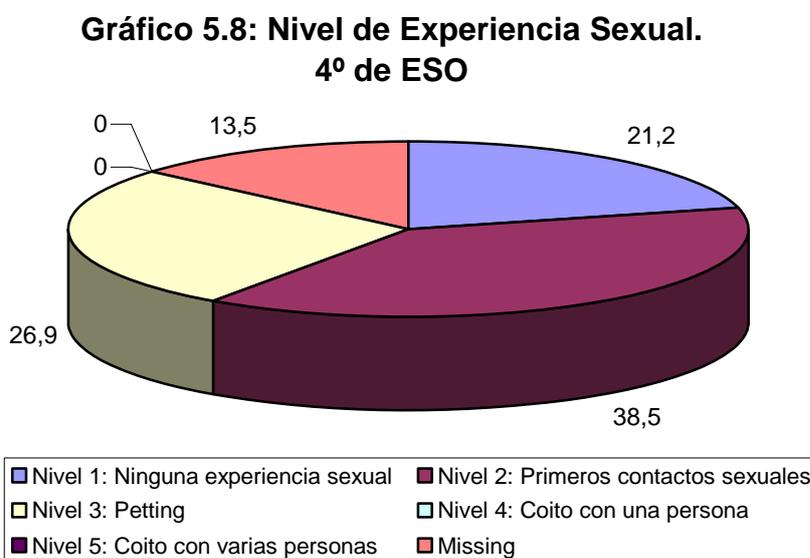
Gráfico 5.7.: Impacto del programa de 1º de BACHILLERATO sobre la Intención de Uso del Preservativo



Intención de Uso: $t_{(41)}=-1,91$; $p=.062$

5.2.- RESULTADOS DEL PROGRAMA DE EDUCACIÓN SEXUAL: 4º DE ESO

Siguiendo los niveles clásicos de Schofield (1965, 1973), los 52 adolescentes que cursan 4º de DBH, en cuanto al *nivel de experiencia sexual alcanzado a lo largo de la vida*, se distribuyen como se expone en el gráfico 5.8.

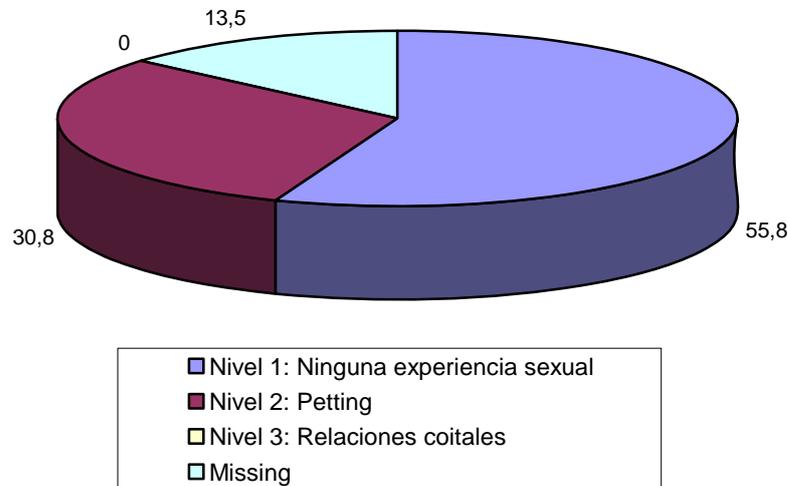


Nadie se sitúa en los niveles de experiencia sexual coital (niveles 4 y 5), un 26,9% (N=14) ha accedido al nivel de *petting* (nivel 3), y un 38,5% (N=20) ha tenido sus primeros contactos sexuales (nivel 2). Por último, un 21,2% (N=11) de estos jóvenes no ha tenido ninguna experiencia sexual. Se desconocen los datos de 7 personas.

Analizando los datos del *comportamiento sexual que tienen los jóvenes en el momento actual*, se observa que más de la mitad, el 55,88% (N=29) no mantiene ningún tipo de relación sexual y el 30,8% (N=16) mantiene relaciones sexuales de todo tipo sin incluir el coito. No se ha obtenido información sobre 7 personas (ver gráfico 5.9).

Debido a que nadie manifiesta haber tenido experiencia sexual coital, en este caso no se ha preguntado por la utilización de medidas preventivas.

**Gráfico 5.9: Comportamiento Sexual Actual.
4º de ESO.**



Como en el caso de los alumnos de 1º de Bachiller, con el fin de evaluar el Programa de Educación Sexual, los grupos han cumplimentado un cuestionario tanto antes de la realización del programa (pre-test) como después (post-test). A continuación, se describen los aspectos sobre los que el programa ha influido de forma positiva.

Examinando los resultados del nivel de conocimientos de los jóvenes, se observan efectos estadísticos significativos, lo que indica que en los grupos que han recibido el programa “por pares”, ha habido un aumento de su *información sobre la prevención sexual*, el uso del preservativo, los conocimientos sobre las posibilidades de un END, sobre el uso del coito interrumpido y la transmisión del VIH/SIDA (ver gráfico 5.10).

Respecto a las normas de utilización del preservativo, los jóvenes obtienen una puntuación en el pre-test de 5,69 (sd=2,56) que en el post-test asciende a 7 (sd=1,37). Este dato nos indica que se ha producido una mejoría y que se va acercando a la puntuación máxima (8).

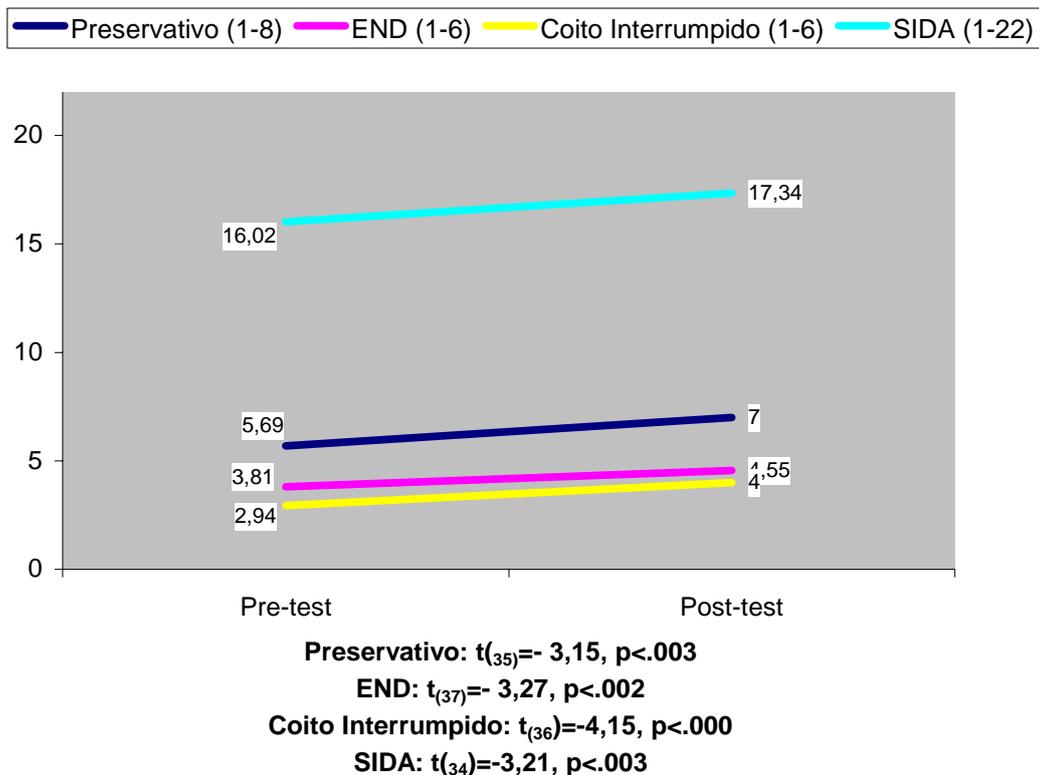
Analizando los datos de las posibilidades de un END se observa que los jóvenes pasan de una puntuación en el pre-test de 3,81 (sd=1,69) a 4,55 (sd=1,5), dándose un cambio significativo. Por lo que podemos concluir que los-as alumnos-as después de recibir el programa tienen más conocimientos sobre las distintas situaciones en las que

existen posibilidades de que se produzca un END.

Los conocimientos sobre el Coito Interrumpido también mejoran, ya que pasan de tener una media de 2,94 (sd=1,37) a 4 (sd=1,58). Es decir, después de la aplicación del programa los alumnos-as de 4º de DBH saben más sobre la ineficacia de este método.

Como se observa en el gráfico 5.10, con respecto a la transmisión sexual de VIH/SIDA, los jóvenes pasan de una puntuación media en el pre-test de 16,02 (sd=3,26) a 17,34 (sd=2,63) en el post-test. Aunque se ha producido un impacto significativo en el conocimientos de estos jóvenes sobre el VIH/SIDA, la puntuación media que han obtenido después del programa está lejos de acercarse a la puntuación máxima (22).

Gráfico 5.10. Impacto del Programa de 4º de ESO sobre los Conocimientos de la Prevención Sexual

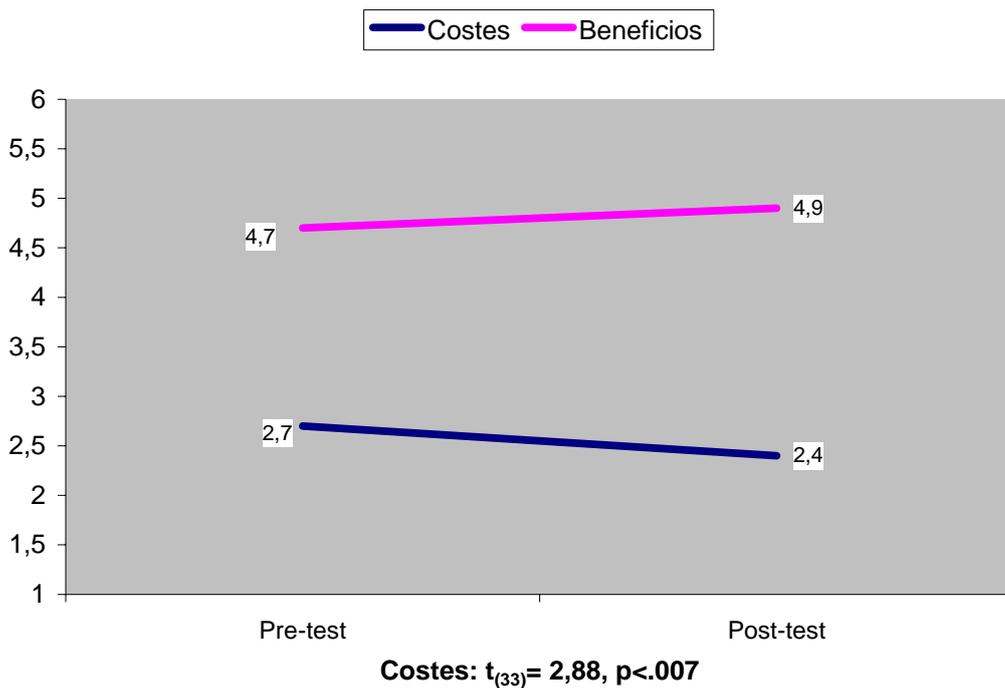


A continuación se describen los cambios producidos en los adolescentes que han recibido el Programa de Educación Sexual impartido por los Agentes de Salud en las *creencias sobre el uso del preservativo*. Las creencias hacia el uso del preservativo se

han evaluado a través de las características negativas (*costes: 10 ítems*) y positivas (*beneficios: 8 ítems*) que los jóvenes atribuyen a su uso.

En primer lugar, al igual que en el caso de los alumnos de 1º de Bachillerato, los jóvenes de 4º de DBH parten de unas creencias bastantes positivas sobre el uso del preservativo. A pesar de ello, se observa que después de realizar el programa se produce una disminución de las desventajas atribuidas a la utilización de esta medida preventiva (pre-test: media=2,77, sd=0,66) (post-test: media=2,42, sd=0,71), pero no un aumento significativo de sus beneficios. Por tanto, los resultados a corto plazo revelan que en los jóvenes se ha producido una visión más positiva de los costes. Por tanto, se puede afirmar que el Programa ha reducido su valoración negativa (ver gráfico 5.11).

Gráfico 5.11. Impacto del Programa de 4º DBH sobre las Creencias del Uso del Preservativo

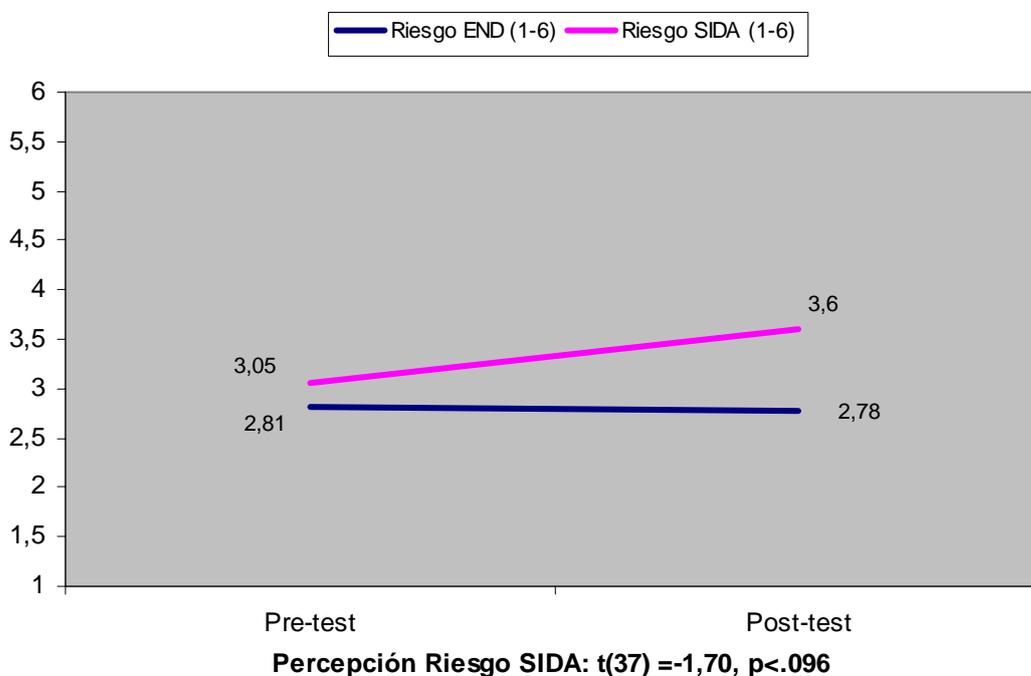


En resumen, los jóvenes, tras haber participado en el Programa de Educación Sexual realizado por los Agentes de Salud, perciben menos costes derivados del uso del preservativo.

Otra de las variables que se ha abordado en el Programa es la *percepción de riesgo*, es decir la creencia que tienen los jóvenes sobre su vulnerabilidad frente al riesgo de un END o de una ETS como el SIDA. Recordamos que cuanto más susceptible o vulnerable se sienta una persona hacia un determinado riesgo o enfermedad, mayor es la probabilidad de que tenga comportamientos preventivos. Es importante tener en cuenta que a la hora de interpretar los datos que a mayor puntuación obtenida el resultado es más favorable.

Los análisis realizados indican que a corto plazo en los grupos de adolescentes que han recibido el Programa de Educación Sexual se ha producido un incremento tendencial en la *percepción de riesgo y de SIDA*.

Gráfico 5.12. Impacto del Programa de 4º DBH sobre la Percepción de Riesgo de END y SIDA



Los jóvenes, después de haber realizado el programa, consideran más probable que le transmitan el VIH, de una puntuación en el pre-test de 3,05 (sd=1,88) se pasa a

3,6 (sd=1,6) en el post-test, rango 1 al 6 (ver gráfico 5.12). En conclusión, el alumnado que ha realizado el Programa se considera más vulnerable de que le transmitan el VIH si no usan un método eficaz.

Por último, se ha evaluado el impacto del programa sobre la *autoeficacia*, es decir las habilidades y competencias para comunicarse y negociar de una manera eficaz la necesidad de prevenir sexualmente, así como la *percepción de control* o la visión que tienen las personas sobre su capacidad de control en situaciones de riesgo (ver resultados Programa de Educación Sexual de 1º de Bachillerato). Recordemos que un sesgo cognitivo asociado a esta variable es la *ilusión de control* o la sobrestimación de las propias capacidades de control en escenarios de intimidad sexual.

Las tres dimensiones independientes que se han evaluado han sido la percepción que tienen los jóvenes sobre su capacidad e incapacidad para controlar potenciales situaciones sexuales de riesgo (dimensión 1: seguridad; dimensión 2: inseguridad), y su capacidad para negociar la adopción de conductas de prevención (*petting, preservativo, etc.*) (dimensión 3: autoeficacia). A la hora de interpretar los resultados hay que tener en cuenta que cuanto mayor sea la puntuación obtenida, mayor es la percepción de controlar las relaciones sexuales.

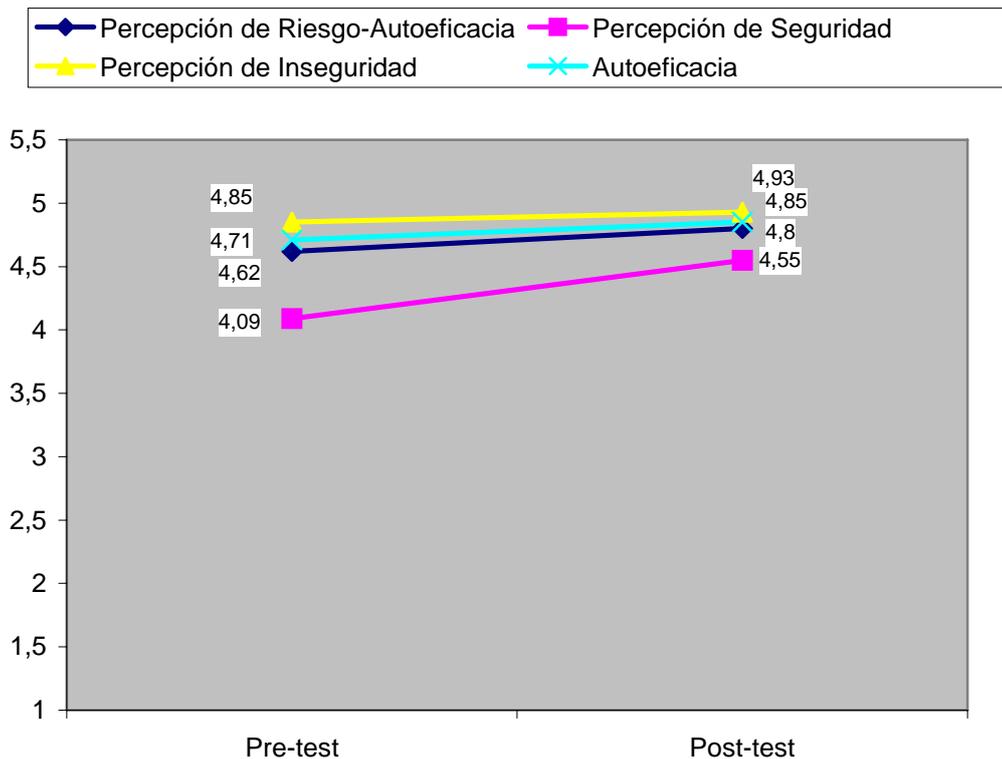
En primer lugar, los resultados de la evaluación a corto plazo de realizar el programa indican un incremento tendencial en la *percepción de control general de los jóvenes*. Como se puede observar en el gráfico 5.12, después del programa la media aumenta de un 4,62 (sd=0,75) a 4,8 (sd=0,81).

Asimismo, los datos indican que el programa ha conseguido incrementar la *percepción de los jóvenes sobre su capacidad para controlar posibles situaciones sexuales de riesgo* (gráfico 5.12). Tras el programa los-as jóvenes consideran que se sienten más seguros para controlar potenciales situaciones sexuales de riesgo, pasando de un 4,09 (sd=1,08) a 4,55 (sd=1,08).

Sin embargo, después de la realización del programa, los jóvenes no se perciben menos inseguros ante las situaciones de intimidad sexual, ni muestran más capacidades (autoeficacia) para afrontar una potencial situación de riesgo (ver gráfico 5.12).

Por tanto, aunque el programa ha conseguido que los jóvenes perciban que controlan más las relaciones sexuales y que se sientan más seguros ante este tipo de situaciones, no ha logrado al mismo tiempo disminuir su inseguridad, ni proporcionarles recursos para que sean capaces de negociar de forma eficaz la realización de un sexo más seguro en situaciones de alta excitación sexual o de fuerte implicación emocional.

Gráfico 5.13: Impacto del Programa de 4º DBH sobre la Percepción de Control y la Autoeficacia



Percepción de Control y Autoeficacia: $t_{(33)}=-1,94$, $p<.061$

Percepción de Seguridad: $t_{(36)}=-3,83$, $p<.0001$

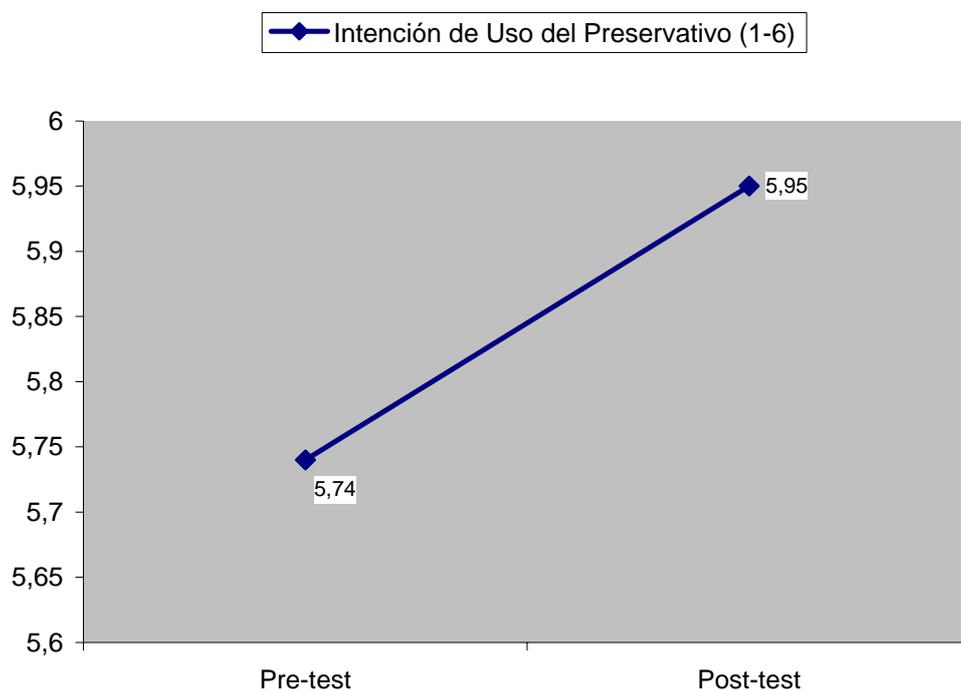
Percepción de Inseguridad: $t_{(36)}=-.59$, $p=.554$

Autoeficacia: $t_{(34)}=-.89$, $p=.375$

Con respecto a la intención de uso del preservativo, como en el caso de los-as alumnos-as de 1º de Bachillerato, también se ha logrado un incremento tendencial. A pesar de que los jóvenes, en un inicio, manifiestan tener una intención alta de usar el preservativo en futuras relaciones sexuales, ésta aumenta tras la realización del programa “por pares”. De esta forma, la puntuación media asciende de 5,74 (sd=0,95) en el pre-test a 5,95 (sd=0,32) en el post-test. Se observa que la media obtenida después de la aplicación del programa es la máxima de la escala (6) (ver gráfico 5.13).

Por tanto, como consecuencia de la aplicación del programa hemos logrado que los jóvenes tengan una mayor intención de usar el preservativo, lo que incrementa la probabilidad de que lo utilicen en sus futuras relaciones sexuales.

Gráfico 5.14.: Impacto del programa de 4º de DBH sobre la Intención de Uso del Preservativo



Intención de Uso: $t_{(41)}=-1,91$; $p=.062$

CAPÍTULO 6

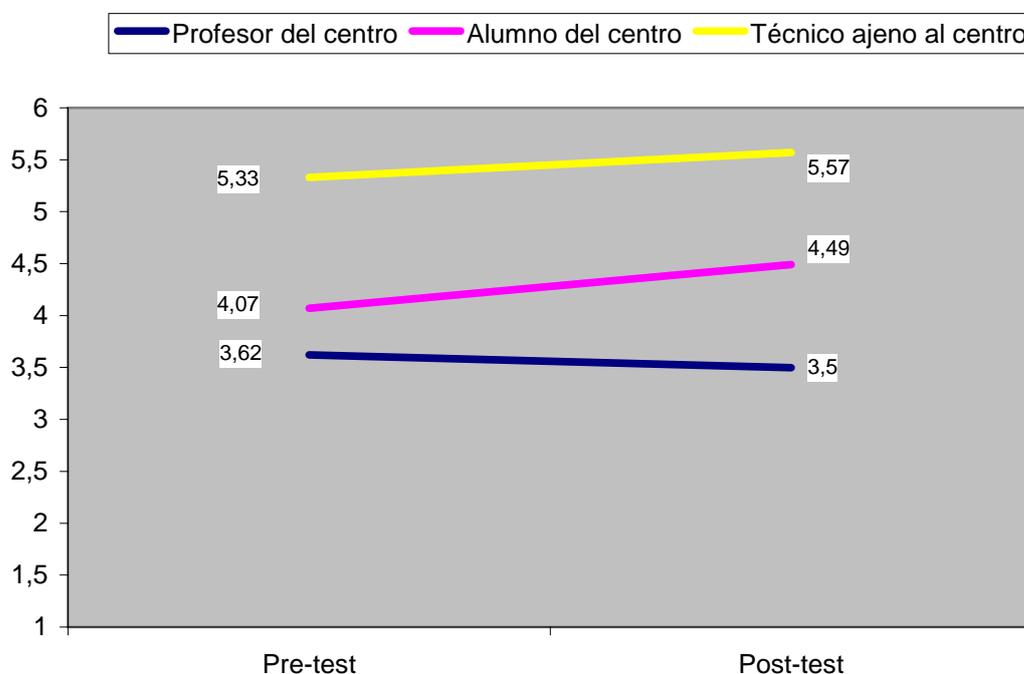
RESULTADOS DE LA VALORACIÓN DE LOS RESPONSABLES DE LA EDUCACIÓN SEXUAL

Como ya se ha mencionado con anterioridad en este mismo informe, todos los-as alumnos-as de Axular Ikastola que han participado en la Campaña de Educación Sexual debían evaluar tanto a los profesores del Centro, como a los alumnos entrenados y a los técnicos ajenos al Centro, como posibles responsables de aplicar los Programas de Educación Sexual. Recordemos que la escala utilizada para valorar a cada uno de estos responsables va de 1 a 6, siendo 1 la puntuación más negativa y 6 la más positiva. Además debían elegir entre uno de estos tres responsables para que impartan Programas de Educación Sexual.

6.1.- RESULTADOS DE 1º DE BACHILLERATO

En el gráfico 6.1 podemos ver que ha sido el técnico ajeno al Centro el que los-as alumnos-as han valorado más positivamente para que les imparta el Programa. De hecho, antes de recibir el programa, el alumnado de 1º de Bachiller evalúa como “muy positivo” el que sean los profesionales los responsables de aplicar la Educación Sexual, ($M=5,33$; $sd=1,02$), y como “totalmente positivo” después del programa ($M=5,57$; $sd=0,73$). También es importante señalar que todos ellos-as valoran con un “bien”, tanto antes ($M=4,07$; $sd=1,01$) como después del programa ($M=4,49$; $sd=1,30$), a los alumnos como responsables de la Educación Sexual. También puntúan de forma “positiva”, tanto antes ($M=3,62$; $sd=1,3$) como después ($M=3,50$; $sd=1,92$) de recibir el programa, el que sea un profesor del centro el que imparta la Educación Sexual.

**Gráfico 6.1: Evaluación de los Responsables de la Educación Sexual.
Axular Lizeoa: 1º de Bachiller**



Por último, antes de la realización del programa, el 6,5% escoge a los profesores del Centro y otro 28,3% a los “Agentes de Salud” como los encargados de impartir la Educación Sexual, mientras que el 84,8% dice preferir al técnico ajeno al centro como la persona responsable de impartir los Programas de Educación Sexual. Sin embargo, después de la intervención realizada, sólo un 2,9% elige a los profesores del Centro, un 25,7% a los “Agentes de Salud, y un 94,3% a los técnicos.

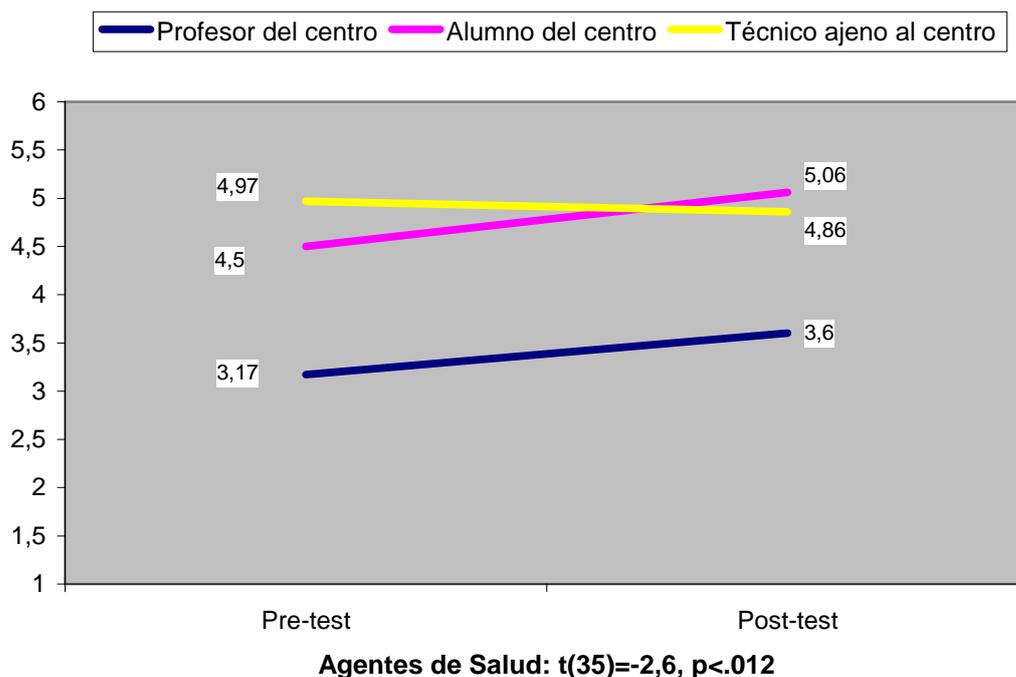
6.2.- RESULTADOS DE 4º DE ESO

En el siguiente gráfico, se puede apreciar que d el programa ha sido el técnico ajeno al Centro el mejor valorado para que les imparta la Educación Sexual ($M=4,97$; $sd=1,18$), mientras que después de recibir el programa “por pares” el alumno-a entrenado-a como “agente de salud” es el responsable que se evalúa de forma más positiva ($M=5,06$; $sd=1,04$), aunque sigan valorando de manera positiva al técnico ($M=4,86$; $sd=1,04$).

De forma coherente con estos datos, se ha producido un cambio significativo en la

valoración que hacen los jóvenes sobre los alumnos entrenados como “agentes de salud”, mejorándola después de recibir el programa.

**Gráfico 6.2: Evaluación de los Responsables de la Educación Sexual.
Axular Lizeoa: 4º de ESO**



En cuanto a que sean los profesores del Centro los que impartan el Programa, han sido valorados de forma “negativa” tanto antes de la aplicación ($M=3,17$; $sd=1,78$) como después de ésta ($M=3,03$; $sd=1,68$).

De forma coherente con estos datos, antes del programa, el 97,8% de los-as alumnos-as no han elegido a los profesores del Centro para que sean los que impartan el Programa de Educación Sexual, mientras que casi la mitad del alumnado (48,9%) ha escogido a los alumnos entrenados como “Agentes de Salud” y el 73,3% al técnico ajeno al centro. Después del programa, también un 97,7% de los jóvenes no elige a los profesores, sin embargo más de la mitad de ellos-as (60,5%) elige a los “agentes de salud” y otro 69,8% a los técnicos.

CAPÍTULO 7

VALORACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DIRIGIDAS A LOS-AS PADRES-MADRES

Como ya hemos señalado anteriormente, el *objetivo* fundamental de las conferencias dirigidas a los-as *padres-madres de los-as alumno-/as de 4º DBH y 1º BACHILLER* es informarles sobre los objetivos y aspectos abordados en los programas, la metodología empleada, los recursos y los resultados de la evaluación de la Campaña de Educación Sexual. Asimismo se les proporciona información sobre las reacciones y respuestas de sus hijos durante la realización de los programas. La conferencia que se ha impartido después de la aplicación de los diferentes programas dirigidos a los grupos de alumnos-as, ha tenido una duración de *dos horas*.

Esta *sesión de trabajo* dirigida a los-as *padres-madres* se ha realizado el *1 de Marzo de 18,00 a 20,00 horas*. La motivación, participación e interés mostrados por los-as *11 padres-madres* ha sido muy alto. Asimismo, manifestaron su satisfacción tanto por los contenidos proporcionados como por la metodología empleada.

Durante la sesión, estos-as padres-madres manifestaron asumir su responsabilidad como modelos de referencia, pero *creen necesario que un-a profesional les oriente y asesore* tanto a ellos como a sus hijos, ya que no se sienten suficientemente preparados, porque en la mayoría de los casos no han recibido ningún tipo de formación, salvo la de su experiencia directa. Además, una parte importante de los-as padres-madres se encuentran con serias *dificultades para establecer un diálogo con sus hijos adolescentes y desconocen la forma más apropiada de abordar este tema con ellos*.

A partir de lo expuesto, en primer lugar, es importante señalar que en próximos años sería importante motivar a los-as padres-madres que no asisten a este tipo de eventos. En segundo lugar, sería interesante continuar aplicando este tipo de sesiones dirigidas a la formación en educación sexual para dar respuesta a los-as padres-madres que están dispuestos a participar y que las valoran de forma positiva.

CAPÍTULO 8

CONCLUSIONES Y LÍNEAS DE ACTUACIÓN

Antes de pasar a exponer las conclusiones principales que se derivan de la evaluación de resultados y de proceso aplicada a los programas de educación sexual, se describen las características psicosexuales del alumnado de 4º de DBH y 1º de Bachiller.

En el caso de los alumnos de 1º de Bachiller y 4º de ESO los porcentajes son coherentes con los encontrados en otros estudios realizados en el País Vasco y en otras comunidades españolas. Así, en 1º de Bachiller con una edad media de 16,17 años, un 21,2% de ellos-as son los que manifiestan tener experiencia sexual coital, en la mayoría de los casos los jóvenes han tenido esta experiencia exclusivamente con una sola persona. Mientras que ningún alumno de 4º de ESO con una edad media de 15,19 años declara tener experiencia de coito.

Es importante resaltar que prácticamente todos los alumnos presentan conductas preventivas, es decir siempre utilizan un método preventivo, y en particular el preservativo. Además, después de la aplicación de los programas, disminuye el porcentaje de jóvenes que recurre al coito interrumpido para prevenirse de los diferentes riesgos sexuales. Sólo una persona que presentaba un perfil de riesgo antes del programa, declara haber abandonado la realización de sexuales prácticas de riesgo.

A continuación se van a exponer las conclusiones más importantes que se derivan tanto de la evaluación de impacto de los programas de educación sexual dirigidos al alumnado de 1º de bachillerato y 4º de ESO como de las evaluaciones de proceso que se han aplicado a los-as jóvenes de ESO y bachillerato que han participado en los distintos programas.

8.1.- CONCLUSIONES SOBRE LA EVALUACIÓN DE IMPACTO DE LOS PROGRAMAS DE EDUCACIÓN SEXUAL

A la luz de los resultados de la evaluación de impacto que se ha llevado a cabo con los programas de educación sexual que se han impartido al alumnado se extraen las siguientes conclusiones en función del curso en el que se ha intervenido.

El *programa de educación sexual aplicado a 1º de Bachiller* ha conseguido aumentar los conocimientos de estos jóvenes sobre las normas de uso del preservativo, las posibilidades de un END, y la transmisión sexual del VIH/SIDA. Sin embargo, a pesar del incremento en el nivel de información sobre el uso del coito interrumpido, la intervención no ha logrado eliminar de forma significativa algunos mitos sobre la utilización de este método ineficaz. Por tanto, los estudiantes a corto de plazo de haber finalizado el programa de educación sexual están más y mejor informados sobre aspectos fundamentales de la prevención. Ello confirma que el programa en 1º de Bachiller mejora el nivel de conocimientos.

Conforme con este resultado, la intervención ha minimizado la percepción de los costes derivados del uso del preservativo y aumentado los beneficios de éste. Por lo que los jóvenes que han recibido el programa de educación sexual tienen menos creencias negativas y más creencias positivas hacia el preservativo que al inicio del programa, lo cual incrementa la probabilidad de que lo utilicen en sus relaciones sexuales.

Sin embargo, después de la formación, los jóvenes no se perciben más vulnerables que antes hacia el END, ni hacia el VIH si no utilizan un método preventivo, aunque es importante resaltar que su nivel de vulnerabilidad es medio-alto.

Las dramatizaciones que se han realizado a lo largo de las sesiones tampoco han conseguido que los jóvenes perciban que tienen una mayor capacidad de control y de habilidades de comunicación y negociación en las situaciones de intimidad sexual, en particular en situaciones de gran vulnerabilidad, como son la de alta excitación sexual o cuando uno está muy implicado emocionalmente en la relación. Es decir, después del programa los estudiantes no perciben que disponen de más recursos para negociar la adopción de conductas preventivas. Tampoco el programa ha tenido ningún efecto sobre la posible “ilusión de control” de estos-as jóvenes.

Por último, es importante resaltar que el programa ha conseguido incrementar la intención de uso del preservativo. Este resultado es especialmente relevante porque la intención es una de las variables más relacionadas con la adopción de la conducta.

La *evaluación de impacto del programa de educación sexual aplicado a 4º de ESO* nos indica que al igual que los alumnos de 1º de Bachillerato, ha conseguido incrementar la información de estos jóvenes sobre las normas de uso del preservativo, los conocimientos sobre el END, el coito interrumpido y la transmisión sexual del VIH/SIDA. Por tanto, los estudiantes a corto de plazo de haber finalizado el programa de educación sexual tienen menos mitos o falsas creencias sobre estos aspectos de la sexualidad. Ello confirma que el programa en 4º de ESO mejora el nivel de conocimientos.

De forma coherente con este resultado, la formación ha mejorado la percepción de los costes derivados del uso del preservativo. Por lo que los jóvenes que han recibido el programa de educación sexual tienen creencias menos negativas hacia este método preventivo. Se observa un efecto de asimetría, ya que el programa “por pares” ha conseguido mejorar la percepción de costes, pero no la de los beneficios asociados al uso del preservativo.

Como en el caso anterior, el programa no ha conseguido que los jóvenes perciban un mayor riesgo de sufrir un embarazo, pero sí ha logrado incrementar de forma tendencial la percepción de riesgo de la transmisión sexual del VIH si no utilizan una medida preventiva eficaz. El nivel de vulnerabilidad del alumnado de 4º de ESO hacia este tipo de riesgos sexuales, a diferencia de los jóvenes de 1º de Bachillerato, es medio-bajo. Esto nos indica la necesidad de seguir incidiendo en este aspecto.

Tras la intervención, el alumnado de 4º de ESO percibe que tienen una mayor capacidad de control y se perciben más seguros para hacer frente a las posibles situaciones sexuales de riesgo. Sin embargo, el programa no ha tenido ningún efecto sobre la percepción de inseguridad y tampoco ha conseguido aumentar los recursos y habilidades para negociar la adopción de conductas de prevención. Al mismo tiempo, no se ha producido una disminución del sesgo de ilusión de control, por lo que la intervención no ha disminuido su visión irrealista sobre la capacidad de proponer el uso de medidas preventivas en una situación de alta excitación sexual.

A través de este tipo de evaluación se observa la evolución positiva que se produce en los jóvenes como consecuencia de su participación en el Programa de Educación Sexual “Por Pares” y en el Programa de Educación Sexual impartido por las técnicas. Después de la aplicación de las intervenciones, los resultados obtenidos por el alumnado de 1º de bachillerato son superiores a los de 4º de DBH.

En síntesis, los programas de educación sexual dirigidos al alumnado de 1º de Bachiller y 4º de ESO han mostrado su eficacia para aumentar la información de los jóvenes, modificar actitudes y dotarles de más recursos para manejar adecuadamente las potenciales situaciones sexuales de riesgo.

8.2.- CONCLUSIONES SOBRE LA EVALUACIÓN DE PROCESO DE LOS PROGRAMAS DE EDUCACIÓN SEXUAL

Por otro lado, como ya se ha comentado previamente la evaluación del proceso nos permite conocer hasta qué punto los programas se han llevado a cabo satisfactoriamente y cuáles son los aspectos que requieren mejora o se pueden mantener. En el caso del alumnado, debido a que los programas se imparten dentro del horario lectivo, su asistencia ha sido prácticamente total. Además que las intervenciones, como se concluye a continuación, les resultan muy interesantes y satisfactorias.

A nivel general, podemos afirmar que los-as alumnos-as de 1º de bachillerato que han recibido el programa de educación sexual impartido por las técnicas lo valoran de forma “totalmente positiva”, es decir se sienten “totalmente satisfechos”. Mientras

que a los alumnos-as de 4º que han recibido el programa “por pares” les ha parecido “muy positivo” y se sienten “muy satisfechos”. Asimismo, tanto el alumnado de 1º de bachillerato como de 4º de ESO consideran que haber recibido el programa “les sirve mucho para su vida”. Además la actitud mostrada ha sido receptiva y participativa, reflejo de su alto interés por los temas abordados.

Todos-as los-as alumnos-as han realizado una valoración muy favorable tanto de los contenidos proporcionados como de la metodología utilizada durante las sesiones de trabajo. En lo que respecta a la duración de los programas, la mayoría de los/as jóvenes opina que les han parecido “cortos”.

Asimismo, la valoración que los-as jóvenes han realizado sobre la actuación de las profesionales y de los-as “agentes de salud” ha sido muy positiva. De hecho, todos los-as alumnos-as los-as califican con un “sobresaliente”. Consideran que son personas preparadas, que saben manejar el grupo, que utilizan un lenguaje claro, sencillo, se muestran naturales en sus intervenciones y empatizan con los grupos.

Por último, los resultados de la evaluación de proceso muestran que, desde el punto de vista de los/as jóvenes, sí se han producido cambios en la información, en las actitudes y conductas. Confirmando esta percepción, recordemos que la evaluación de impacto indica que en los grupos de 1º de Bachillerato y 4º de ESO se han logrado aumentar los conocimientos y disminuir la información incorrecta, modificar ciertas actitudes, e incrementar su capacidad de controlar los escenarios de intimidad sexual.

Con respecto al Programa de Educación Sexual “Por Pares”, los-as “Agentes de Salud” han valorado de forma muy positiva la experiencia. De forma coherente con esta valoración, han manifestado que se han sentido muy satisfechos con su participación en este tipo de intervención, y que les ha resultado muy útil. No obstante, este año les ha parecido más difícil actuar como responsables de la aplicación del programa que en cursos anteriores. Quizás el mayor nivel de exigencia de los-as alumnos-as que han actuado como “agentes de salud” este año, ha impedido que se cumplieran todas sus expectativas, y en consecuencia que percibieran una mayor dificultad en la tarea que se les había asignado. Asimismo, este alto nivel de exigencia les ha llevado a estar preocupados por la pérdida de clases, y como consecuencia han percibido que el tiempo

empleado en la realización de esta actividad ha sido largo. A pesar de esto, la metodología que han aplicado a lo largo de la intervención la han valorado de forma muy adecuada. Asimismo, perciben que el alumnado de 4º de ESO ha mostrado mucho interés y que ha estado muy participativo a lo largo de las sesiones. Finalmente, consideran que esta experiencia es totalmente útil para los alumnos-as.

Por tanto, podemos concluir que *a nivel general todos los alumnos que han participado en los diferentes Programas de Educación Sexual aplicados en la Ikastola han realizado una valoración positiva de ellos.*

Por otro lado, la evaluación sobre *los responsables de aplicar la Educación Sexual*, evidencia que los-as alumnos-as, al igual que los colectivos de padres-madres y profesores-as, se decantan mayoritariamente por la figura del *técnico* como responsable de la aplicación de los diferentes programas, como ya indicamos en años anteriores. Las valoraciones que han hecho el alumnado indican que consideran muy positivo que sean los técnicos los que les impartan los programas, mientras que valoran como positivo el que sean los alumnos previamente entrenados y como negativo el que sean los profesores-as del centro los que se responsabilicen de la Educación Sexual.

8.3.- LÍNEAS DE ACTUACIÓN

Ante los buenos resultados obtenidos por la presente Campaña y el alto grado de satisfacción mostrado por el alumnado, los colectivos implicados manifiestan, coincidiendo con la política educativa del centro, la necesidad de asegurar la continuidad de la aplicación de este tipo de intervenciones.

En resumen, los resultados positivos obtenidos tanto a través de las diferentes evaluaciones del proceso y del impacto de los programas, realizadas en los últimos años, nos indican la importancia de continuar realizando este tipo de intervenciones dirigidas tanto a ampliar los conocimientos, como a modificar las actitudes y conductas, a través de una metodología que contempla la participación de todos los colectivos implicados en la educación (tutores, padres/madres y profesionales) con el fin de aumentar la probabilidad de adoptar conductas sexuales preventivas y una vivencia más satisfactoria de la sexualidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ADEMI (1977). *Teoría y prácticas de la formación de adultos*. Bilbao: Ediciones Deusto.
- Ajzen, I. (1985). From intentions to actions: a theory of planned behavior. En J. Kuhl y J. Beckmann (eds.), *Action control: from cognition to behavior* (pp. 11-39). Berlin: Springer-Verlag.
- Ajzen, I. y Fishbein, M. (1977). Attitude and Behavior relations: A theoretical analysis and review of empirical research. *Psychological Bulletin*, 84, 888-918.
- Ajzen, I. y Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Ajzen, I. y Madden, T.J. (1986). Prediction of goal-directed behavior: The role of intention, perceived control, and prior behavior. *Journal of Experimental Social Psychology*, 26, 305-328.
- Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, Inc. (Versión Castellana: Teoría del Aprendizaje Social, Madrid, Espasa-Calpe, 1982).
- Baron, R.A. y Byrne, D. (1997). *Social Psychology*. Eighth Ed. Boston: Allyn y Bacon.
- Bayés, R. (1992). La transmisión heterosexual del VIH: Aspectos psicológicos y conductuales. En R. Usieto, R de Andrés y F. Cuberta (Eds), *SIDA: Transmisión Heterosexual del VIH*, (pp. 115-123). Sevilla: Centro de Estudios Sociales y Aplicados.
- Becker, M.H. (1974). The health belief model and personal health behavior. *Health Education Monographs*, 2, 324-508. (Reprinted as Becker, M. (1974). *The health belief model and personal health behavior*. Thorofare, NJ: Charles B. Slack).
- Bentler, P.M. y Speckart, G. (1979). Models of attitude-behavior relations. *Psychological Review*, 86, 452-464.
- Bentler, P.M. y Speckart, G. (1981). Attitude "cause" behaviors: a structural equation analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 40, 226-238.
- Bimbela, J.L. y Gómez, C. (1994). Sida y Comportamientos Preventivos: El Modelo Precede. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 47 (2), 151-157.
- Boyd, B. y Wandersman, A. (1991). Predicting Undergraduate Condom Use with the Fishbein and Ajzen and the Triandis Attitude-Behavior Models: Implications for Public Health Interventions. *Journal of Applied Social Psychology*, 21, 22, 1810-1830.
- Brooks-Gunn, J., Boyer, C.B. y Hein, K. (1988). Preventing HIV infection and AIDS in children and adolescents: behavioral research and intervention strategies. *American Psychologist*, 43, 958-964.
- Brooks-Gunn, J. y Warren, M.P. (1987). *Biological contributions to affective expression in young adolescent girls*. Presented at Bien. Meeting Social Research Child Development: Baltimore.
- Brown, J. y Minichiello, V. (1994). The condom: why more people don't put it on?. *Sociology of Health and Illness*, 16, 229-251.

- Budd, R.J. y Spencer, C.P. (1985). Exploring the role of personal normative beliefs in the theory of reasoned action: The problem of discriminating between alternative path model. *European Journal of Social Psychology*, 15, 299-313.
- Buhrmester, D. y Furman, W. (1990). Perceptions of sibling relationships during middle childhood and adolescence. *Child Development*, 61, 138-139.
- Burger, J.M. y Burns, L. (1988). The Illusion of Unique Invulnerability and the Use of Effective Contraception. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 14, 2, 264-270
- Byrne, Donn. (1977). Social Psychology and the study of sexual behavior. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 3, 3-30.
- Byrne, Donn. (1983). Sex Without contraception. In D.Byrne y W. A. Fisher (Eds.), *Adolescents, sex, and contraception*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Caron, S.L. et al. (1998). Double Standard Scale. En C.M. Davis et al. (ed.s), *Handbook of Sexuality-related Measures*, 182-183. California.
- Chilman, C.W. (1980). *Adolescent sexuality in a changing American society: social and psychological perspectives* (NHI Publication No. 80-1426). Bethesda, MD: National Institutes of Health.
- Christopher, S. y Roosa, M. (1990). An evaluation of an adolescent pregnancy prevention program: Is "Just Say No" enough?. *Family Relations*, 39, 68-72.
- Colectivo Harimaguada (1988). *Educación Sexual en la Escuela*. Salamanca: ICE.
- Condelli, L. (1986). Social and attitudinal determinants of contraceptive choice: using the health belief model. *Journal of Sex Research*, 22, 4, 478-491.
- Davidson, A.R. et al. (1985). Amount of information about the attitude object and attitude Behavior consistency. *Journal of Personality and Social Psychology*, 49(5), 1184-1194.
- Dawson, D. (1986). The effects of sex education on adolescent behavior. *Family Planning Perspectives*, 18, 162-170.
- DiClemente, R. (1992). *Adolescents and Aids: a generation in jeopardy*. Newbury Park, Sage.
- DiClemente, R.J., Pies, C., Stoller, E., Straits, K., Oliva, G., Haskin, J. y Rutherford, G. (1989). Evaluation of school-based AIDS curricula in San Francisco. *Journal of Sex Research*, 26, 188-198.
- Dillard, J.P. (1991). The current status of research on sequential-request compliance technique. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 3, 283-288.
- Donahue, M. (1987). *Technical report of the national demonstration project field test of human sexuality: Values and choices*. Minneapolis: Search Institute.
- Dusek J.B. (1998). Acquisition of Sexual Information Test. En C.M. Davis et al. (eds), *Handbook of Sexuality-related Measures*, 434-438. California.
- El País (2000). El 39% de las jóvenes que quedan embarazadas entre los 15 y 49 años en España aborta. *El País*, Sábado, 5 de Agosto del 2000, p. 21.
- Erikson, E.H. (1968). *Identity: youth and crisis*. New York: Norton.
- Fisher, J. (1988). Possible effects of reference group-based social influence on AIDS-risk behavior and AIDS prevention. *American Psychologist*, 43, 914-920.
- Fisher, W. A., Byrne, D. y White, L.A. (1983). Emocional barriers to contraception. In D. Byrne and W.A. Fisher (Eds.), *Adolescents, sex, and contraception*. Hillsdale, NJ: Lawrence

Erlbaum.

- Fisher, W. A., Byrne, D., White, L.A., y Kelley, K (1988). Erotophobia-erotophilia as a dimension of personality. *Journal of Sex Research*, 25,123-151.
- Flora, J.A. y Thoresen, C.E. (1988). Reducing the risk of AIDS in adolescents. *American Psychologist*, 43, 965-970.
- Furstenberg, F., Moore, K. y Peterson, J. (1985). Sex education and sexual experience among adolescents. *American Journal of Public Health*, 75, 1331-1332.
- Gallup, A. (1987). *The 19th annual Gallup polls of the public's attitudes toward the public school*. Princeton, NJ: Author.
- Gerrard, M. (1982). Sex, Sex Guilt, and Contraceptive Use. *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 42, N° 1, 153-158.
- Goleman, D. (1990). Why girls are prone to depression. *The New York Times*, p. B15.
- Green, L.W. (1974). Toward cost-benefice evaluations of health education: Some concepts, methods, examples. *Health Education Monographs, suppl.2*, 34-64.
- Hall, J. (1989). *A local school district implemented state mandated instructional program on AID prevention*. Paper presented at the Annual Meeting of the American Educational research Association, San Francisco, CA.
- Hansen, W.B., Hahn, G.L. y Wolkenstein, B.H. (1990). Perceived Personal Immunity: Beliefs about Susceptibility to Aids. *The Journal of Sex Research*, 27, 4, 622-628.
- Harris, M.B. (1998). Knowledge About Homosexuality Questionnaire. En C.M. Davis et al. (ed.s), *Handbook of Sexuality-related Measures*, 383-384. California.
- Huszi, H.C., Clopton, J.R. y Mason, P.G. (1989). Effects of an AIDS educational program on adolescents' knowledge and attitudes. *Pediatrics*, 84, 986-991.
- Hyde, J.S. (1986). *Understanding human sexuality* (3d ed.). New York: McGrawHill.
- Kashima, Y., Gallois, C. y McCamish, M. (in press). The theory of reasoned action and cooperative behaviour: It takes two to use a condom. *British Journal of Social Psychology*.
- Kirby, D. (1984). *Sexuality education: An evaluation of programs and their effects*. Santa Cruz, CA: Network.
- Kirby, D. (1992). School-based prevention programs: design, evaluation and effectiveness. En R. DiClemente (ed.) *Adolescents and Aids: a generation in jeopardy* (pp. 159-180). Newbury Park, Sage.
- Kirby, D., Barth, R., Leland, N. y Fetro, V. (1992). Reducing the risk: Impact of a new curriculum on sexual risk-taking. *Family Planning Perspectives*, 23, 253.
- Kirby, D., Short, L., Collins, J., Rugg, D., Kolbe, L., Howard, M., et al. (1994). School-based Programs to Reduce Sexual Risk Behaviors: A Review of Effectiveness. *Public Health Reports*, 109(3), 339-360.
- Ku, L.C., Sonenstein, F.L. y Pleck, J.H. (1992a). Patterns of HIV risk and preventive behaviors among teenage men. *Public Health Reports*, 107, 131-138.
- Ku, L.C., Sonenstein, F.L. y Pleck, J.H. (1992b). The association of AIDS education and sex education with sexual behavior and condom use among teenage men. *Family Planning Perspectives*, 24, 100-106.

- Lagrange, H. y Lhomond, B. (1997). *L'entrée dans la sexualité. Le comportement des jeunes dans le contexte du sida*. Paris: La Découverte.
- Larsen, K.S. (1998). Heterosexual Attitudes Toward Homosexuality Scale. En C.M. Davis et al. (ed.s), *Handbook of Sexuality-related Measures*, 394-395. California.
- Leo, J., Delaney, P. y Whitaker, L. (1986, November, 24). Sex and schools. *Time*.
- Levinson, R.A. (1984). Contraceptive self-efficacy: a primary prevention strategy. *Journal of Social Work and Human Sexuality*, 3, 1-15.
- Levinson, R.A. (1986). Contraceptive self-efficacy: a perspective on teenage girl's contraceptive behavior. *The Journal of Sex Research*, 22, 3, 347-369.
- López, F. (1995). *Educación sexual de adolescentes y jóvenes*. Madrid: Siglo XXI.
- López, F. (1994). *Abusos sexuales a menores. Lo que recuerdan de mayores*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.
- Louis Harris and Associates (1988). *Public attitudes toward teenage pregnancy, sex education and birth control*. Poll conducted for the Planned Parenthood Federation of America. New York: Planned Parenthood.
- Lucas, M. (1994). Trabajar con Grupos. *Revista de sexología*, 65-66. Publicaciones del Instituto de Sexología.
- Marsiglio, W. y Mott, F. (1986). The impact of sex education on sexual activity, contraceptive use and premarital pregnancy among american teenagers. *Family Planning Perspectives*, 18, 151-162.
- Mason, P. et al. (1988). AIDS, hemophilia and prevention efforts within a comprehensive care program. *American Psychologist*, 43, 971-976.
- Master, W.H. y Johnson, V. (1966). *Human sexual response*. Boston: Little, Brown.
- Maticka-Tyndale, E. (1991). Sexual scripts and AIDS prevention: variations in adherence to safer-sex guidelines by heterosexual adolescents. *The Journal of Sex Research*, 28, 1, 45-66.
- Mayordomo, S., Ubillos, S. y Páez, D. (2003). Fuentes de información y prevención del VIH/SIDA en la población adulta española. *Publicación Oficial de la Sociedad Española Interdisciplinaria del SIDA, SEISIDA*, 14, 5, 76-77.
- Mayordomo, S., Ubillos, S., Páez, D. y Sánchez, F. (2002). Sesgos cognitivos y explicaciones asociadas como factores determinantes de las conductas sexuales de riesgo: apuntes en el diseño de programas de educación sexual. *Publicación Oficial de la Sociedad Española Interdisciplinaria del SIDA, SEISIDA*, 13, 3, 254-254.

-
- Miller, L. y Downer, A. (1988). AIDS: What you and your friends need to know. A lesson plan for adolescents. *Journal of School Health*, 58, 137-141.
- Mosher, D.L. (1998). Negative Attitudes Toward Masturbation. En C.M. Davis et al. (ed.s), *Handbook of sexuality-related measures*, 475-476. California.
- Navarro, E. y Ubillos, S. (2003). Diferencias de género en motivación sexual: implicaciones para la prevención del VIH/SIDA en adolescentes heterosexuales. *Publicación Oficial de la Sociedad Española Interdisciplinaria del SIDA, SEISIDA*, 14, 5, 121-125.
- Norman, J. y Harris, M. (1981). *The private life of the American Teenager*. New York: Rawson Wade.
- Oliver, M.J. y Hyde, J.S. (1993). Gender differences in sexuality: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 114, 29-51.
- Organización Mundial de la Salud (1975). *Instrucciones y Asistencia en cuestiones de Sexualidad Humana*. Serie I, 572. Ginebra: OMS
- Páez, D., Mayordomo, S., Igartúa, J.J., Ubillos, S., Alonso, M. y Arrate, M. (2001). Afectividad, cognición y persuasión: un contraste experimental de las variables mediadoras en la prevención ante el VIH/SIDA. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, 2, 137-154.
- Páez, D., Sánchez, F., Usieto, R., Ubillos, S., Mayordomo, S., Caballero, A., Navarro, E., Sastre, J. y Barrientos, J. (2003). Características asociadas a la conducta sexual de riesgo ante el VIH en la población adulta española. En Usieto, R. (ed.), *Infección por VIH/SIDA. Avances en la optimización del tratamiento* (pp. 189-200). Madrid: Cesa.
- Páez, D., Ubillos, S. y León, M. (1996). Evaluación del cambio de actitudes y conductas ante el sida. En N. Basabe, D. Páez, R. Usieto, H. Paicheler, J.C. Deschamps (eds.), *El desafío social del Sida* (pp. 113-134). Madrid: Fundamentos, CESA.
- Páez, D., Ubillos, S., Pizarro, M. y León, M. (1994). Modelos de creencias de salud y de la acción razonada aplicados al caso del sida. *Revista de Psicología General y Aplicada, Psicología y Sida*, 47, 141-150.
- Papalia, D.E. y Olds, S.W. (1997). *Desarrollo humano*. Madrid: McGraw Hill.
- Publicación Oficial de la Sociedad Española Interdisciplinaria del SIDA (2001). *Información epidemiológica. Vigilancia epidemiológica del SIDA en España. Actualización a 31 de diciembre de 2000*, 12, 7, 546-556.
- Quinley, H. (1986, November 17). Memorandum to all data users regarding. *Time*. Yankelovich Clancy Shulman poll findings on sex education.
- Rice, F.P. (2000). *Adolescencia: desarrollo, relaciones y cultura*. Madrid: Prentice Hall.
- Rickert, V., Gottlieb, A. y Jay, M. (1990). A comparison of three clinic-based AIDS education programs on female adolescents' knowledge, attitudes, and behavior. *Journal of Adolescent Health Care*, 11, 298-303.
- Rodin, J. y Salovey, P. (1989). Health Psychology. *Annual review of psychology*, 40, 533-579.
- Rosenstock, I. (1974). Historical Origins of the Health Belief Model. *Health Education Monographs*, 2, 328-35.
- Rudelic-Fernández, D. (1996a). La prevention, ça marche?. *ANRS Le Journal du SIDA, número special*, Vancouver, 5-6.
- Rudelic-Fernández, D. (1996b). L'impact de la prevention sur le precocité sexuelle. *ANRS Le Journal du SIDA, número special*, Vancouver, 16-18.

- Salovey, P. y Binbaum (1991). Influence of Mood on Judgments About Health and Illness. En J.P. Forgas (Ed), *Emotion and Social Judgements*. Oxford: Pergamon.
- Schifter, D.E. y Ajzen, I. (1985). Intention, perceived control, and weight loss: An application of the theory of planned behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 49, 843-851.
- Schinke, S., Blythe, B. y Gilchrest, L. (1981). Cognitive-behavioral prevention of adolescent pregnancy. *Journal of Counseling Psychology*, 28, 451-454.
- Schofield, M. (1965). *The sexual behavior of young people*. London: Longman.
- Schofield, M. (1973). *The sexual behavior of young adults*. London: Allen Lane.
- Schwartz, I. M. (1998). First Coital Affective Reaction Scale. En C.M. Davis et al. (ed.s), *Handbook of Sexuality-related measures*, 127-128. California.
- Serra, E. y Gómez, L. (1997). Un plan educativo de prevención del SIDA. En D.E. Papalia y S.W. Olds (1997). *Desarrollo humano*. Madrid: McGraw Hill.
- Sheeran, P., Abraham, Ch. y Orbell, Sh. (1999). Psychosocial correlates of heterosexual condom use: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 125, 1, 90-132.
- Simmons, R.G., Blyth, D.A. y McKinney, K.L. (1983). The social and psychological effects of puberty on white females. En J. Brooks-Gunn y A.C. Petersen (eds.), *Girls at puberty: biological and psychological perspectives*. New York: Plenum.
- Snegroff, S (1998). Abortion Attitude Scale and Abortion Knowledge Inventory. En C.M. Davis et al. (ed.s), *Handbook of Sexuality-related Measures*, 10-15. California.
- Sonenstein, F.L., Pleck, J.H. y Ku, L.C. (1989). Sexual activity, condom use and AIDS awareness among adolescent males. *Family Planning Perspectives*, 21, 152-158.
- Sorenson, R. (1973). *Adolescent sexuality in contemporary America*. New York: World.
- Spira, A., Bajos, N. y le groupe ACSF (1993). *Les comportements sexuels en France*. Paris: Rapports officiels, La Documentation Française.
- Story, M.D. (1998). Body Attitudes Questionnaire. En C.M. Davis et al. (ed.s), *Handbook of Sexuality-related Measures*, 118-121. California.
- Triandis, H.C. (1980). Values, attitudes and interpersonal behavior. En H.E. Howe y M.M. Page (eds), *Nebraska symposium on motivation 1979* (pp. 195-259). Lincoln, Nebraska: University of Nebraska Press.
- Ubell E. (1995) Sex-education programs that work-and some that don't. *Parade Magazine*, 12, 18-20.
- Ubillos, S. (1992). *Informe sobre Sexualidad. Plan de Acción Joven: Informe sobre la realidad juvenil*. Dpto. de Cultura y Turismo del Gno. Vasco. Consejo de la Juventud de Euskadi.
- Ubillos, S. (1995a). *Guía de Educación Sexual (1). Contenidos*. Donostia: Diputación Foral de Gipuzkoa. Dpto. de Juventud y Deportes.
- Ubillos, S. (1995b). *Guía de Educación Sexual (2). Recursos para diseñar un Programa*. Donostia: Diputación Foral de Gipuzkoa. Dpto. de Juventud y Deportes.
- Ubillos, S. (2001). Actitudes y comportamientos preventivos: teorías psicosociales aplicadas al caso del sida. En J.L. González (coord.), *Sociedad y sucesos vitales extremos* (pp. 57-78). Burgos: Universidad de Burgos y Junta de Castilla y León.
- Ubillos, S. (2001). Adolescencia y Desarrollo de la Conducta Sexual. *Publicación Oficial de la Sociedad Española Interdisciplinaria del SIDA, SEISIDA*, 12, 4, 272-273.

-
- Ubillos, S. (2002). Aspectos psicosociales de la exclusión homosexual. Efectos en la vulnerabilidad ante el VIH y su progresión a SIDA. *Publicación Oficial de la Sociedad Española Interdisciplinaria del SIDA, SEISIDA*, 13, 3, 200-203.
- Ubillos, S. y Barrientos, J. (2001). Relaciones interpersonales, atracción y amor. En Morales, J.F., Páez, D., Kornblit, A.L. y Asún, D. (coor.), *Psicología Social* (pp. 201-222). Argentina: Prentice Hall.
- Ubillos, S. y González, J.L. (2003). Amor y Cultura: un estudio transcultural. *Encuentros en Psicología Social*, 1, 4, 169-172.
- Ubillos, S. y Mayordomo, S. (2003). La prevención sexual del VIH/SIDA en España. *Encuentros en Psicología Social*, 1, 4, 343-347.
- Ubillos, S. y Navarro, E. (2004). Adolescencia y Educación Sexual. En Páez, D., Fernández, I., Ubillos, S. y Zubieta, E. (coor.), *Psicología Social, Cultura y Educación* (pp. 225-259). Madrid: Pearson Educación.
- Ubillos, S. y Páez, D. (2001). Actitudes y comportamientos preventivos: teorías psicosociales aplicadas al caso del SIDA. En González, J.L. (dir.), *Intervención psicosocial ante sucesos vitales extremos* (pp. 57-77). Burgos: Servicio de Publicación de la Universidad de Burgos.
- Ubillos, S. y Pizarro, M. (1993). Programas de educación sanitaria para jóvenes no escolarizados. En A. Vega (dir.), *Educación y SIDA: problemática y respuestas* (pp. 151-170). San Sebastián: Servicio Editorial Universidad del País Vasco.
- Ubillos, S., Mayordomo, S. y Páez, D. (2003). Diferencias de género en actitudes y en conductas sexuales y de riesgo en la población adulta española. *Publicación Oficial de la Sociedad Española Interdisciplinaria del SIDA, SEISIDA*, 14, 5, 125-126.
- Ubillos, S., Mayordomo, S. y Páez, D. (2004). Actitudes: definición y medición. Componentes de la actitud. Modelo de la Acción Razonada y Acción Planificada. En Páez, D., Fernández, I., Ubillos, S. y Zubieta, E. (coor.), *Psicología Social, Cultura y Educación* (pp. 301-339). Madrid: Pearson Educación.
- Ubillos, S., Páez, D. y González, J.L.. (2000). Culture and Sexual Behavior. *Psicothema*, 1, 70-82.
- Ubillos, S., Páez, D. y Otxoa, I. (2000). Cultura y represión sexual. En Páez, D. Y Casullo, M.M. (comp.), *Cultura y Alexitimia. ¿Cómo expresamos aquello que sentimos?* (pp. 131-152). Buenos Aires: Piados.
- Ubillos, S., Páez, D. y Zubieta, E. (2004). Relaciones íntimas: atracción, amor y cultura. En Páez, D., Fernández, I., Ubillos, S. y Zubieta, E. (coor.), *Psicología Social, Cultura y Educación* (pp. 511-535). Madrid: Pearson Educación.
- Ubillos, S., Pizarro, M., Páez, D. y Igartua, J. (1995). *Informe: Campaña de Educación Sanitaria-Sexual. Intervención y Evaluación. Centros de Enseñanzas Medias de Gipuzkoa, 1993-94*. Documento sin publicar. San Sebastián: Dpto. Psicología Social de la Facultad de Psicología de la U.P.V.. Dpto. de Juventud y Deportes de la Diputación Foral de Gipuzkoa.
- Ubillos, S., Sánchez, F., Páez, D. y Caballero, A. (1999). Percepción de riesgo y conductas de salud frente al VIH/SIDA entre jóvenes de Madrid y del País Vasco. Estudio empírico sobre estado de ebriedad y desconfianza respecto al VIH. *Publicación Oficial de la Sociedad Española Interdisciplinaria del SIDA, SEISIDA*, 10, 4, 109-110.
- Ubillos, S., Zubieta, E., Deschamps, J.C. y Vera, A. (2002). Amor, Cultura y Sexo. *Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades. SOCIOTAM*, 12, 1, 75-101.

Vega, A. (1993). *Educación y Sida: Problemática y Respuestas*. San Sebastián: Servicio Editorial Universidad del País Vasco.

Weed, S. y Olsen, J. (1988). *Evaluation of the Se Respect program: Results for the 1987-88 school year*. Salt Lake City: Institute for Research and Evaluation.