



Lahia-Nahia Sexologia Elkartea

Informe

**PROGRAMAS DE
EDUCACIÓN SEXUAL
2009-10:
ESO Y BACHILLERATO**

Donostiako "Axular" Lizeoa

Financiación:

Donostiako “Axular” Lizeoa

Realización:

Equipo de Sexología Lahia-Nahia Sexologia Elkarte:

Silvia Ubillos Landa: Dirección y supervisión técnica

Eider Goiburu Moreno: Codirección y docencia

Mónica Martín Conde: Docencia

Tamara Arroyo Ramada: Docencia

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN: FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LOS PROGRAMAS DE EDUCACIÓN SEXUAL	1
1.1.- FUNDAMENTOS TEÓRICOS CONTRASTADOS EMPÍRICAMENTE.....	2
1.1.1.- Perspectiva evolutiva.....	2
1.1.2.- Teorías psicosociales.....	8
1.2.- UTILIZACIÓN DE ESTRATEGIAS METODOLÓGICAS EFICACES	15
1.3.- RESPETAR LAS ESPECIFICIDADES DE LA POBLACIÓN A LA QUE VAN DIRIGIDAS	16
1.4.- APOYO COMUNITARIO: FAMILIAR, ESCOLAR Y SOCIAL	17
1.5.- SÍNTESIS DE LA PROPUESTA.....	18
CAPÍTULO 2. PROCEDIMIENTO DE LAS INTERVENCIONES: ALUMNADO Y FAMILIAS	21
2.1.- OBJETIVOS DE LOS PROGRAMAS DE EDUCACIÓN SEXUAL	21
2.2.- PROGRAMAS DE COEDUCACIÓN SEXUAL: ALUMNADO, DURACIÓN, CONTENIDO Y METODOLOGÍA.....	25
2.2.1.- Programas de Coeducación Sexual: 1º de Bachillerato.....	27
2.2.2.- Programas de Coeducación Sexual: “Por Pares”: 4º DE ESO	30
2.2.2.1.- Captación de Jóvenes	30
2.2.2.2.- Entrenamiento de Jóvenes.....	31
2.2.2.3.- Aplicación del Programa “Por Pares”.....	31
2.2.2.4.- Sesiones Informativas-Evaluativas	32

2.2.3.- Programas de Coeducación Sexual: 3º de ESO	32
2.3.- INTERVENCIÓN DIRIGIDA A LAS FAMILIAS.....	33
CAPÍTULO 3. PROCEDIMIENTO DE LA EVALUACIÓN: ALUMNADO	35
3.1.- EVALUACIÓN DE PROCESO.....	36
3.1.1.- Evaluación de Proceso: ESO y Bachillerato.....	36
3.1.2.- Evaluación de Proceso: "Agentes de Salud"	37
3.2.- EVALUACIÓN DE RESULTADOS	38
3.2.1.- Diseño metodológico.....	38
3.2.2.- Instrumento de Evaluación.....	40
3.2.3.- Análisis estadísticos	42
CAPÍTULO 4. RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DE PROCESO	43
4.1.- EVALUACIÓN DE PROCESO: 1º DE BACHILLERATO	44
4.2.- EVALUACIÓN DE PROCESO: 4º DE ESO	49
4.2.1.- Alumnado de 4º de ESO.....	49
4.2.2.- Jóvenes "Agentes de Salud"	53
4.3.- EVALUACIÓN DE PROCESO: 3º DE ESO	56
CAPÍTULO 5. RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DE RESULTADOS	61
5.1.- RESULTADOS DEL PROGRAMA DE EDUCACIÓN SEXUAL: 1º DE BACHILLERATO	61
5.2.- RESULTADOS DEL PROGRAMA DE EDUCACIÓN SEXUAL: 4º DE ESO	69

CAPÍTULO 6. RESULTADOS DE LA VALORACIÓN DE LOS RESPONSABLES DE LA EDUCACIÓN SEXUAL	79
6.1.- RESULTADOS DE 1º DE BACHILLERATO	79
6.2.- RESULTADOS DE 4º DE ESO	81
CAPÍTULO 7. VALORACIONES DE LAS INTERVENCIONES DIRIGIDAS A FAMILIAS	83
CAPÍTULO 8. CONCLUSIONES Y LÍNEAS DE ACTUACIÓN	85
8.1.- CONCLUSIONES SOBRE LA EVALUACIÓN DE RESULTADOS DE LOS PROGRAMAS DE EDUCACIÓN SEXUAL.....	86
8.2.- CONCLUSIONES SOBRE LA EVALUACIÓN DE PROCESO DE LOS PROGRAMAS DE EDUCACIÓN SEXUAL.....	88
8.3.- LÍNEAS DE ACTUACIÓN	90
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	91

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.1: Unidades temáticas derivadas de la perspectiva evolutiva.....	7
Tabla 1.2: Modelos psico-sociales de predicción de la conducta y su cambio aplicado a la prevención sexual (Ubillos, 2007).....	9
Tabla 1.3: Pautas de intervenciones dirigidas a prevención sexual (Ubillos, 2007).....	13
Tabla 2.1: Programas de Educación Sexual: Alumnado y Duración	25
Tabla 2.2: Programas de Educación Sexual: Aspectos educativos claves	26
Tabla 3.1: Descripción de la Escala de Evaluación de Proceso de los Programas de Educación Sexual dirigidos al Alumnado	36
Tabla 3.2: Descripción de la Escala de Evaluación: Formadores en Educación Sexual	37
Tabla 3.3: Diseño cuasi-experimental de grupos pre-post sin grupo control para evaluar los resultados de los Programas de Educación Sexual.....	39
Tabla 4.1: Distribución de la muestra en función de la edad: 1º Bachillerato	44
Tabla 4.2: Distribución de la muestra en función de la edad: 4º de ESO.....	49
Tabla 4.3: Distribución de la muestra en función de la edad: 3º de ESO.....	56

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 4.1: Evaluación de Proceso I. Programas de Educación Sexual. “Axular” Lizeoa: 1º de Bachillerato.....	45
Gráfico 4.2: Evaluación de Proceso II. Programas de Educación Sexual. “Axular” Lizeoa: 1º de Bachillerato.....	46
Gráfico 4.3: Evaluación de Proceso III. Programas de Educación Sexual. “Axular” Lizeoa: 1º de Bachillerato.....	47
Gráfico 4.4: Evaluación de Proceso IV. Programas de Educación Sexual. “Axular” Lizeoa: 1º de Bachillerato.....	48
Gráfico 4.5: Evaluación de Proceso I. Programas de Educación Sexual. “Axular” Lizeoa: 4º de ESO	50
Gráfico 4.6: Evaluación de Proceso II. Programas de Educación Sexual. “Axular” Lizeoa: 4º de ESO	51
Gráfico 4.7: Evaluación de Proceso III. Programas de Educación Sexual. “Axular” Lizeoa: 4º de ESO	52
Gráfico 4.8: Evaluación de Proceso IV. Programas de Educación Sexual. “Axular” Lizeoa: 4º de ESO.....	53
Gráfico 4.9: Evaluación de Proceso I. Programas de Educación Sexua “Por Pares”. “Axular” Lizeoa: Agentes de Salud	54
Gráfico 4.10: Evaluación de Proceso II. Programas de Educación Sexua “Por Pares”. “Axular” Lizeoa: Agentes de Salud	55
Gráfico 4.11: Evaluación de Proceso III. Programas de Educación Sexua “Por Pares”. “Axular” Lizeoa: Agentes de Salud	56
Gráfico 4.12: Evaluación de Proceso I. Programas de Educación Sexual. “Axular” Lizeoa: 3º de ESO	57

Gráfico 4.13: Evaluación de Proceso II. Programas de Educación Sexual. “Axular” Lizeoa: 3º de ESO	58
Gráfico 4.14: Evaluación de Proceso III. Programas de Educación Sexual. “Axular” Lizeoa: 3º de ESO	59
Gráfico 4.15: Evaluación de Proceso IV. Programas de Educación Sexual. “Axular” Lizeoa: 3º de ESO	60
Gráfico 5.1: Nivel de Experiencia Sexual. 1º de Bachiller	62
Gráfico 5.2: Comportamientos Sexual Actual. 1º de Bachiller	62
Gráfico 5.3: Impacto del Programa de 1º de Bachiller sobre los Conocimientos de la Prevención Sexual.....	63
Gráfico 5.4: Impacto del Programa de 1º de Bachiller sobre las Creencias del Uso del Preservativo.....	64
Gráfico 5.5: Impacto del Programa de 1º de Bachiller sobre la Percepción de Riesgo de Embarazo No Planificado y SIDA.....	66
Gráfico 5.6: Impacto del Programa de 1º de Bachiller sobre la Percepción de Control y la Autoeficacia	68
Gráfico 5.7: Impacto del Programa de 1º de Bachiller sobre la Intención de Uso del Preservativo.....	69
Gráfico 5.7: Nivel de Experiencia Sexual. 4º de DBH	70
Gráfico 5.9: Comportamientos Sexual Actual. 4º de DBH	70
Gráfico 5.10: Impacto del Programa de 4º de DBH sobre los Conocimientos de la Prevención Sexual.....	72
Gráfico 5.11: Impacto del Programa de 4º de DBH sobre las Creencias del Uso del Preservativo.....	73
Gráfico 5.12: Impacto del Programa de 4º de DBH sobre la Percepción de Riesgo de Embarazo No Planificado y SIDA.....	74

Gráfico 5.13: Impacto del Programa de 4º de DBH sobre la Percepción de Control y la Autoeficacia	76
Gráfico 5.14: Impacto del Programa de 4º de ESO sobre la Intención de Uso del Preservativo.....	77
Gráfico 6.1: Evaluación de los Responsables de la Educación Sexual. “Axular” Lizeoa: 1º de Bachillerato	80
Gráfico 6.2: Evaluación de los Responsables de la Educación Sexual. “Axular” Lizeoa: 4º de ESO.....	81

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 llevadas a cabo en el Liceo Axular de Donostia desde el año 1993-94, indican que tanto los-as alumnos-as que han realizado los Programas de Educación Sexual aplicados por las profesionales como aquellos-as que han realizado el Programa de Educación Sexual "Por Pares" los valoran muy positivamente.

Debido a estos resultados y a la propia Política Educativa del Centro, *el Liceo "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 3º y 4º de ESO y 1º de Bachillerato en este Centro, durante el actual curso académico 2009-2010.*

A continuación, a lo largo de este primer capítulo se describen los planteamientos generales en los que nos hemos basado para diseñar los programas que se han aplicado a los-as alumnos-as. La premisa de la que partimos afirma que para que los programas de coeducación afectivo-sexual sean eficientes y exitosos deben cumplir los siguientes requisitos: a) deben estar basados en teorías contrastadas empíricamente; b) deben utilizar las estrategias metodológicas más eficaces, d) deben respetar las especificidades de la población a la que van dirigidas, y finalmente d) deben recibir el apoyo de la comunidad. Por tanto, el presente proyecto contempla la articulación de estos cuatro requisitos.

1.1.- Fundamentos Teóricos Contrastados Empíricamente

El primer requisito para diseñar intervenciones de educación afectivo-sexual eficaces es que deben basarse en teorías que hayan sido contrastadas empíricamente. En nuestro caso nos basamos en los principios derivados de de la psicología evolutiva y de las teorías psicosociales.

- La *perspectiva evolutiva* nos permite conocer las características específicas de cada fase del desarrollo psicosexual, lo que nos sirve para adecuar el diseño y los contenidos de los programas de educación afectivo-sexual a la edad del grupo al que va dirigido.
- Las *teorías psicosociales* nos dan cuenta del comportamiento humano, las razones por las cuales las personas adoptan o no determinadas conductas. Estos modelos proponen la existencia de una serie de factores comunes que presumiblemente determinan las decisiones de las personas sobre la adopción de conductas sexuales seguras. Estas teorías sugieren un número de estrategias de intervención que pueden dar lugar al cambio de conducta (Albarracín, McNatt, Klein, Ho, Mitchell, y Kumkale, 2003).

1.1.1.- Perspectiva Evolutiva

Esta perspectiva asume que la sexualidad humana se ve sometida a lo largo de la vida a un continuo cambio, de forma que se vive de diferente manera en cada edad. Este proceso evolutivo que comienza con la sexualidad eminentemente dérmica y oral del recién nacido y se va transformando hasta convertirse en una sexualidad más englobada dentro de la ternura y comunicación del anciano, atraviesa todo un camino que cada persona recorre de manera diferente (López, 1995). Este proyecto está dirigido a la fase de la pubertad y adolescencia, por ello vamos a referirnos a estas etapas del desarrollo psicosexual.

La *pubertad* constituye una etapa de la vida durante la cual el cuerpo del-a niño-a se va transformando en cuerpo de adulto, 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 la de un adulto.

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, *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 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 *algunos 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 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 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 esta etapa, incide en el modo en que se inician las conductas sexuales de riesgo” y que existe

entre los adolescentes una "*vulnerabilidad normativa*" (Serra y Gómez, 1997). En contra de este planteamiento, *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 esta conducta 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 coitales que ha afectado fundamentalmente a las mujeres (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 ambos sexos. 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 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 planificados (ENP), interrupciones voluntarias del embarazo (IVE) y al contagio de infecciones de transmisión sexual (ITS), como el VIH/SIDA.

En la última década, el número de personas jóvenes sexualmente experimentadas se ha estabilizado, ha aumentado el uso de preservativos y, en particular entre los jóvenes con mayor riesgo, ha disminuido la incidencia de ENPs e ITS, 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. La proporción de agresiones cometidas por desconocidos es relativamente pequeña. Pero en un caso sobre dos, 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. En el estudio de López (1994) 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.

TABLA 1.1.: UNIDADES TEMÁTICAS DERIVADAS DE LA PERSPECTIVA EVOLUTIVA

Por tanto, de las características específicas de esta etapa del proceso de sexuación, se desprende que es aconsejable trabajar las siguientes unidades temáticas, modulando los contenidos en función de la edad de los participantes y las necesidades derivadas del contexto del adolescente: pubertad y figura corporal; fisiología y anatomía genital; identidad sexual y rol de género; especificación de la orientación del deseo; diferenciación de distintos tipos de sentimientos (deseo, atracción sexual, enamoramiento, amor y apego); adolescencia y relaciones interpersonales: contextos de socialización (familia, grupo de iguales, mejor amigo, medios de comunicación); conductas sexuales; respuesta sexual humana; anticoncepción y aborto; ETS; VIH/SIDA; violencia sexual y habilidades de relación y comunicación.

1.1.2.- Teorías Psicosociales

Atendiendo a la prevención de los riesgos sexuales, los modelos psicosociales que con mayor frecuencia se han aplicado han sido: la Teoría de la Acción Razonada (Fishbein y Ajzen, 1975; Ajzen y Fishbein, 1980), la Teoría del Comportamiento Planificado (Ajzen, 1985, 2002), la Teoría del Aprendizaje Social (Bandura, 1986, 1997) y el Modelo de Creencias de Salud (Becker, 1974; Janz y Becker, 1984). Estos modelos consideran que existen una serie de factores que influyen en las decisiones que toman las personas a la hora de adoptar o no conductas sexuales seguras.

Junto a éstos, los Modelos de Etapas de Cambio, como el Modelo Transteórico (Prochaska y DiClemente, 1992) y el Modelo de Reducción del Riesgo de SIDA (Catania, Kegeles y Coates, 1990) señalan que las intervenciones exitosas deberían centrarse en la etapa particular de cambio que el individuo está experimentando y facilitarle su progresión (Prochaska, Redding, Harlow, Rossi, y Velicer, 1994). Obviamente existen otros modelos, pero nosotros hemos apostado por estas teorías que han mostrado una alta capacidad para predecir las conductas preventivas.

En la tabla 1.2 se resumen los factores/variables o secuencias que plantean cada uno de los modelos, se ofrece una breve descripción de los hallazgos más importantes y una valoración que sintetiza el apoyo empírico que los últimos meta- análisis conceden a cada una de las variables. En el caso de los Modelos de Etapas de Cambio se describen las premisas formuladas por sus autores y el apoyo empírico que éstas han recibido (véase Ubillos, 2007).

Todos estos modelos han recibido numerosas críticas sobre sus limitaciones para cambiar las conductas de riesgo. Por ello, en los últimos años los investigadores han tratado de diseñar nuevas propuestas que integren los factores que más éxito han mostrado en la predicción de conductas preventivas y que añadan elementos nuevos que permitan hacer frente a estas limitaciones. Una de estas propuestas es la que plantean Dolcini, Canin, Gandelman y Skolnil (2004) que agrupan todas las variables contempladas en las teorías psicosociales en cinco dominios superando así algunas de las limitaciones de los modelos previos (Ubillos, 2007):

TABLA 1.2.: MODELOS PSICO-SOCIALES DE PREDICCIÓN DE LA CONDUCTA Y SU CAMBIO APLICADOS A LA PREVENCIÓN SEXUAL (Ubillos, 2007)

	Premisas y Hallazgos más importantes	Apoyo Empírico
Teoría de la Acción Razonada (Fishbein y Ajzen, 1975; Ajzen y Fishbein, 1980)		
Intenciones	Las investigaciones apoyan la relación de las intenciones con las conductas asociadas a las ETS o al VIH, pero esta relación es más compleja que en conductas más controlables o que requieren una acción simple en un momento puntual (Rye et al., 2001).	Fuerte
Actitudes	Es un componente más importante que la norma (Sheeran, Abraham y Orbell, 1999; Albarracín, Gillette, Earl, Glasman, Durantini, y Ho 2005).	Fuerte
Norma Subjetiva	Es un componente importante en el caso de los adolescentes (Albarracín, et al., 2005).	Débil
Experiencia anterior (Bentler y Speckart, 1979, 1981)	La experiencia anterior actúa como predictor de la conducta (Albarracín, Johnson, Fishbein, y Muellerleile, 2001). Sheeran et al. (1999) muestran que la utilización previa del preservativo mantiene una relación media positiva con el actual y futuro uso.	Fuerte
Teoría de la Acción Planificada (Ajzen, 1985, 2002)		
Intenciones	La relación entre intención y conductas no volitivas es compleja (Rye et al., 2001).	Fuerte
Actitudes	Es un componente más importante que la norma (Sheeran et al., 1999; Albarracín et al., 2005).	Fuerte
Norma Subjetiva	Es un componente importante en el caso de los adolescentes (Albarracín et al., 2005).	Débil
Percepción de Control	Hay resultados contradictorios: algunos meta-análisis apoyan la superioridad de la acción planificada sobre la teoría de la acción razonada (Rye et al., 2001), mientras que otros sugieren que ambos modelos son equivalentes (Albarracín et al., 2001).	Fuerte
Teoría del Aprendizaje Social (Bandura, 1986, 1997)		
Actitudes (Expectativas de la conducta)	Las creencias hedonistas sobre el uso del preservativo (consecuencias físicas) están asociadas con su utilización. Las reacciones negativas sobre el uso del preservativo por parte de las parejas sexuales principales (consecuencias sociales) se han mostrado también predictores de su utilización. Los resultados autoevaluativos muestran una relación importante con la adopción de conductas sexuales de riesgo (Albarracín et al., 2000; O'Leary et al., 2000).	Fuerte
Percepción de control (Autoeficacia)	La autoeficacia para usar el preservativo está asociada con su uso (Dilorio, Dudley, Soet, Watkins, y Maibach, 2000). La confianza en la propia habilidad para usar preservativos es un predictor más importante de la conducta preventiva que una autoeficacia más general dirigida a prevenir el VIH/SIDA (Sheeran et al. 1999).	Fuerte
Habilidades conductuales	Son esenciales para regular el uso del preservativo (Albarracín et al., 2005).	Fuerte
Modelo de Creencias de Salud (Becker, 1974; Janz y Becker, 1984)		
Percepción de Riesgo	Mantiene una relación consistente pero baja con la conducta de riesgo y está débilmente relacionada con la adopción de conductas preventivas para el VIH/SIDA (Gerrard, Gibbons, y Bushman, 1996; Sheeran et al., 1999). Incluso cuando el aumento en la amenaza percibida se asocia positivamente con el cambio de conducta, los argumentos que inducen miedo no tenían ningún efecto conductual positivo independiente (Albarracín et al., 2005).	Débil

	Premisas y Hallazgos más importantes	Apoyo Empírico
Percepción de Gravedad	La seriedad o gravedad percibida tiene baja capacidad para explicar y predecir la conducta preventiva. Existe una asociación ligeramente positiva entre el uso del preservativo y la preocupación o miedo ante la amenaza del SIDA, es decir con respuestas de corte más afectivo que cognitivo (Sheeran et al., 1999).	Bajo
Percepción de costes y beneficios	La percepción de los costes del preservativo y de las consecuencias negativas para sí mismo o la pareja y de las dificultades para adquirirlo, se correlacionan de forma negativa y débil con su utilización. Los beneficios de los preservativos se asocian de forma ligeramente positiva con su uso (Sheeran et al., 1999).	Débil
Información correcta (científica)	Su relación con el uso del preservativo es muy baja (Sheeran et al., 1999); probablemente el conocimiento tenga un efecto indirecto actuando como indicio (Catania et al., 1989).	Bajo
Información incorrecta (mitos)	La información correcta no se encuentra asociada con la información o creencias incorrectas, lo que probablemente implica que estos dos tipos de conocimientos corresponden a diferentes constructos. La mera transmisión de conocimientos correctos no logra reducir las creencias incorrectas (London y Robles, 2000).	Bajo
Indicadores o Estímulos para la acción	Conocer a alguien con SIDA, haberse realizado el test de detección del VIH, y haber estado expuesto a las campañas sobre SIDA, se asocian débil pero positivamente con el uso del preservativo (Sheeran et al., 1999).	Débil
Modelos de Etapas de Cambio		
Modelo Transteórico (Prochaska y DiClemente, 1992)		
Cinco etapas:	La influencia de las diferentes estrategias depende de la etapa de cambio en la que se encuentre la persona.	Fuerte
1. Precontemplación	La información y las actitudes influyen en la conducta cuando las personas todavía no están realizando la conducta.	Fuerte
2. Contemplación	Las habilidades conductuales influyen en la conducta cuando las personas ya la están realizando.	Fuerte
3. Preparación	Cuando las personas no realizan una acción, la información tiene una mayor influencia sobre la conducta que cuando la están llevando a cabo.	Bajo
4. Acción	Cuando las personas realizan una acción, las habilidades conductuales influyen en mayor medida en el comportamiento que cuando no lo están realizando (Albarracín et al., 2005).	Bajo
5. Mantenimiento		
Modelo de la Reducción de Riesgo de SIDA (Catania, Kegeles y Coates, 1990)		
Tres etapas:	Los comportamientos preparatorios (llevar un preservativo o tenerlo disponible) están relacionados positivamente con su uso.	Fuerte
1. Deseo	Aunque la comunicación sobre las ETS o el SIDA tiene una relación positiva pequeña con la conducta preventiva, el negociar concretamente la necesidad de utilizar el preservativo está asociado con su uso (Sheeran et al., 1999).	
2. Implicación		
3. Realización	Estos resultados apoyan el punto de vista de que la planificación aumenta la probabilidad de uso del preservativo.	

- 1) El primer dominio abarca la percepción y valoración del riesgo. Los estudios empíricos concluyen que el *riesgo percibido* es visto como necesario, pero no como un precursor suficiente del cambio de conducta (ver cuadro 1.2). Por otra parte, bajo la rúbrica de *valoración del riesgo* se incluyen tres procesos a los que es necesario prestar atención a la hora de diseñar un programa de intervención:
 - a. *optimismo ilusorio*: tendencia a percibir que tenemos más probabilidades que la persona media a que nos sucedan acontecimientos positivos (p.e. encontrar una pareja que nos quiera, inteligente y simpática);
 - b. *ilusión de invulnerabilidad*: creencia en una menor probabilidad de que nos ocurran acontecimientos negativos (p.e. menos probabilidades de sufrir un ENP o de que nos transmitan el VIH a través de relaciones sexuales), y
 - c. *jerarquía de problemas*: las enfermedades transmisibles no constituyen nuestra primera preocupación.
- 2) El segundo dominio, la autopercepción, se refiere a las creencias y actitudes que tenemos acerca de uno mismo. En él se incluyen la auto-eficacia antes situaciones sexuales de riesgo, la intención de conducta y las expectativas sobre las consecuencias de una conducta (p.e. sobre el uso del preservativo), la auto-identidad (p.e. si el uso del preservativo es parte de nuestra identidad) y las propias normas.
- 3) El tercer dominio se refiere a la emoción y activación. Muchos de los modelos actuales de la conducta de riesgo se basan en la presunción de racionalidad. Sin embargo, las conductas sexuales de riesgo están enraizadas en instintos, motivadas psicológicamente, y/o dirigidas por impulsos. En este dominio se incluyen las emociones, la activación sexual, y los escenarios sexuales.
- 4) Este dominio incluye la influencia de las relaciones más íntimas, así como la de aquellas personas que se encuentran dentro de la propia red sexual. Aunque la conducta sexual es privada, hay fuerzas externas a la persona (parejas, roles de género, dinámicas de poder, creencias culturales y normas sociales) que afectan a la

actividad sexual. En términos de los aspectos sociales de la conducta, diversas teorías se han centrado en el impacto que tienen las relaciones más cercanas sobre la persona, como la actitud de la familia, de la pareja o de los-as amigos-as, así como el de las relaciones interpersonales. Junto a estas teorías, también se tienen en cuenta las dimensiones más macro-sociales como son la teoría del género y del poder, la teoría de la red social, y el constructo conocido como capital social que comprende factores como la confianza, la reciprocidad, y la cooperación entre los miembros de una red social que se dirige a alcanzar metas comunes.

Al hablar de la importancia de las normas sociales es importante que las intervenciones aborden los sesgos que las afectan como son (Ubillos et al., 2003):

- a. el *falso consenso*: la tendencia de las personas a sobrestimar una conducta cuando son ellas las que la ejecutan (p.e., los que usan preservativo dicen que el 40% usa y los que no usan dicen el 20%);
 - b. la *falsa unicidad*: la tendencia a creer que las conductas positivas son menos comunes de lo que realmente son (p.e., los que usan preservativo creen que usan el 40% cuando en realidad es el 60%) y,
 - c. la *ignorancia pluralista*: la tendencia a creer que hay un porcentaje mayor de personas que está en contra del uso de preservativos en relaciones ocasionales, cuando en realidad la mayoría está a favor de su uso.
- 5) El dominio ecológico y estructural subraya el hecho de que hay circunstancias más allá del individuo y del grupo social que afectan a la salud y al bienestar. Este dominio integra los factores psicológicos, organizacionales y culturales, así como una planificación y una regulación comunitaria. Todos ellos resultan necesarios para abordar los problemas de salud como la transmisión sexual del VIH. Estos factores entran dentro de condiciones superestructurales (p.e., homofobia, racismo, sexismo), estructurales (leyes, políticas...), y ambientales (condiciones de vida, presiones sociales...). Sus bases teóricas tienen como marco de referencia modelos

económicos, sociales y políticos tales como la movilización comunitaria, el *empowerment*, el asesoramiento y los programas de acción social.

En la tabla 1.3 se ofrece un resumen sobre las aportaciones de todos los modelos y aproximaciones descritos en este apartado. Esta información se refiere a las pautas que se deben respetar a la hora de diseñar y aplicar una intervención para reducir los riesgos sexuales y aumentar la calidad de la vida sexual (Ubillos 1994, 1995, 2001, 2002).

TABLA 1.3: PAUTAS DE LAS INTERVENCIONES DIRIGIDAS A LA PREVENCIÓN SEXUAL (Ubillos, 2007)

1. La educación sexual debe comenzar antes de que los-as jóvenes sean sexualmente activos a fin de promover el desarrollo de un comportamiento sexual positivo y saludable.
2. La educación debe orientarse a un cambio de *actitudes* y de *normas sociales*, más que al *riesgo percibido de ENP, ETS y SIDA*, la *gravedad* de estos riesgos sexuales y los *costes y beneficios* derivados del uso de los métodos de prevención.
3. Por tanto, son importantes la realización de intervenciones normativas tanto grupales (normas sociales) como individuales (actitud como proceso).
4. Además de la transmisión de *conocimientos correctos*, es necesario modificar las *creencias incorrectas* para que la gente sea capaz de interpretar, asimilar y usar la información científica sobre los modos de transmisión y valorar correctamente su riesgo.
5. La *ilusión de invulnerabilidad* y el *optimismo ilusorio* son creencias normales y comunes, de suerte que deberán modificarse en un sentido realista, disminuyendo estos sesgos cognitivos.
6. Se deberá ofrecer información capaz de generar algún grado de desactivación de la *afectividad positiva* y un poco de "lucidez realista" para que las personas perciban el *riesgo* de problemas y enfermedades.
7. Habrá que examinar y cuestionar las *conductas alternativas de prevención*, como la selección de parejas "normales" o aparentemente "sanas" diferentes del prototipo implícito de sujeto de riesgo.
8. Las intervenciones deberían tener en cuenta las dificultades cotidianas (*jerarquía de problemas*) a las que se enfrentan las personas, y concienciar sobre la importancia que tiene mantener la salud.
9. El cambio de actitudes/creencias normativas es uno de los aspectos que más incide en el incremento de la intención de conducta, lo que a su vez posibilita la adopción real de la conducta.
10. La educación debe incidir especialmente en las creencias relacionadas con el *autoconcepto* y las *expectativas de placer* que se derivan de la adopción del uso de la conducta preventiva.

11. Se debería fomentar principalmente la disminución de la *norma descriptiva* hacia las conductas de riesgo (frecuencia de otros significativos que adoptan conductas sexuales de riesgo), el incremento de una *norma subjetiva* real más favorable hacia las conductas preventivas (presión social para adoptar conductas saludables), así como dar a conocer la tendencia a proyectar las características negativas y subestimar la frecuencia de las positivas.
12. Se debería prestar especial atención a las *actitudes de la pareja* hacia los preservativos, ya que están más correlacionadas con el uso del preservativo que las normas subjetivas.
13. Una de las tareas claves es entender cómo la *experiencia pasada* regula la acción futura y diseñar actividades para mimetizar los efectos del uso previo del preservativo entre los no usuarios y usuarios esporádicos.
14. Otros de los aspectos a tener en cuenta son la *planificación* así como los *comportamientos preparatorios*, por ejemplo., tener los preservativos a mano o tener fácil acceso a las máquinas dispensadoras de preservativos.
15. El *control percibido*, la *autoeficacia* y el *déficit de capacidades de resolución de problemas* deberían ser contenidos centrales. La *adopción de habilidades de comunicación con la pareja* es el método más eficaz para lograr que los conocimientos sobre el VIH/SIDA, 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.
16. Se ha de 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. Insistir en el uso del preservativo como muestra de confianza y de protección es un mecanismo eficaz para incrementar su uso.
17. Se deben mostrar las formas de afrontamiento más eficaces para que las *emociones positivas y negativas* no interfieran en la salud sexual.
18. Las intervenciones deberían mostrar las estrategias que son más útiles para hacer frente a situaciones donde se da una *alta activación sexual*.
19. La teoría del género y del poder es una perspectiva que se debiera incluir en todas las intervenciones dirigidas a la reducción de las conductas sexuales de riesgo.
20. Se recomienda que siempre que sea posible se intervenga en los niveles *ecológicos y estructurales*, a través de acciones comunitarias (empowerment, movilización comunitaria, etc.).

1.2. Utilización de estrategias metodológicas eficaces

El segundo requisito se refiere a la utilización de estrategias metodológicas eficaces. A pesar de que en términos generales las estrategias activas han mostrado una mayor eficacia que las pasivas (Albarracín et al., 2003), los modelos de etapas de cambio, y en particular el modelo transteórico, han identificado las estrategias más eficaces para propiciar el cambio de comportamiento en función de la fase motivacional en la que se encuentra las personas (Albarracín et al., 2005; Prochaska y DiClemente, 1992):

1. Las estrategias pasivas que aportan conocimientos o abordan las percepciones de riesgo pueden servir para impulsar un cierto cambio cuando las personas no están realizando la conducta, pero no son efectivas si queremos que éstas se sitúen más allá de la etapa inicial precontemplativa.
2. De igual manera, las estrategias que inducen actitudes favorables pueden ser importantes en las etapas muy iniciales, pero no cuando las personas están realizando ya la conducta y son conscientes de sus consecuencias. Estas estrategias pueden ser efectivas en la fase contemplativa, cuando los individuos empiezan a mostrarse sensibles a técnicas pasivas.
3. Quienes se encuentran en la fase de preparación usan cada vez más los procesos de cambio cognitivo, afectivo y valorativo, por lo que resulta conveniente utilizar estrategias más activas que les permitan empezar a reducir y controlar, de forma limitada, la práctica de los comportamientos de riesgo.
4. Las personas que han adoptado ya la idea de cambio y comienzan a realizar la conducta (fase de acción) pueden necesitar nuevas habilidades para alcanzar un éxito completo (Bandura, 1997). En la fase de acción, a la vez que se incrementa la utilización de las estrategias conductuales, el estrés inherente a la situación conduce a los individuos a necesitar con mayor frecuencia del soporte, comprensión y propiedades reforzadoras de otras personas.

5. En la fase de mantenimiento, las estrategias para valorar las circunstancias que aumentan la probabilidad de una recaída y para incrementar un sentimiento de autoestima por haber logrado lo que uno se proponía hacer, son más apropiadas.
6. Los argumentos de habilidades conductuales y los entrenamientos de habilidades sociales de auto-manejo son más importantes en las últimas etapas del proceso de cambio.

En resumen, en nuestras intervenciones priorizaremos la utilización de estrategias activas porque son generalmente más efectivas que las pasivas. Los programas que utilizan la dramatización, los juegos, talleres y los ejercicios que refuercen su habilidad de comunicación han mostrado ser más efectivos que aquellos que recurren a la mera exposición de información. No obstante, lo idóneo es respetar la fase de cambio en la que se encuentran las personas objeto de la intervención, seleccionando las estrategias más adecuadas para cada etapa. Si sólo se puede aplicar una intervención pasiva, entonces es aconsejable seleccionar argumentos actitudinales y de habilidades conductuales, a la vez que distribuir preservativos. Sin embargo, si se está en posición de poder impartir una intervención activa, la presentación de los argumentos informativos y habilidades conductuales en combinación con el entrenamiento en auto-manejo o el asesoramiento parecen más aconsejables (Albarracín et al., 2003, 2005).

1.3.- Respetar las especificidades de la población a la que van dirigidas

El tercer requisito hace referencia a que las intervenciones deben respetar las especificidades tanto de la población a la que van dirigidas como de la comunidad de la que forman parte las personas. Según el modelo constructivista, el proceso de enseñanza-aprendizaje debe comenzar explorando los conocimientos, las experiencias, las expectativas y las motivaciones del alumnado. Partiremos de esta base para conseguir que los aprendizajes del alumnado les resulten significativos. Sólo si somos capaces de acercarnos a las realidades de los jóvenes podremos realizar una adecuada

educación sexual. Si queremos que las intervenciones cumplan su función educativa deben adaptar la información y la educación sexual a las necesidades y demandas del alumnado.

Junto a esto, las comunidades educativas presentan sus propias especificidades por lo que los programas de educación sexual se deben adecuar a la realidad concreta de cada comunidad. Por ejemplo no podemos realizar las mismas actividades de educación sexual en zonas donde existen unas cifras elevadas de embarazos no deseados entre adolescentes que en otras en las que este fenómeno no existe y el alumnado tiene un conocimiento sólido de fisiología de la sexualidad. En el primer caso habría que centrar la atención en luchar contra ese tipo de embarazos, mientras que en el segundo se debería profundizar en los aspectos de comunicación y de desarrollo personal que la sexualidad implica.

Además, la autonomía docente en los centros implica que la educación sexual debe realizarse desde cada uno de los centros en función de los intereses, las necesidades, las experiencias previas, los recursos, el compromiso y la voluntad de todos los sectores que componen la comunidad educativa.

1.4. Apoyo Comunitario: Familiar, Escolar y Social

La educación afectivo-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 y afectividad de una manera sana y positiva, consciente y responsable dentro de su cultura, su época y su sociedad.

Cuando hablamos de educación afectivo-sexual nos referimos tanto a las intervenciones formales como no formales. La *educación sexual formal* se refiere a aquella que se realiza en las aulas, de forma explícita, intencionada y programada, mientras que la *educación sexual no formal* es el papel que ocupan las familias, las

amistades, los libros y revistas, los mas media, etc. como agentes de la socialización sexual. El abordaje de ambos tipos de educación es imprescindible para el adecuado y armónico desarrollo afectivo y sexual de los seres humanos (Ubillos y Navarro, 2003).

En la educación afectivo-sexual es innegable que el papel que ejercen profesores-as y padres-madres es fundamental, pero también es necesario el apoyo gubernamental. Estamos de acuerdo con la propuesta de algunos profesionales de la educación que se resume en los siguientes tres puntos (Rudelic-Fernández, 1996a, 1996b). Primero, las acciones educativas y preventivas deben ser acompañadas por una fuerte voluntad política. Segundo, la respuesta comunitaria juega un papel esencial en la realización eficaz de los programas. Tercero, el acuerdo entre el gobierno y las organizaciones comunitarias es esencial. Por tanto, el apoyo gubernamental y comunitario es fundamental para el éxito de los programas educativos. La educación es más efectiva cuando está integrada con los valores de la comunidad y las instituciones. Además, la oposición comunitaria puede impedir que un programa sea efectivo.

La educación afectivo-sexual debe incorporar el entorno comunitario de los-as jóvenes a fin de aunar esfuerzos y objetivos. Es importante que las familias y profesorado sean capaces de unificar criterios y responder de una manera homogénea ante las dudas y demandas de los jóvenes.

1.5. Síntesis de la Propuesta

Teniendo en cuenta todos los requisitos que se deben de respetar para diseñar programas eficaces, exitosos y de calidad, la Campaña de Coeducación Afectivo Sexual que se ha llevado a cabo en el Lizeo Axular es una propuesta educativa que:

- En primer lugar, se basa en los principios y teorías de la psicología evolutiva y de las teorías psicosociales que cuentan con un fuerte bagaje empírico.
- En segundo lugar, contempla la aplicación de estrategias metodológicas activas de corte lúdico, aunque adaptándolas al momento evolutivo de cada grupo.

- En tercer lugar, se adapta a las realidades, necesidades y experiencias previas de la comunidad escolar y de sus grupos de alumnos-as.
- En cuarto lugar, respeta las necesidades y realidades específicas de cada sexo.
- En quinto lugar, hace participe a distintos sectores de la comunidad educativa como son el alumnado y sus familias.
- En sexto lugar, recibe el apoyo de la comunidad escolar, es decir tanto de las familias, como de la dirección y del profesorado.

A continuación, en la primera parte del informe se van a describir los objetivos y el procedimiento que se ha seguido para diseñar los programas aplicados al alumnado (metodología y contenidos) y a sus familias, 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 las sesiones aplicadas a los-as padres-madres. En una tercera parte, se presentan las conclusiones más importantes y se proponen algunas líneas de actuación.

CAPÍTULO 2

PROCEDIMIENTO DE LAS INTERVENCIONES: ALUMNADO Y FAMILIAS

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

2.1.- Objetivos de los Programas de Educación Sexual

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.
- Legitimar 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.- Programas de Coeducación Sexual: Alumnado, Duración, Contenido y Metodología

Al igual que en el año anterior, los-as responsables del centro han decidido continuar con un **proyecto global a lo largo de la última etapa de DBH y primera de Batxiler**. Por tanto, la propuesta ha consistido en que todos los cursos de 3º de DBH, 4º de DBH y 1º de Batxiler reciban educación afectivo-sexual.

El nuevo planteamiento consiste en la aplicación de distintos tipos de **Programas de Coeducación Afectivo-Sexual** adaptándoles a la realidad de cada uno de los cursos en los que se van a impartir. Estos programas se han diseñado teniendo en cuenta la etapa psico-sexual en la que se encuentran los-as adolescentes. En las siguientes tablas se describen los cursos y número de grupos de alumnos-as donde se han aplicado los distintos programas de coeducación afectivo-sexual, así como el número de sesiones y horas destinadas a cada curso. Asimismo se describen los aspectos educativos en los que se ha incidido en cada uno de los cursos en los que se han aplicado los programas.

Tabla 2.1: Programas de Coeducación Sexual: Alumnado y Duración

Curso	Nº de Grupos	Nº Sesiones	Nº Horas
1º Bachillerato	2	5	10
4º ESO	2	4	8
3º ESO	2	1	2

Tabla 2.2: Programas de Coeducación Sexual: Aspectos educativos claves

Por tanto, cada uno de los *Programas de Coeducación Afectivo-Sexual* se adapta a las características específicas, necesidades e intereses de cada uno de los grupos en los que se ha intervenido. De forma que:

- en *3º de DBH* se abordan fundamentalmente cuestiones relacionadas con los *conocimientos y mitos sexuales*,
- en *4º de DBH* se prioriza la *modificación de actitudes y normas sociales negativas* hacia la sexualidad y la prevención sexual,
- y finalmente el programa de *1º de Bachillerato* se centra en *proporcionar recursos y habilidades para el manejo adecuado de la sexualidad*.

La idea es abordar progresivamente los objetivos mencionados previamente a lo largo de la aplicación de los programas en cada uno de los cursos.

Este año, al igual que en el curso anterior se han introducido dos novedades en la programación:

- 1) Además de las sesiones en educación afectivo-sexual, en los cursos de 1º de Bachillerato y 3º de ESO se ha impartido una sesión de dos horas dedicada a la violencia sexista gracias a una subvención concedida por la Dirección General de Cooperación, Derechos Humanos e Igualdad del Departamento de Deportes y Acción Exterior de la Diputación Foral de Guipúzcoa a la Asociación de Sexología Lahia-Nahia.
- 2) A tenor de una propuesta por parte del responsable del centro, Lahia-Nahia Sexologia Elkartea se ha coordinado con la Asociación Gehitu para impartir de forma conjunta en el curso de 3º de DBH tanto el programa de educación sexual como el de orientación del deseo.

2.2.1.- Programa de Coeducación Afectivo-Sexual: 1º de Bachillerato

Este programa se ha aplicado a los **2 grupos de alumnos/as que cursan 1º BACHILLER** en el Liceo ($N=44$). El programa, que se ha impartido en el mes de Enero del actual curso 2009-10, ha tenido una duración de **10 horas**, distribuidas en **5 sesiones de 2 horas** cada una. Atendiendo a las características psicosexuales de los-as 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.

Como se ha mencionado previamente también se ha impartido ***una sesión de dos horas de duración*** en la que se ha abordado la problemática de la ***violencia sexista***.

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 de forma inmediata y 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.

2.2.2.- Programa de Coeducación Afectivo-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 6 alumnos/as de 1º de Bachillerato que hayan participado en el Programa de Educación Sexual aplicado por las profesionales, por cada grupo de 4º de ESO.
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 evaluación).

2.2.2.1.- Captación de Jóvenes

Durante la realización del Programa de Educación Sexual aplicado por las profesionales 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-as* ha sido de **18 personas**, lo que representa un 40% del alumnado de 1º de bachillerato que se les ha propuesto participar en esta experiencia. 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.

2.2.2.2.- Entrenamiento de Jóvenes

Se ha entrenado a estos **6 jóvenes como "Agentes de Salud"** para que sean los-as transmisores directos de los aspectos informativos, actitudinales y comportamentales de la sexualidad en 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 profesional). Este entrenamiento ha consistido en resolver las dudas informativas que se han planteado tras el programa y en formarles en las técnicas grupales que facilitan la participación de los y las 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/as 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-a de los-as "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).

2.2.2.3.- Aplicación del Programa "Por Pares"

El alumnado entrenado como "Agentes de Salud" han aplicado **3 sesiones de dos horas** al alumnado, **N=49**, 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.

2.2.2.4.- Sesiones Informativas-Evaluativas

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-as "Agentes de Salud" y valorar con ellos-as la experiencia. Durante esta sesión se han ampliado los temas abordados por los "Agentes de Salud", se han resuelto las dudas que no han sido resueltas por los-as "Agentes de Salud". Además, se les ha administrado el post-test y el cuestionario para valorar el grado de satisfacción de este alumnado con el programa realizado (ver capítulo 3, evaluación del Programa "Por Pares").

2.2.3.- Programa de Coeducación Afectivo-Sexual: 3º de ESO

El programa se ha aplicado a los **2 grupos naturales de alumno-as que cursan 3º de ESO** en la Ikastola ($N=57$). Este programa ha tenido una duración de **2 horas**, distribuidas en **1 sesión de 2 horas**, que se ha realizado durante la primera semana del mes de Enero de 2010. Durante esta sesión se han abordado tanto los **aspectos informativos como actitudinales y comportamentales de los contenidos** siguientes:

1. Concepto y Funciones de la Sexualidad.
2. Sexo, sexualidad y género.
3. Anatomía y Fisiología de la Sexualidad.
4. Sexualidad en la Pubertad.

- 4.1. Cambios Psicofisiológicos.
- 4.2. Imagen Corporal.
- 4.3. Higiene Corporal.
5. Mitos Sexuales.
6. Principales Fuentes de Información Sexual.

Además de esta sesión, las profesionales han impartido otra *sesión de dos horas de duración* que se ha dedicado a la prevención de la *violencia de género*.

Como en los programas descritos previamente, la *metodología* empleada para abordar los distintos temas ha tratado de fomentar la participación y el debate entre los-as alumnos-as. Se han utilizado las siguientes técnicas participativas: método magistral semiactivo, discusión dirigida, subgrupos, brainstorming y confrontación.

2.3.- Intervención dirigida a las Familias

A las *familias del alumnado de 3º, 4º de ESO y 1º de Bachillerato* se les ha ofrecido la posibilidad de participar en *una conferencia formativa 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 las familias 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. Por último 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 las familias con respecto a la vida sexual de sus hijos e hijas, 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 e hijas. 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 resultados, ya que no se puede proceder a evaluar algo cuando se ignora qué aspectos y de qué manera han sido aplicados.
- La ***Evaluación de Resultados*** 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 todo el alumnado de *1º de Bachiller y de 3º y 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 Idioma	1 Hombre 2 Mujer Item abierto Item abierto 1 Euskera 2 Castellano
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 Actitudes Comportamientos	1 Ninguno a 6 Sobresaliente 1 Ninguno a 6 Sobresaliente 1 Ninguno a 6 Sobresaliente
Profesionales	Actuación Razones	1 Deficiente a 6 Sobresaliente Item abierto: Razonar la respuesta dada

Finalmente se ha diseñado una escala con el fin de *evaluar a los diferentes responsables de la educación sexual* (profesores, alumnos y técnicos), y las preferencias de los-as alumnos-as a la hora de escoger al responsable de impartirles los programas.

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	Item abierto: razonar la respuesta
	Alumnos entrenados	1 Totalmente Negativo a 6 Totalmente Positivo
	Razones	Item abierto: razonar la respuesta
	Técnicos externos	1 Totalmente Negativo a 6 Totalmente Positivo
	Razones	Item 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 de los programas. Han empleado en su cumplimentación unos diez minutos.

Los resultados obtenidos se han analizado con el programa estadístico SPSS 15.0 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-as jóvenes que han participado en calidad de *“Agentes de Salud”*. Para ello se ha convocado a los-as "Agentes de Salud" a una *sesión de 2 horas*, una vez finalizada la experiencia.

Durante esta sesión de supervisión los-as "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 RESULTADOS

3.2.1.- DISEÑO METODOLÓGICO

También se ha realizado una *evaluación de resultados* del Programa impartido por las profesionales y del Programa "Por Pares" sobre los conocimientos, actitudes y conductas del alumnado que cursa *1º de BACHILLERATO y 4º de ESO*. La evaluación se ha realizado 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 los resultados 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.

Los diseños pre-experimentales presentan los principios a partir de los cuales se han desarrollado diseños más complejos, como los cuasi-experimentales. A diferencia de un diseño experimental, los grupos no se crean aleatoriamente, se trata de grupos naturales, además no contamos con un grupo control o de comparación, y, por ende, no están controladas las posibles variables extrañas. Con estos diseños difícilmente se podrían obtener inferencias de causa-efecto ya que los resultados obtenidos podrían deberse a una gran cantidad de las potenciales amenazas a la validez.

El diseño de un solo grupo con pruebas previa y posterior, en el que un único grupo de personas es medido en las variables objeto del programa antes y después de la aplicación de la intervención, tiene muchas amenazas de validez: a) P.e. supongamos que la media en información sobre el uso del preservativo aumentara significativamente entre la medida previa y posterior a la aplicación del programa. En este caso podría ser poco adecuado aseverar que el programa ha sido la causa de tal incremento, ya que este hecho podría haberse debido a la maduración o historia natural de los grupos; b) de igual forma, existiría la amenaza de la regresión estadística si se hubiera empezado a partir de niveles muy bajo de conocimientos, en la medida posterior no habría certeza del que el aumento en el nivel informativo se debiera al efecto del programa o al aumento que experimentan las variables al presentar inicialmente niveles muy bajos de incidencia, o

c) problemas de instrumentación y aplicación diferencial de la prueba, d) a lo cual se podrían añadir las variables de niveles madurativos diferenciales.

Este tipo de diseños tiene poca potencia debido a la gran cantidad de potenciales problemas de validez que plantea, de ahí que se use poco para generar inferencias causales. En general, este tipo de diseños usualmente sólo podría ser adecuado en aquellos casos en los que la variable medida sólo puede ser afectada por la intervención implementada, y que a la vez transcurra poco tiempo entre ambas medidas. En nuestro caso, se cumple la segunda condición. En todo caso, las diferencias encontradas deberían ser tan evidentes que las potenciales amenazas, por sí solas, no pudieran explicar el cambio ocurrido tras la aplicación del programa de intervención.

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).
- *Costes y beneficios del preservativo.* Se ha elaborado una versión de las escalas utilizadas en las encuestas de tipo *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 36 ítems sobre las normas de utilización del preservativo, el Embarazo No Planificado (ENP) 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 15.0 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 **44 estudiantes**. El 54,5% son hombres (N=24) y el 40,9% mujeres (N=18). Desconocemos el sexo de una persona (4,5%).

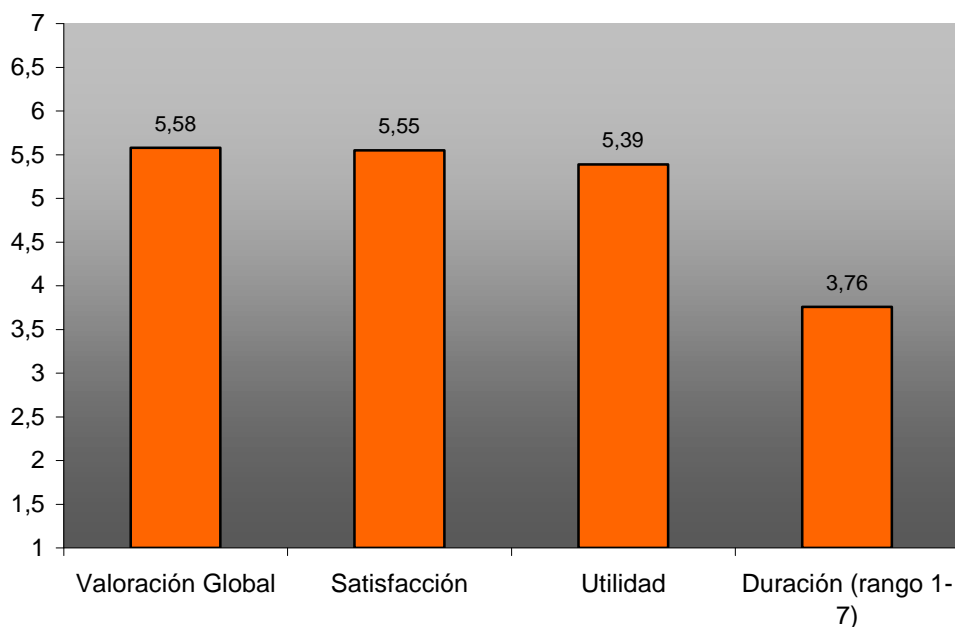
La edad media de estos-as estudiantes se sitúa en los 16,02 años (sd=0,15) y el rango de edad oscila entre los 16 y 17 años (ver tabla 4.1).

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

Edad	N	%
16	43	97,7
17	1	2,3
Total	44	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=5,58, sd=0,64). De hecho, más de la mitad (56,8%) lo ha calificado de forma "totalmente positiva" y ha sido un 22,7% el que lo ha calificado de "muy positivo" y un 6,8% de "positivo". Es de destacar que nadie ha evaluado el programa de forma negativa. Un 13,6% no ha dado su opinión sobre esta y las siguientes 5 cuestiones.

**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-as” con la realización del programa (media=5,55, sd=0,72). En este sentido, el 56,8% se ha mostrado “totalmente satisfecho-a”, el 22,7% dice sentirse “muy satisfecho-a”, y el 4,5% “satisfecho-a”, el resto, un 2,3% dice no haberse sentido satisfecho.

También, a las y los jóvenes les ha resultado “muy útil” el haber realizado el programa de educación sexual (media=5,39, sd=0,85). De hecho, el 52,3% ha expresado que el programa le ha parecido “totalmente útil”, el 18,2% dice que le ha parecido “muy útil” y el 13,6% “útil”. También tenemos un 2,3% que considera que su realización no ha sido útil.

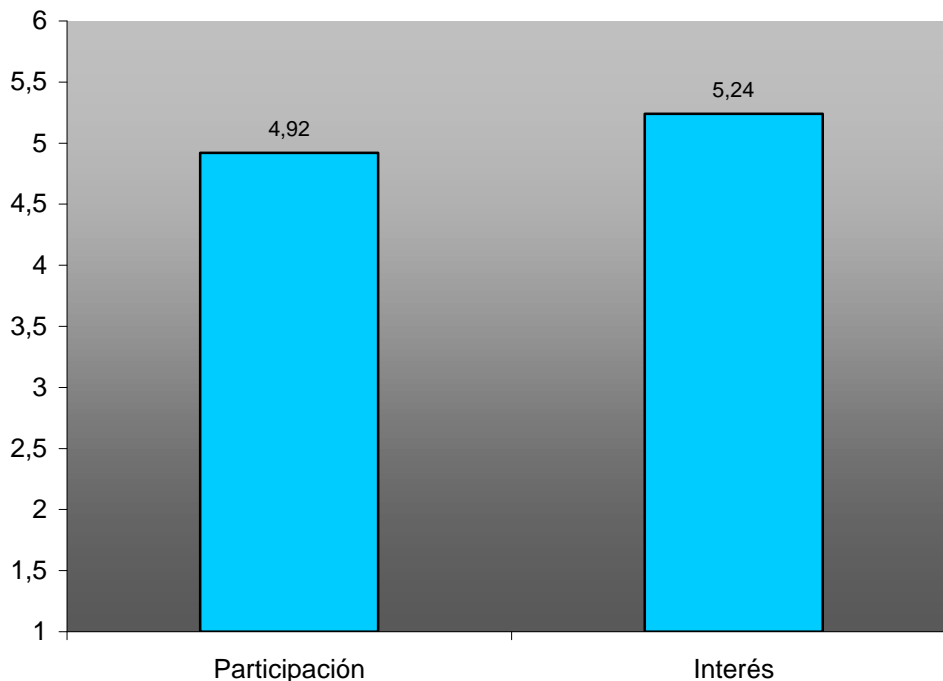
Por último, con respecto a la duración del programa, los/as jóvenes lo han valorado como “suficiente” (media=3,76, sd=1,05). De forma coherente con este dato, el 31,7% ha dicho que el programa le ha resultado “corto” (27,3%), “muy corto” (2,3%) o “totalmente corto” (2,3%), al 45,5% “suficiente”, y el 9,1% lo considera entre “largo” y “totalmente 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 y las participantes consideran que han sido "muy participativos-as" a lo largo de las sesiones (media=4,92, sd=0,88) y que se han mostrado "muy interesados-as" (media=5,24, sd=0,99).

De hecho, un 54,6% del alumnado considera que ha estado "muy o totalmente participativo/a" durante la realización del programa, mientras que un 29,5% dice haber sido "participativo-a". Un 2,3% considera que ha sido "algo participativo".

En cuanto al interés que ha mostrado el alumnado, el 11,4% afirma que se han sentido "interesado". Confirmando la valoración positiva que han hecho las/os jóvenes sobre su actitud, encontramos que el 31,8% se ha mostrado "muy interesado/a" y un 40,9% "totalmente interesado/a". Una persona nos dice que no ha estado interesado/a (2,3%).

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

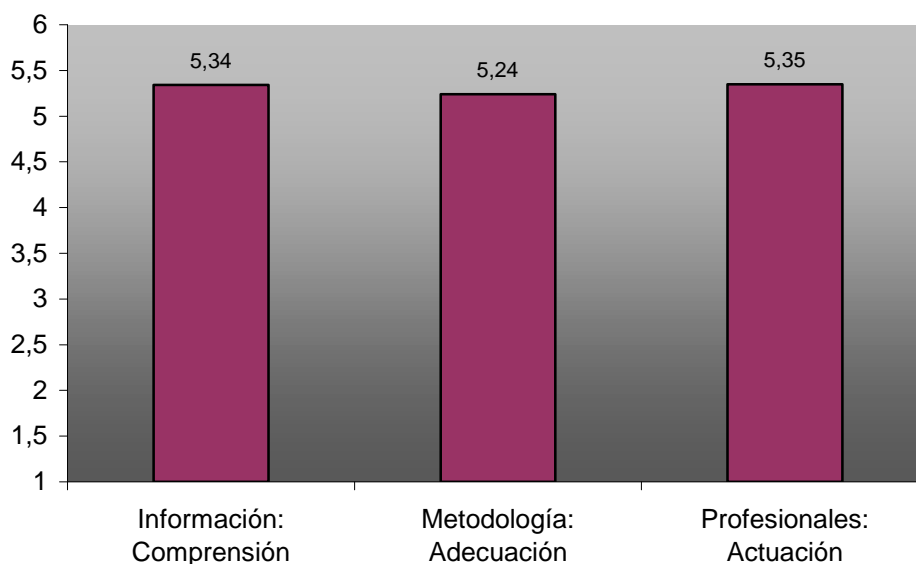


En tercer lugar se han evaluado los *aspectos estructurales* del programa que han sido la comprensión de la información, la adecuación de la metodología y la actuación de las profesionales (ver gráfico 4.3). Los-as estudiantes consideran que la información proporcionada ha sido “muy comprensible” (media=5,34, sd=0,99) y que la metodología utilizada ha sido “muy adecuada” (media=5,24, sd=0,86).

Con respecto a la información, el 47,7% la han evaluado como “totalmente comprensible”, al 27,3% restante le ha resultado “muy comprensible” y el 9,1% “comprensible”. Al 2,3% de jóvenes no le ha parecido comprensible. 6 personas no han aportado este dato, es decir un 13,6% de los estudiantes.

La metodología utilizada ha sido considerada por el 40,9% como “totalmente adecuada”, el 25% la considera “muy adecuada” y el 15,9% “adecuada”. Una persona opina que no ha sido adecuada (2,3%). Un 15,9% no ha opinado ni sobre ésta ni sobre el siguiente aspecto.

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



Las profesionales responsables de impartir el programa han sido calificadas con un “notable” (media=5,35, sd=0,71). De forma que un 40,9% las ha valorado con un “sobresaliente”, un 31,8% con un “notable” y un 11,4% con un “bien”.

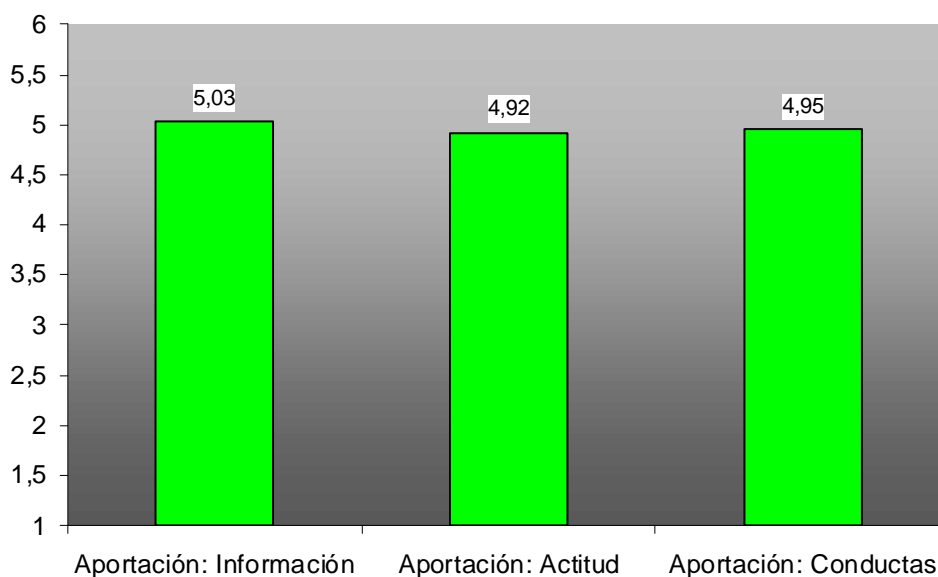
Por último, el alumnado ha evaluado las *aportaciones* del programa en cuanto a la información, y los cambios producidos en las actitudes y comportamientos. Como se aprecia en el gráfico 4.4, los y las participantes puntúan la información proporcionada por el programa, así como los cambios en las actitudes y en los comportamientos con un "notable" (media=5,03, sd=1,01; media=4,92, sd=1,03; media=4,95, sd=0,91). Un 15,9% no ha dado respuesta a estas tres cuestiones.

De esta manera, el 34,1% ha valorado con un "sobresaliente" la información que le ha aportado el programa, el 25% con un "notable", y el 20,5% con un "bien". Otro 2,3% opina que ha sido "suficiente". Una sola persona (2,3%) opina que ha sido insuficiente.

Con respecto a los cambios que el programa ha producido en las actitudes, el 59% de las y los jóvenes los puntúa entre un "sobresaliente" o un "notable", el 13,6% con un "bien" y el 11,4% lo califica con un "suficiente".

La influencia del programa sobre los comportamientos ha sido evaluada por el 27,3% de los estudiantes con un "sobresaliente", por otro 52,2% con un "notable" (29,5%) o un "bien" (22,7%) y el 4,5% con un "suficiente".

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



4.2.- Evaluación de Proceso: 4º de ESO

4.2.1.- Alumnado de 4º de ESO

Cuarenta y nueve personas han sido los y las que han realizado esta evaluación. El 61,2% son hombres (N=30) y el 30,6% mujeres (N=15). Un 8,2% no ha dado datos sobre su sexo.

La edad media de estos-as estudiantes es de 15,09 años (sd=0,28) 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

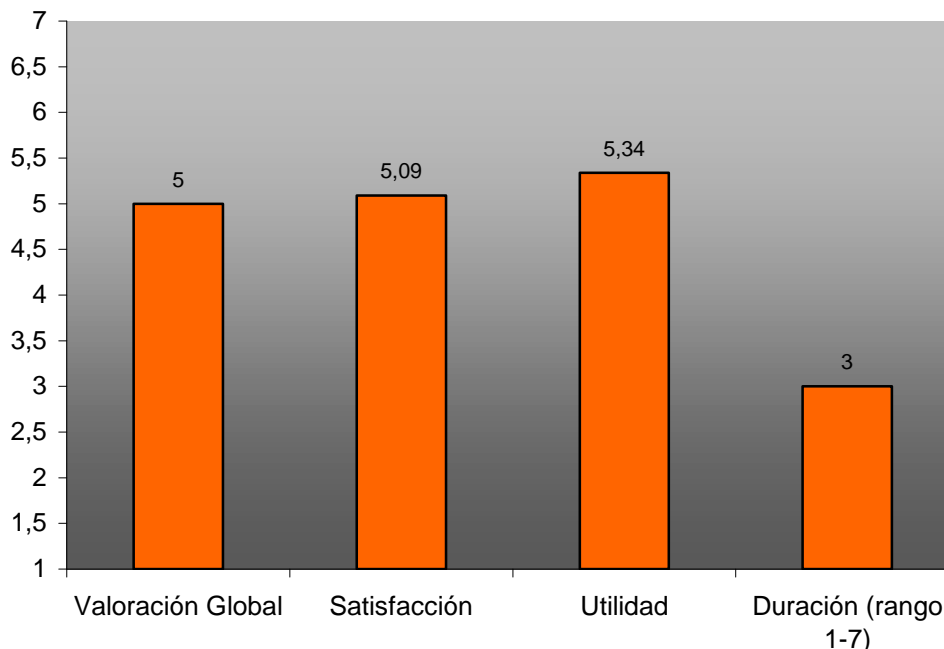
Edad	N	%
15	42	85,7
16	4	8,2
Missing	3	6,1
Total	49	100

En la siguiente gráfica podemos observar los resultados obtenidos respecto a los *aspectos generales* del programa de educación sexual “por pares”. Los-as alumnos-as han valorado de forma “muy positiva” las sesiones recibidas (media=5, sd=1,44). Casi la mitad del alumnado (49%) ha manifestado que la formación ha sido “totalmente positiva”, el 22,4% dice que ha sido “muy positiva” y el 16,3% dice que ha sido “positiva”. Por el contrario, otro 8,2% ha valorado la intervención de forma negativa.

Además, estos-as estudiantes consideran que la realización del programa de educación sexual “por pares” les ha resultado “muy satisfactoria” (media=5,09, sd=1,26). Así, el 89,8% ha manifestado sentirse entre “muy satisfecho” (22,4%) y “totalmente satisfecho” (49%) y el 18,4% dice sentirse “satisfecho”, mientras que el 6,1% dice que la intervención que ha realizado no le ha hecho sentirse satisfecho (N=3).

Respecto a la utilidad del programa, a los-as estudiantes les ha resultado “muy útil” (media=5,34, sd=0,78). El 18,4% ha expresado que le ha parecido “útil”, el 26,5% “muy útil” y el 51% “totalmente útil”.

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

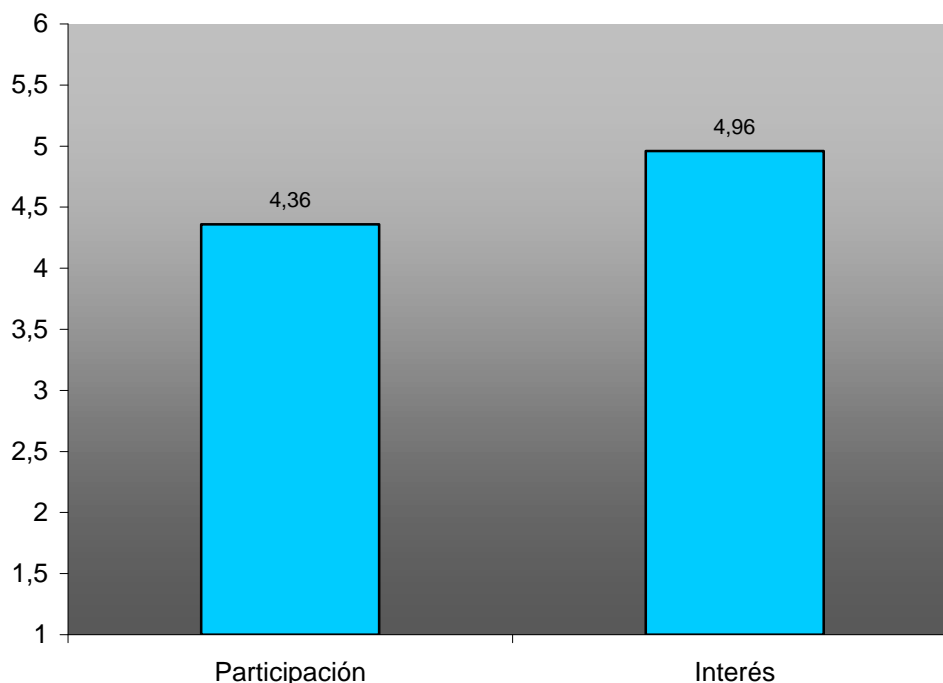


En cuanto a la duración, los-as jóvenes consideran que les ha parecido “corta” (media=3, sd=1,83). En este caso, el 57,1% de los-as asistentes se sitúan entre “corto” (20,4%), “muy corto” (2%) y “totalmente corto” (34,7%), y el 20,4% dice que el programa ha tenido una duración “normal”. Un 18,4% considera que ha sido entre “largo” y “totalmente largo” (N=9).

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=4,36, sd=1,35). Así, el 24,5% de los-as estudiantes se sitúa en “totalmente participativo”, el 16,3% en “muy participativo” y el 38,8% en “participativo”. Un 8,2% considera que ha sido “algo participativo”, un 2% “poco participativo” y un 6,1% “nada participativo”.

En cuanto al interés, los y las participantes consideran que se han sentido “muy interesados” (media=4,96, sd=1,02). En este caso, el 32,7% se sitúan en “muy interesados-as”, un 20,4% se sitúa en “interesado-a”, mientras que el 34,7% se sitúa en “totalmente interesada-o” y un 8,1% ha dicho no haberse sentido interesado-a.

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



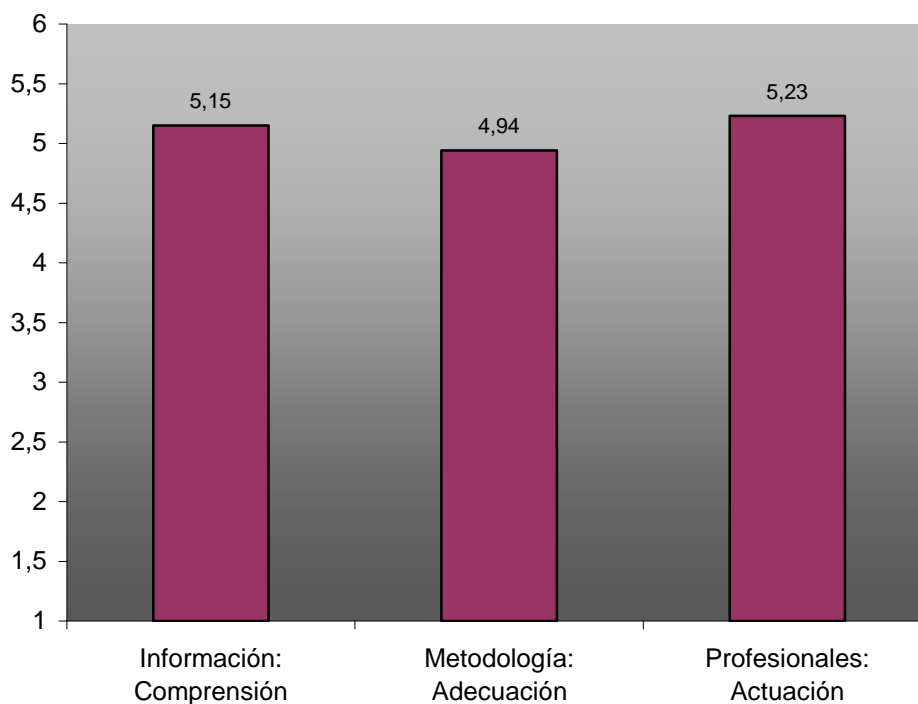
Dos personas (4,1%) no han dado respuesta ni a las cuestiones de los aspectos generales ni a las de la actitud del grupo.

En el siguiente apartado se valoran los *aspectos estructurales* del programa (ver gráfico 4.7). De forma que las y los jóvenes consideran que la información proporcionada por éste ha sido “muy comprensible” (media=5,15, sd=0,96). El 22,4% de participantes del grupo opina que la información que se le ha proporcionado durante el programa ha sido “muy comprensible” y el 44,9% “totalmente comprensible”, un 24,5% opina que ha sido “comprensible” y a una persona (2%) le ha resultado “muy incomprensible”. Un 6,1% no ha dado respuesta a esta pregunta.

En cuanto a la metodología empleada, los-as alumnos-as la han calificado como “muy adecuada” (media=4,94, sd=1,32). El 89,8% valora este aspecto entre “adecuado” (24,5%), “muy adecuado” (22,4%) y “totalmente adecuado” (42,9%). Un 6,1% dice que no le han resultado adecuadas las dinámicas que se han aplicado. Tenemos un 4,1% de valores missing tanto en ésta como en la siguiente cuestión.

Respecto a la calificación que han dado a los-as responsables de aplicar el programa, la puntuación media se sitúa en "notable" (media=5,23, sd=1). Un 28,6% de los alumnos-as los califican con un "notable", el 49% con un "sobresaliente" y un 14,3% con un "bien". Un 4,1% (N=2) los valora con un "insuficiente".

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



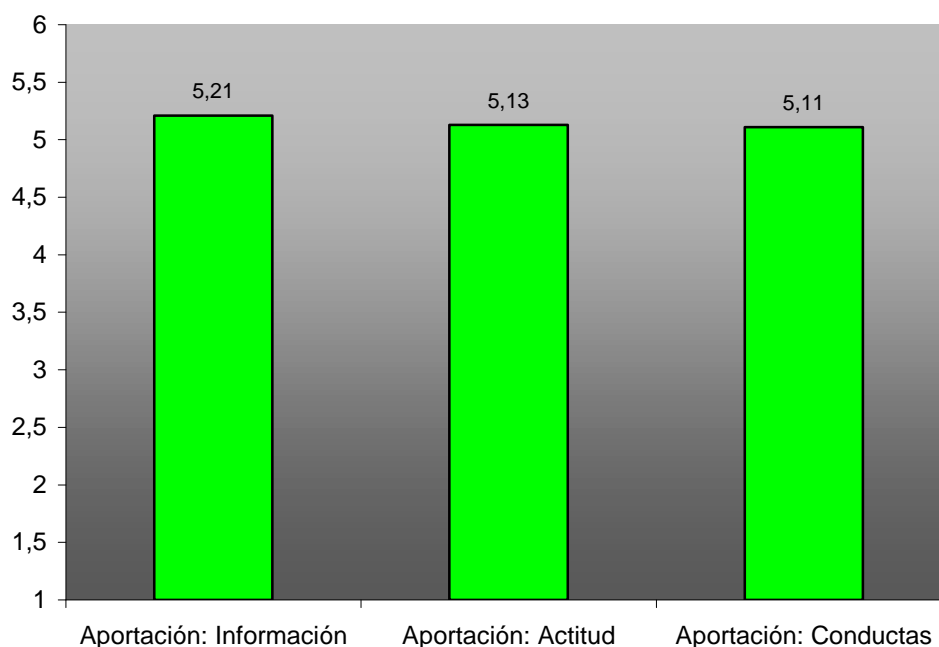
En el gráfico 4.8 se observan las valoraciones que han realizado los-as alumnos-as en cuanto a las *aportaciones* del programa en la información, las actitudes y los comportamientos. Estos y estas jóvenes valoran con un "notable" los cambios habidos en la información (media=5,21, sd=0,80), en las actitudes (media=5,13, sd=1,07) y en las conductas (media=5,11, sd=1,08).

Concretando los datos mencionados, el 36,7% del alumnado valoran con un "notable", el 16,3% con un "bien", el 40,8% con un "sobresaliente" y el 2% con un "suficiente" los cambios informativos. También hay un 4,1% que no valora ni los cambios informativos ni los actitudinales.

Respecto a los cambios en las actitudes, el 44,8% los valora entre “notable” y “bien”, el 46,9% con un “sobresaliente”, el 2% con un “suficiente” y otro 2% con un “muy deficiente”.

En cuanto a los cambios en los comportamientos, el 89,8% los evalúa como “notable” (18,4%), “bien” (24,5%) o “sobresaliente” (46,9%) y el 4,1% como “insuficiente”. Un 6,1% no nos ha aportado su opinión al respecto.

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



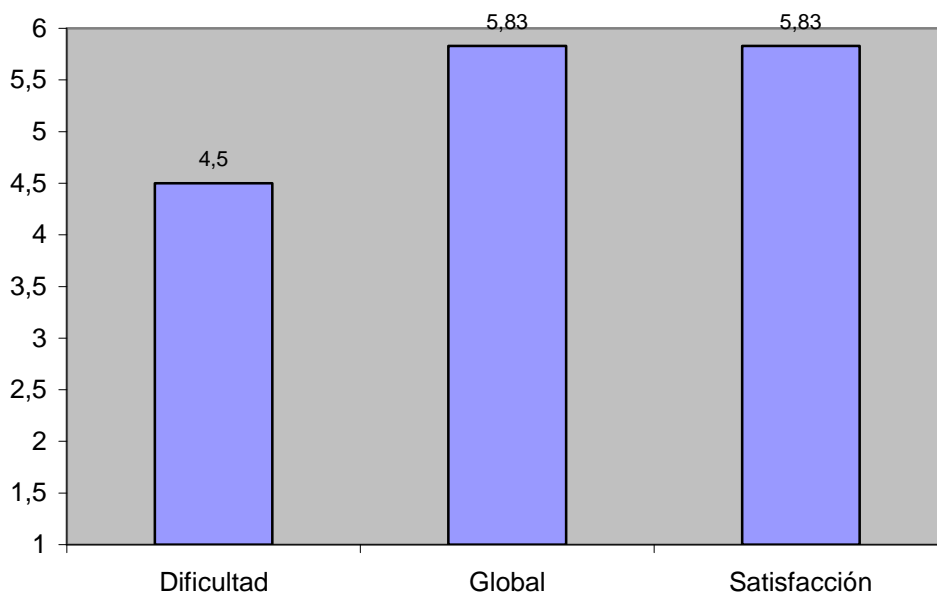
4.2.2.- Jóvenes “Agentes de Salud”

En este apartado se hace referencia a las valoraciones realizadas por los-as “Agentes de Salud” sobre el programa que ellos-as han aplicado en 4º de ESO. El 83,3% de estos-as **6 alumnos-as** de 1º de BACHILLER tiene 16 años (N=5) y el 16,7% 17. El 50% (N=3) de los participantes son hombres y la otra mitad (N=3) mujeres.

Como se refleja en el gráfico 4.9, la **valoración global** que han hecho los-as “Agentes de Salud” del programa realizado ha sido “totalmente positiva” (media=5,83, sd=0,40) y en cuanto a la **satisfacción** dicen estar “totalmente satisfechos-as”

(media=5,83, sd=0,40) evaluándolo el 83,3% de los asistentes como “totalmente positivo” y diciéndose sentir “totalmente satisfechos-as”, de forma que el 16,7% lo ha valorado como “muy positivo” y el mismo porcentaje dice sentirse “muy satisfecho-a”.

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



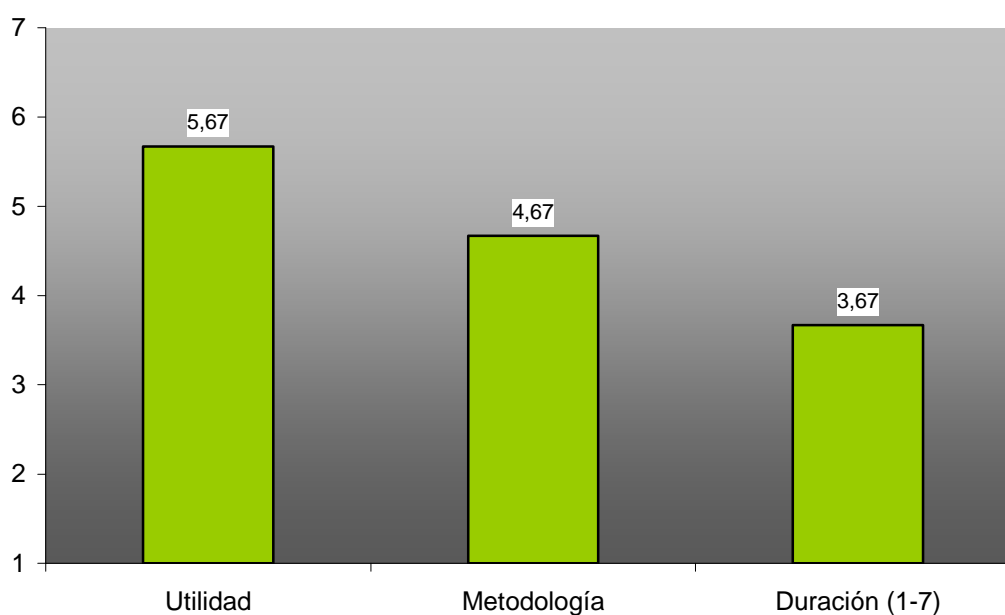
Respecto a la *dificultad* para aplicar el programa, estos-as jóvenes han manifestado que su realización les ha resultado entre “fácil” y “muy fácil” (media=4,5, sd=0,54). De hecho, a la mitad de los “Agentes de Saud” les ha parecido “muy fácil” y a la otra mitad “fácil”.

Como se observa en el gráfico 4.10, en relación a la *utilidad*, estos-as jóvenes creen que el haber participado en el programa les ha sido “totalmente útil” para sus vidas (media=5,67, sd=0,51). Así encontramos que dos tercios de los-as “Agentes de Salud” (66,7%) declara que le ha resultado “totalmente útil” y para el 33,3% ha sido “muy útil”.

Con respecto a su *duración*, dicen que el tiempo empleado les ha parecido “adecuado” (media=3,67, sd=0,81). De forma que el 83,3% dicen que la duración del programa les ha resultado “suficiente” y el 16,7% “muy corto”.

Valoran la *metodología* empleada como “muy adecuada” (media=4,67, sd=0,81). Atendiendo a la distribución de los porcentajes de respuesta, encontramos que para el 16,7% ha sido “totalmente adecuada”, para el 33,3% ha sido “muy adecuada” y para el 50% restante “adecuada”.

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

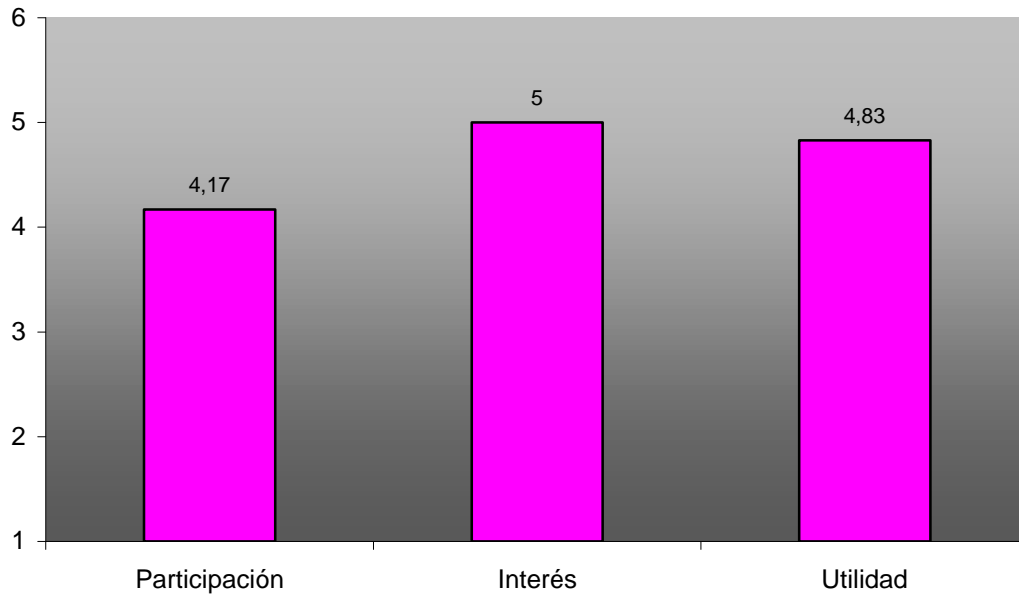


Como se puede apreciar en el gráfico 4.11, en cuanto a la *participación* de los-as alumnos-as de 4º de ESO, los-as “Agentes de Salud” consideran que han sido “participativos-as” (media=4,17, sd=0,98). Así encontramos que el 66,7% de los y las agentes dicen que el alumnado de 4º ha sido “participativo”, un 16,7% dice que han sido “totalmente participativos” y el resto (16,7%) que han sido “algo participativos”.

Los-as “Agentes de Salud” califican el *interés* que ha mostrado el alumnado de 4º como “muy interesados-as” (media=5; sd=0,63). El 66,7% manifiesta que los-as alumnos-as de 4º han estado “muy interesados”, el 16,7% dice que han estado “interesados-as” y el mismo porcentaje dice que han estado “totalmente interesados”.

Con respecto a la *utilidad* de la experiencia, consideran que ha sido “muy útil” (media=4,83, sd=0,98) para sus vidas. En este caso, un 66,7% manifiesta que les ha resultado “muy útil”, el 16,7% “totalmente útil” y otro 16,7% dice que les ha sido “útil”.

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



4.3.- EVALUACIÓN DE PROCESO: 3º ESO

Este programa ha sido realizado por **57 alumnos-as**. El 50,9% son hombres (N=29) y el 38,6% mujeres (N=22). La edad media de estos-as estudiantes es de 14,06 años (sd=0,23) y el rango de edad oscila entre los 14 y 15 años (ver tabla 4.3).

Tabla 4.3.- Distribución de la muestra en función de la edad: 3º de ESO

Edad	N	%
14	50	87,7
15	3	5,3
Missing	4	7
Total	57	100

Como se refleja en el gráfico 4.12, con respecto a la **valoración general**, los-as estudiantes valoran de forma "totalmente positiva" el programa (media=5,51, sd=1,03). El 68,4% hace una evaluación "totalmente positiva" del programa, un 12,3% lo evalúa de forma "muy positiva" y un 8,8% "positivamente". Sólo un 3,6% lo ha valorado de

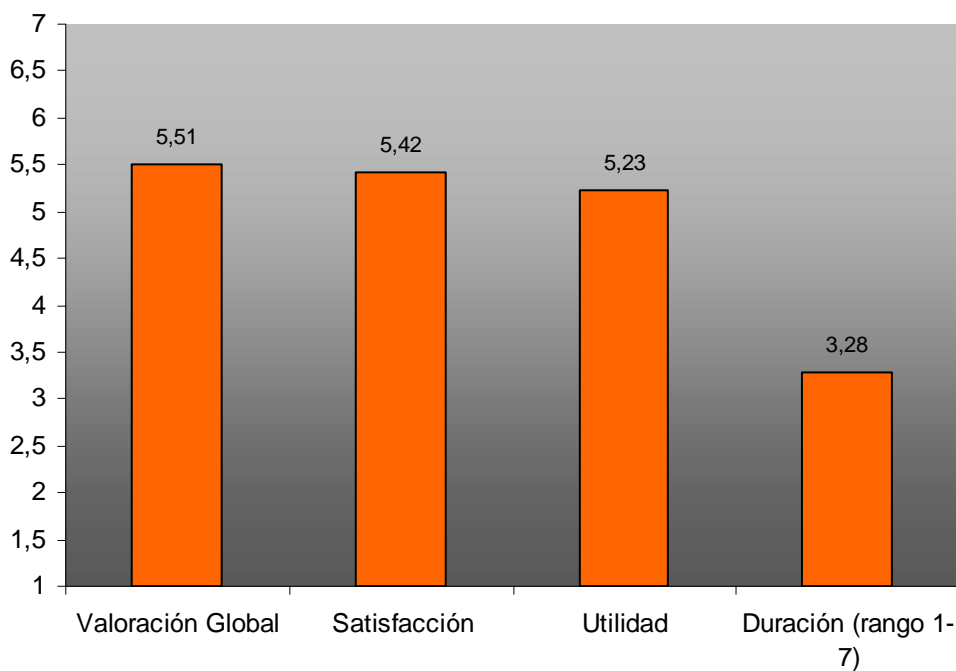
forma negativa (N=2). Cuatro personas no han cumplimentado el cuestionario por lo que carecemos de estos datos (7%).

Los-as estudiantes de este centro han manifestado sentirse “muy satisfechos-as” con la realización del programa (media=5,42, sd=0,90). Confirmando este dato, el 91,2% dice haberse mostrado entre “satisfecho-a” (8,8%), “muy satisfecho-a” (28,1%) y “totalmente satisfecho-a” (54,4%), y un 1,8% afirma no haberse sentido satisfecho-a.

Estos-as jóvenes consideran que la realización del programa ha sido “muy útil” (media=5,23, sd=0,80). El 21,1% del alumnado afirma que el programa les ha resultado “útil”, al 29,8% le ha parecido “muy útil” y el 42,1% considera que su participación en el programa ha sido “totalmente útil”.

El alumnado ha valorado el tiempo destinado al programa como “corto” (media=3,28; sd=1). De forma que al 10,5% le ha resultado “totalmente corto”, al 3,5% “muy corto”, al 29,8% “corto”, al 47,4% “suficiente”, y al 1,8% “largo”.

**Gráfico 4.12: Evaluación de Proceso I
Programas de Educación Sexual
Axular Lizeoa 3º de ESO**

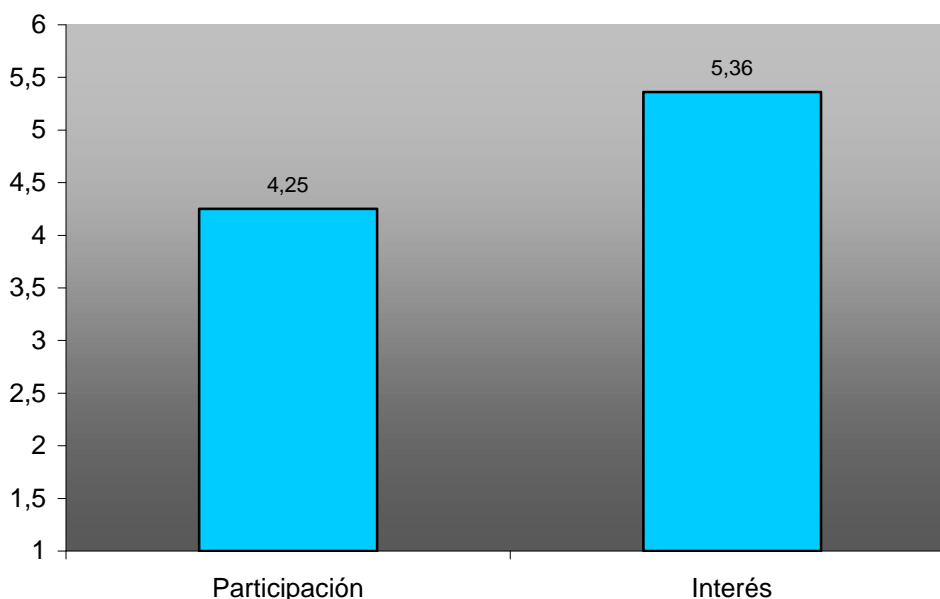


En el gráfico siguiente presentamos los resultados sobre la *actitud de los grupos* durante el programa. Los jóvenes consideran que han sido "participativos" (media=4,25, sd=1,17) y manifiestan haberse sentido "muy interesados-as" (media=5,36, sd=0,78).

De forma que un 19,3% considera que ha sido "participativo", un 29,8% "muy participativo", un 14% "totalmente participativo", un 24,6% se sitúa en "algo participativos" y el 5,3% en "poco participativos".

Describiendo los datos sobre el interés del alumnado, un 17,5% dice haberse mostrado "interesado-a", un 24,6% "muy interesado-a" y un 50,9% "totalmente interesado-a".

**Gráfico 4.13: Evaluación de Proceso II
Programas de Educación Sexual
Axular Lizeoa 3º de ESO**

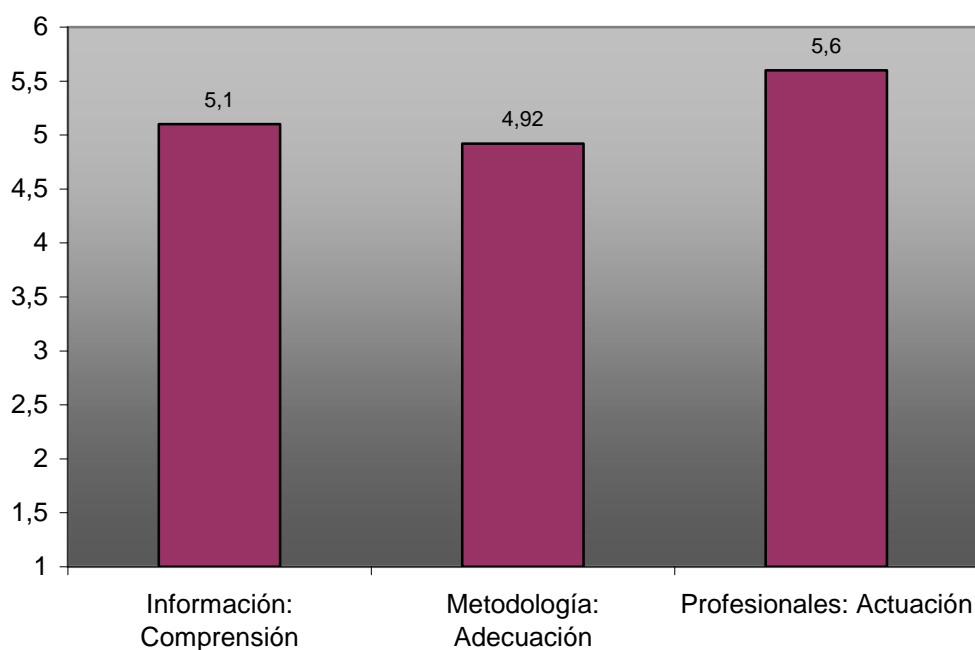


Con respecto a los *aspectos estructurales*, en el gráfico 4.14 se refleja que los participantes consideran que la información que se les ha proporcionado durante el programa ha sido "muy comprensible" (media=5,10, sd=1,03). Al 21,1%, les ha parecido que la información ha sido "comprensible", al 26,3% "muy comprensible" y al 40,4% "totalmente comprensible". A un 3,6% no le ha parecido comprensible.

Con respecto a la metodología empleada en las sesiones de educación sexual, los-as estudiantes dicen que ha sido “muy adecuada” (media=4,92, sd=0,82). El 29,8% califica las técnicas pedagógicas como “adecuadas”, el 35,1% como “muy adecuadas”, el 26,3% las considera “totalmente adecuadas”, mientras que el 1,8% las califica como “inadecuadas”.

Además, valoran a las profesionales que han impartido el programa con un “sobresaliente” (media=5,60, sd=0,56). Un 59,6% califican el trabajo hecho por las profesionales con “sobresaliente”, el 29,8% con un notable y el 3,5% las califican con un “bien”.

**Gráfico 4.14: Evaluación de Proceso II
Programas de Educación Sexual
Axular Lizeoa: 3º de ESO**



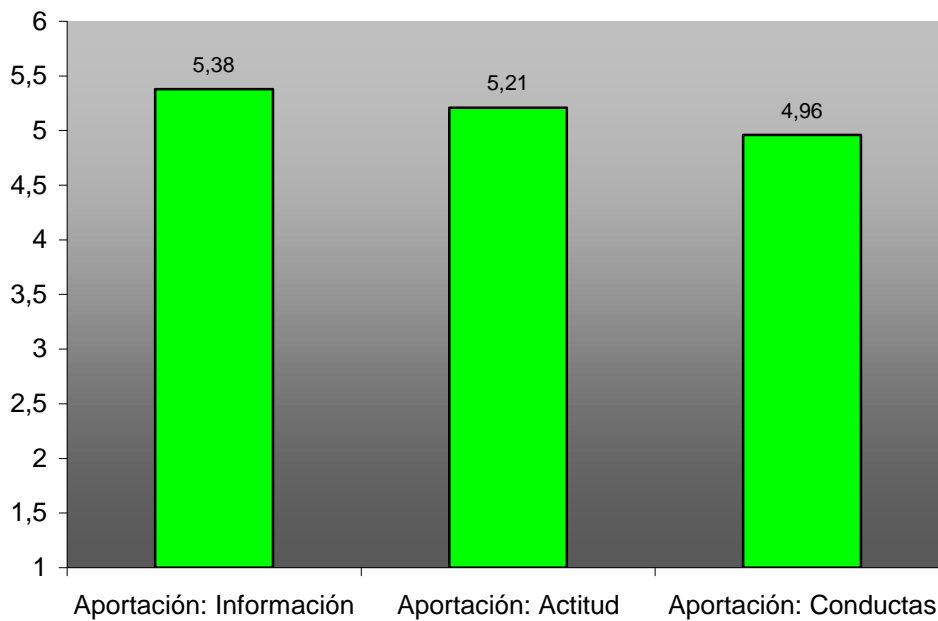
Como se puede ver en el gráfico 4.15, los-as jóvenes evalúan las *aportaciones* realizadas por el programa en los conocimientos, en las actitudes y en las conductas con una puntuación media de “notable” (media=5,38, sd=0,65; media=5,21, sd=0,76; media=4,96, sd=1,07).

El 43,9% puntúa los conocimientos aportados por el programa con un "sobresaliente", el 40,4% con un "notable" y un 8,8% con un "bien".

El 14% de los-as jóvenes ha valorado el cambio en las actitudes con un "bien", el 40,4% con un "notable", el otro 36,8% con un "sobresaliente" y el 1,8% con un "suficiente".

Con respecto a los cambios habidos en las conductas, un 21,1% los ha puntuado con un "bien", un 29,8% con un "notable", un 35,1% con un "sobresaliente", otro 5,3% con un "suficiente" y un 1,8% de forma negativa.

**Gráfico 4.15: Evaluación de Proceso IV
Programas de Educación Sexual
Axular Lizeoa 3º de ESO**



CAPÍTULO 5

RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DE RESULTADOS: 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 44 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 y estas 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.

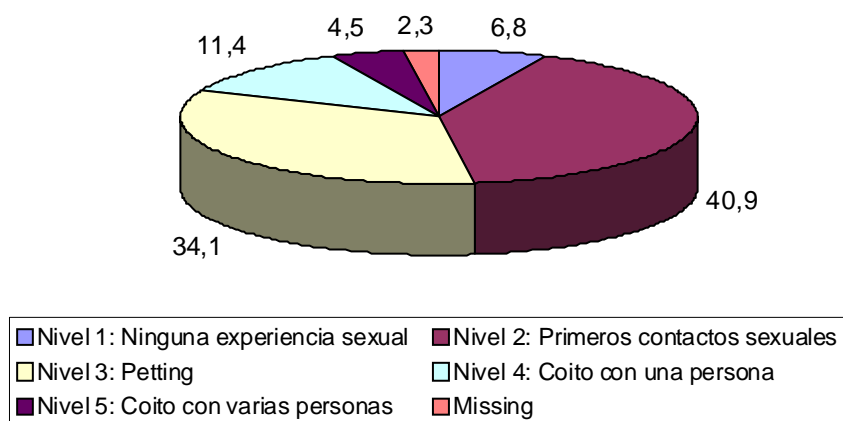
Un 15,9% (N=7) declara que se sitúa en los niveles de experiencia coital (4 y 5), y un tercio de los-as jóvenes, un 34,1% (N=15) ha accedido al nivel de *petting* (nivel 3). Un 40,9% (N=18) ha tenido sus primeros contactos sexuales (nivel 2) y el 6,8% (N=3) no ha tenido experiencia sexual.

Como se muestra en el gráfico 5.2, analizando los datos del *comportamiento sexual en el momento actual*, se observa que casi la mitad de los-as estudiantes, es decir el 45,5% (N=20) no mantiene ningún tipo de relación sexual, el 36,4% (N=16) mantiene relaciones de *petting* y el 15,9% mantiene *relaciones coitales*. Una persona (2,3%) no nos ha dado ninguna información sobre su experiencia sexual.

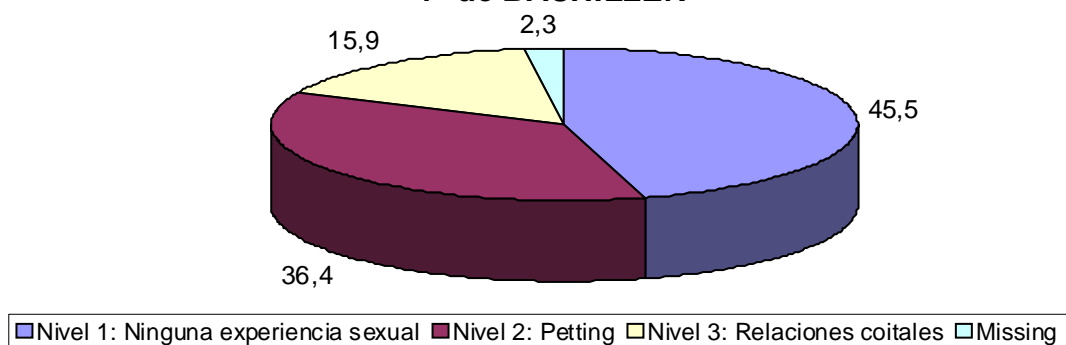
De los que tienen experiencia sexual coital, tanto en el *pre-test* como en el *post-test* el 71,4% manifiesta que siempre utilizan métodos preventivos (N=5), y no tenemos

información de dos personas. De esos 5 alumnos/as, el 80% dice utilizar el preservativo, una persona dice que toma la píldora anticonceptiva y nadie declara usar el coito interrumpido ni antes ni después del programa. Las declaraciones de estos jóvenes nos indican que no contamos con jóvenes que adopten patrones sexuales de riesgo.

**Gráfico 5.1: Nivel de Experiencia Sexual.
1º de BACHILLER**



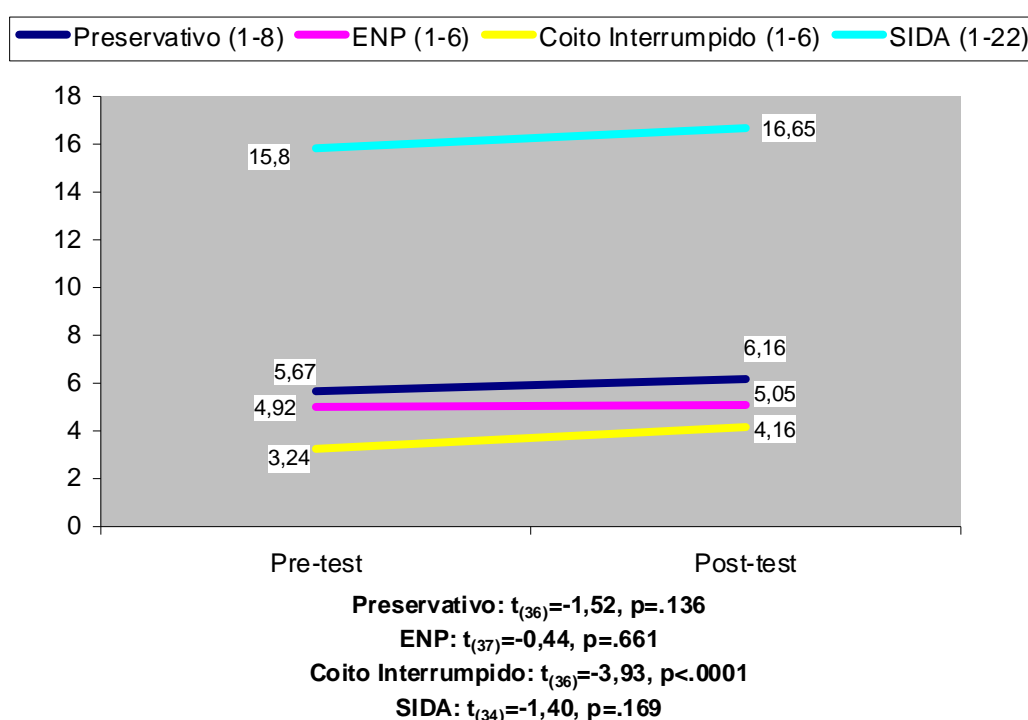
**Gráfico 5.2: Comportamiento Sexual Actual.
1º de BACHILLER**



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 y las 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 significativos a corto plazo en los conocimientos de los-as alumnos-as sobre el Coito Interrumpido (ver gráfico 5.3).

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



En el caso del uso del preservativo los-as jóvenes pasan de una puntuación media en el pre-test de 5,67 (sd=1,52) a una puntuación de 6,16 (sd=1,84). Por lo que los conocimientos sobre el uso del preservativo no han mejorado significativamente.

Sin embargo los conocimientos sobre el coito interrumpido mejoran de forma estadísticamente significativa, pasando de una media en el pre-test de 3,24 (sd=1,42) a 4,16 (sd=1,25).

Analizando los datos sobre un ENP, se observa que los-as jóvenes pasan de una puntuación en el pre-test de 4,92 (sd=1,56) a 5,05 (sd=1,61). Por lo que se concluye que

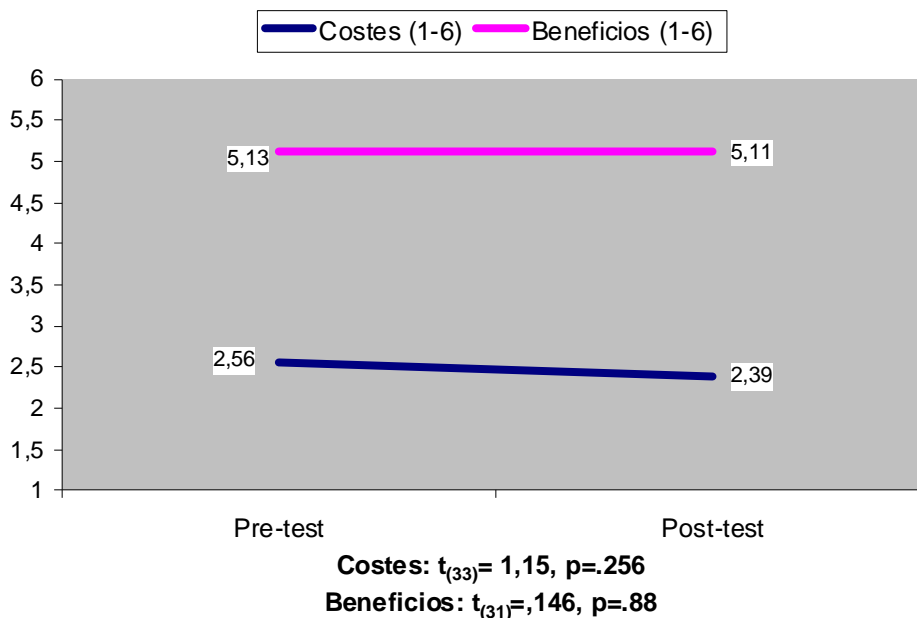
los-as alumnos-as después de recibir el programa no tienen más conocimientos sobre las situaciones en las que existen posibilidades de que se produzca un ENP.

Con respecto a la transmisión sexual de VIH/SIDA, los-as jóvenes pasan de una puntuación media en el pre-test de 15,80 (sd=2,76) a 16,65 (sd=3,83) en el post-test. La puntuación media que han obtenido después del programa está lejos de acercarse a la puntuación máxima (22) (ver gráfico 5.9).

A continuación se describen los cambios producidos en los-as adolescentes que han recibido el programa 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.

Como se ve en el gráfico 5.10, los-as jóvenes de 1º de Bachillerato parten de unas creencias bastantes positivas sobre el uso del preservativo. Por ello, se observa que después de realizar el programa no se produce ni una disminución de las desventajas atribuidas a la utilización de esta medida preventiva ni un aumento de sus beneficios.

Gráfico 5.4. Impacto del Programa de 4º DBH sobre las Creencias del Uso del Preservativo



Con respecto a los beneficios los-as adolescentes pasan de una puntuación media inicial de 5,13 (sd=0,53) a 5,11 (sd=0,78) en el post-test. Asimismo la media en el pre-test de la percepción de costes derivados del uso del preservativo es 2,56 (sd=0,52) y la del post-test 2,39 (sd=0,82).

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-as 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.

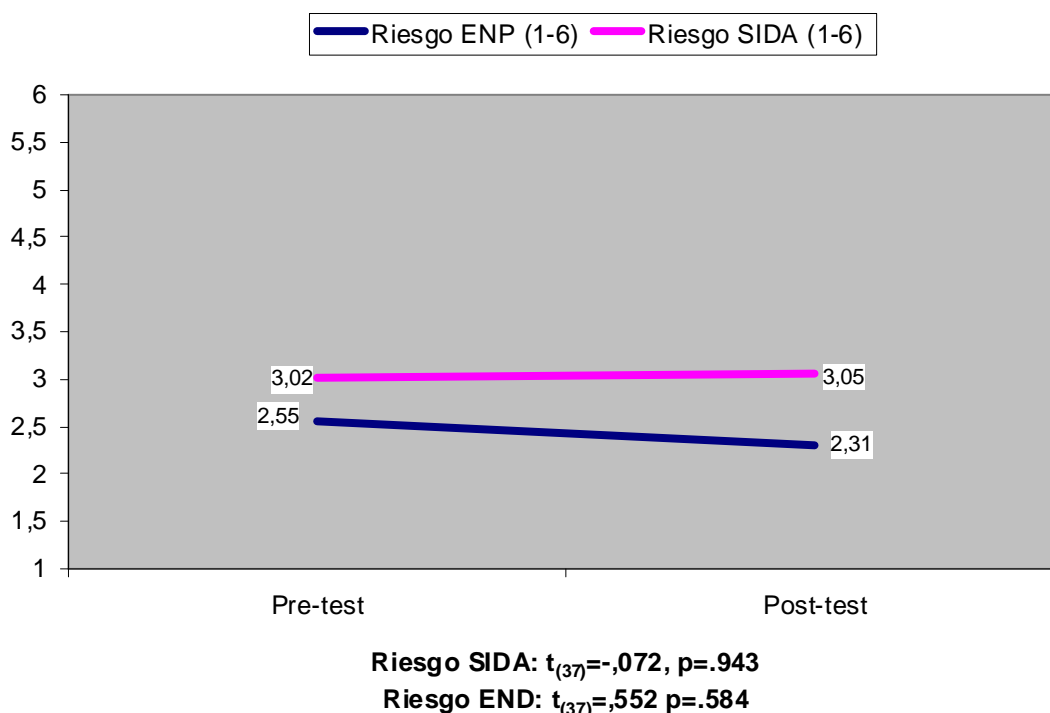
Los resultados muestran que en los grupos de adolescentes que han recibido el programa no se han producido cambios significativos en la *percepción de riesgo de SIDA* ni en la *percepción de riesgo de ENP* después de la realización del programa.

De forma que no se ha producido un aumento significativo en la percepción de riesgo de SIDA, pasando de una puntuación en el pre-test de 3,02 (sd=1,66) a 3,05 (sd=2,15) en el post-test. Tampoco se ha producido una mejoría en la percepción de riesgo de un ENP, siendo la puntuación media en el pre-test de 2,55 (sd=1,91), y en el post-test de 2,31 (sd=2,01) (rango 1 al 6) (ver gráfico 5.4).

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

Por un lado, esta baja percepción de los riesgos sexuales es coherente con la declaración del uso del preservativo, ya que prácticamente nadie mantiene relaciones coitales de riesgo. Por otra parte, esta percepción tan baja de los riesgos sexuales podría ser perjudicial para reforzar el uso del preservativo.

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



La **autoeficacia** se refiere a la disponibilidad de recursos conductuales, es decir de habilidades y competencias para comunicarse adecuadamente y negociar con las parejas 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 intimidad sexual), tienen más dificultades para resolver eficazmente la situación, es decir ser capaz de negarse a realizar el coito o de plantear comportamientos preventivos (usar 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-as 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.

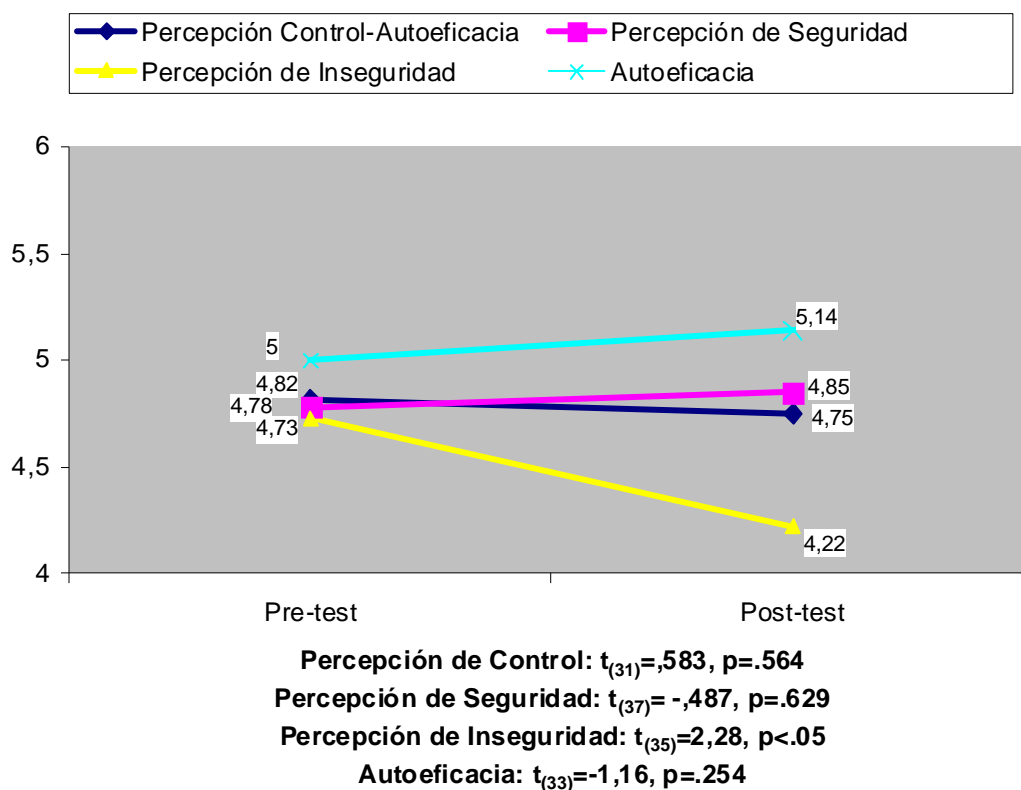
Con respecto a la **percepción de control general**, los resultados de la evaluación a corto plazo indican que el programa no ha conseguido ni aumentar la percepción que tienen los jóvenes sobre su capacidad para controlar las potenciales situaciones sexuales de riesgo, ni tampoco disminuir la posible ilusión de control. Como se ve en el gráfico 5.5, la media en el pre-test se sitúa en 4,82 (sd=0,54) y en el post-test 4,75 (sd=0,86).

Analizando las tres dimensiones independientes, encontramos que el programa no ha tenido efecto significativo sobre la **percepción que tienen estos y estas jóvenes acerca de su seguridad para controlar potenciales situaciones sexuales de riesgo**. Como se puede observar en el gráfico 5.5, la seguridad que los-as jóvenes perciben sobre su capacidad para controlar las situaciones de intimidad sexual no aumenta significativamente después de la intervención (pre-test: media=4,78; sd=0,71) (post-test: media=4,85; sd=1,02).

Aunque sí disminuye la **percepción que tienen estos y estas jóvenes sobre su incapacidad para controlar potenciales situaciones sexuales de riesgo**. De forma que las puntuaciones medias en el pre-test (media=4,73; sd=1,13) desciende de forma significativa en el post-test (media=4,22; sd=1,55).

Al igual que con la dimensión de la percepción de inseguridad no se encuentran diferencias significativas en la percepción que tienen los jóvenes sobre su **capacidad para proponer conductas preventivas**. La puntuación media del pre-test en autoeficacia es 5 (sd=0,74) y en el post-test de 5,14 (sd=0,93) (gráfico 5.5).

Gráfico 5.6: Impacto del Programa de 1º de Bachillerato sobre la Percepción de Control y la Autoeficacia

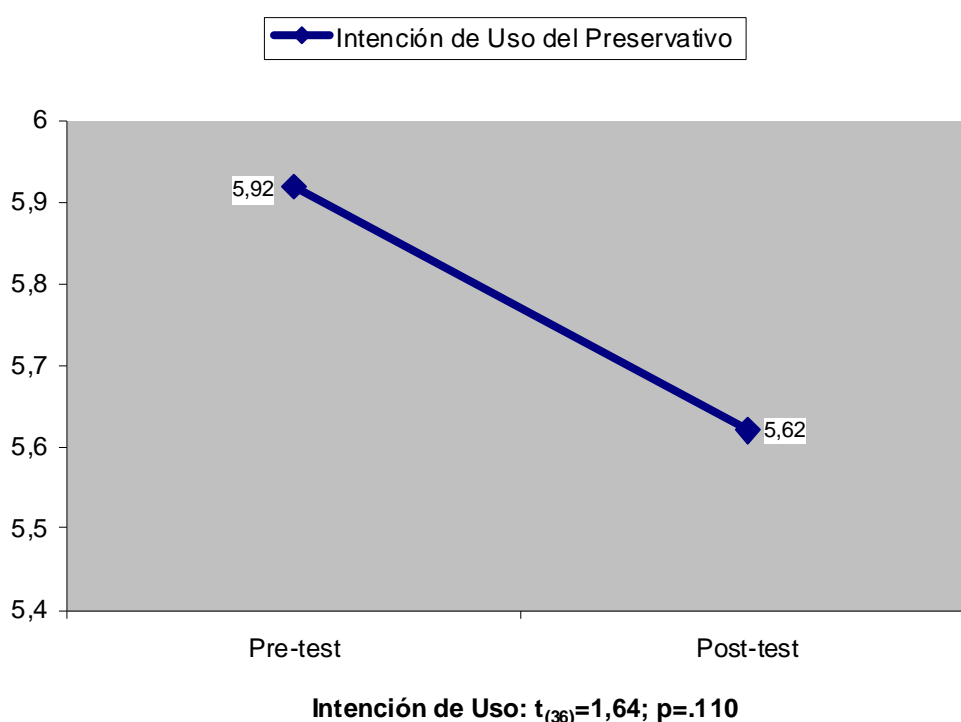


Por tanto, los y las jóvenes que han recibido el programa de educación sexual no se sienten con más recursos y con mayor capacidad para controlar las situaciones de intimidad sexual. Por otra parte, la intervención no ha logrado disminuir el potencial sesgo denominado "ilusión de control". Sin embargo, después del programa los jóvenes se sienten menos inseguros para afrontar en un futuro potenciales situaciones sexuales de riesgo.

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 y las jóvenes adopten esta medida de prevención en sus relaciones sexuales.

En el gráfico 5.6. se observa que la intervención no ha tenido impacto en la intención de uso del preservativo. Esto se debe al efecto techo, es decir, las puntuaciones medias antes del programa son tan altas (medias=5,92; sd=,27) que es imposible que se den cambios estadísticamente significativos. Aún y todo, los datos estadísticos indican que esta alta puntuación se ha mantenido después del programa (media=5,62; sd=1,06).

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

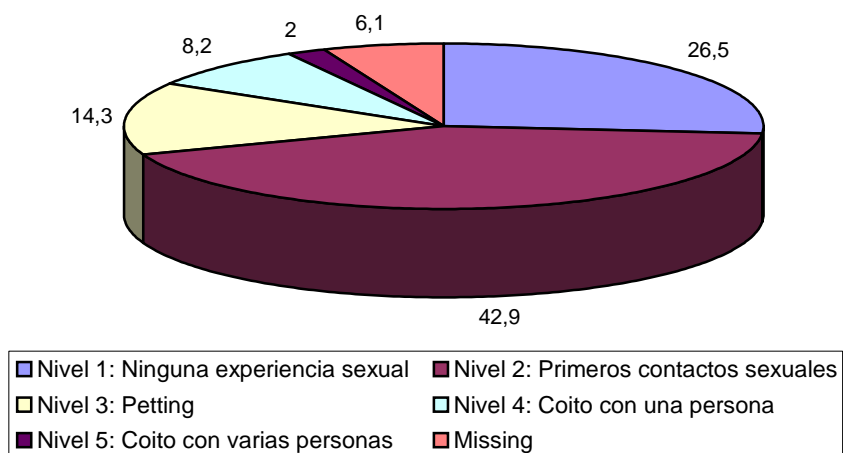


5.2.- Resultados del Programa de Educación Sexual "Por Pares": 4º de ESO

Siguiendo los niveles clásicos de Schofield (1965, 1973), los 49 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 5.7. Cinco personas (10,2%) declaran tener experiencia sexual coital (niveles 4 y 5), un 14,3% (N=7) ha accedido al nivel de *petting* (nivel 3), y un 42,9% (N=21) ha tenido sus primeros contactos sexuales

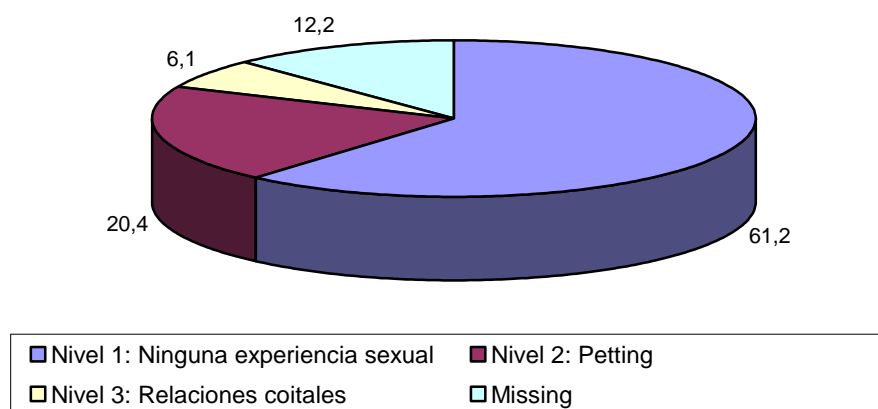
(nivel 2). Por último, un 26,5% (N=13) de estos-as jóvenes no ha tenido ninguna experiencia sexual. Se desconocen los datos de 3 personas (6,1%).

**Gráfico 5.8: Nivel de Experiencia Sexual
4º de ESO**



Analizando los datos del *comportamiento sexual que tienen estos/as jóvenes en el momento actual*, se observa que casi las dos terceras partes, el 61,2% (N=30) no mantiene ningún tipo de relación sexual, el 20,4% (N=10) mantiene relaciones sexuales de todo tipo sin incluir el coito y un 6,1% mantiene relaciones coitales (N=3). No se ha obtenido información sobre 6 personas (12,2%).

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



De los-as que tienen experiencia coital y contestan a las preguntas sobre la adopción de conductas sexuales preventivas o de riesgo, en el pre-test el 60% dice que “siempre” utiliza algún método preventivo (N=3) y el 40% dice que lo utiliza “a veces”, en el post-test el 66,6% aseguran utilizar “siempre” algún método y el 33,3% restante “a veces”. Antes del programa, todos-as estos-as jóvenes declaran usar el preservativo y nadie dice utilizar la marcha atrás, sin embargo, después una persona declara no usarlo el preservativo y practicar el coito interrumpido.

Como en el caso de los alumnos de 1º de Bachiller, con el fin de evaluar el programa de educación sexual “por pares”, los grupos han cumplimentado un cuestionario antes (pre-test) y después (post-test) de la realización del programa.

Examinando los resultados del nivel de conocimientos de los-as 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*, en particular sobre las normas del uso del preservativo y el coito interrumpido (ver gráfico 5.9).

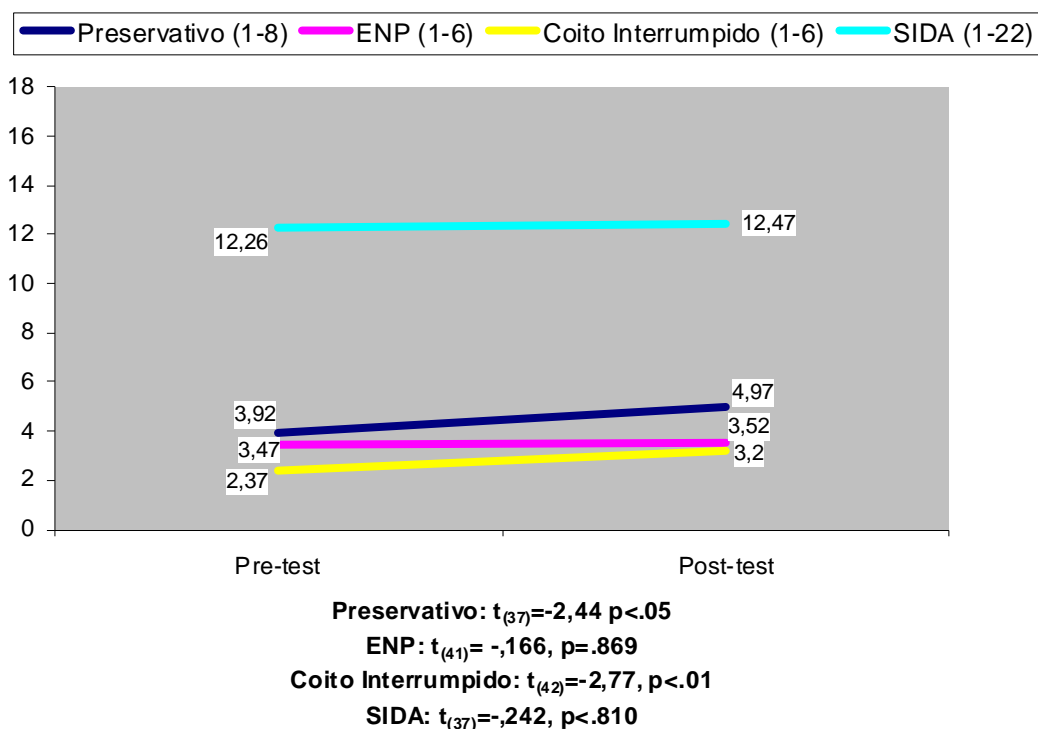
Respecto a las normas de utilización del preservativo, los-as jóvenes obtienen una puntuación en el pre-test de 3,92 (sd=2,07) que en el post-test aumenta a una puntuación media de 4,97 (sd=2,18).

Del mismo modo, los conocimientos sobre el coito interrumpido mejoran estadísticamente, ya que pasan de tener una media de 2,37 (sd=1,57) en el pre-test a 3,20 (sd=1,73) en el post-test. Es decir, después de la aplicación del programa los alumnos-as de 4º de DBH saben más sobre la ineficacia de este método.

Analizando los datos de las posibilidades de un ENP se observa que los-as jóvenes pasan de una puntuación en el pre-test de 3,47 (sd=1,78) a 3,52 (sd=1,79). Por lo que podemos concluir que los-as alumnos-as después de recibir el programa no tienen más conocimientos sobre las distintas situaciones en las que existen posibilidades de que se produzca un ENP.

Con respecto a la transmisión sexual de VIH/SIDA, los-as jóvenes pasan de una puntuación media en el pre-test de 12,26 (sd=4,78) a 12,47 (sd=6,02) en el post-test. No se ha producido una mejora significativa en el conocimientos de estos/as jóvenes sobre el VIH/SIDA, la puntuación media que han obtenido después del programa está lejos de acercarse a la puntuación máxima (22) (ver gráfico 5.9).

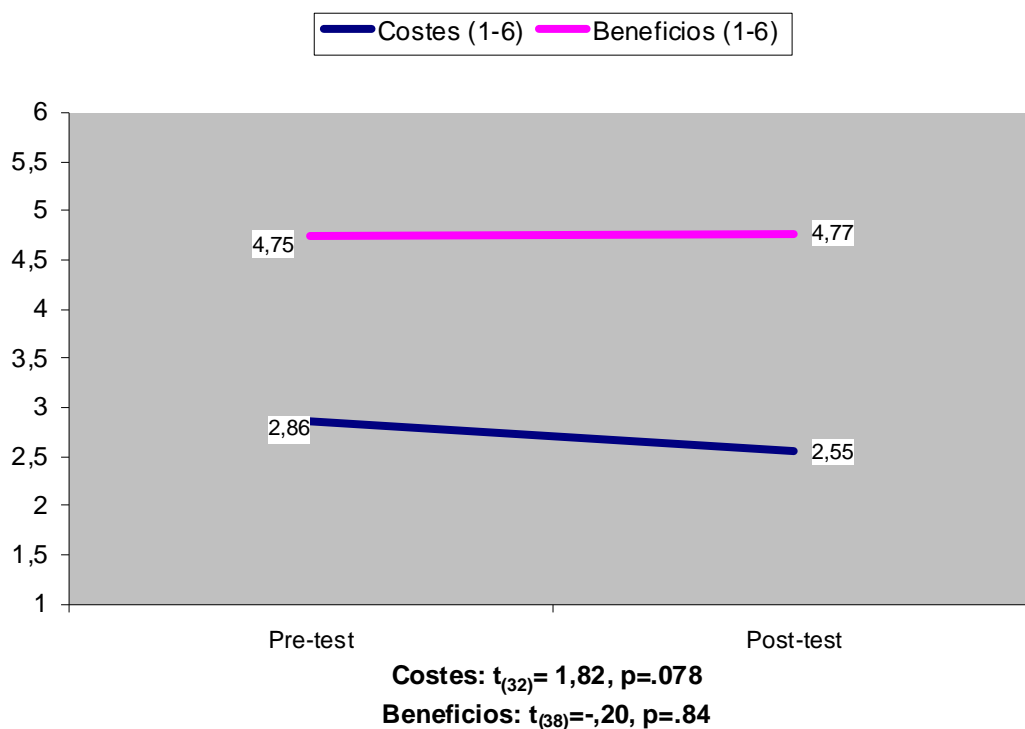
Gráfico 5.10. Impacto del Programa de 4º de ESO sobre los Conocimientos de la Prevención Sexual



A continuación se describen los cambios producidos en los-as adolescentes que han recibido el programa 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. Como se ve en el gráfico 5.10, los-as 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 tendencial de las desventajas atribuidas a la utilización de esta medida preventiva aunque no un aumento significativo de sus beneficios.

Con respecto a los beneficios los-as adolescentes pasan de una puntuación media inicial de 4,75 (sd=0,91) a 4,77 (sd=0,98) en el post-test. Asimismo la media en el pre-test de la percepción de costes derivados del uso del preservativo es 2,86 (sd=0,85) y la del post-test 2,55 (sd=0,81).

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

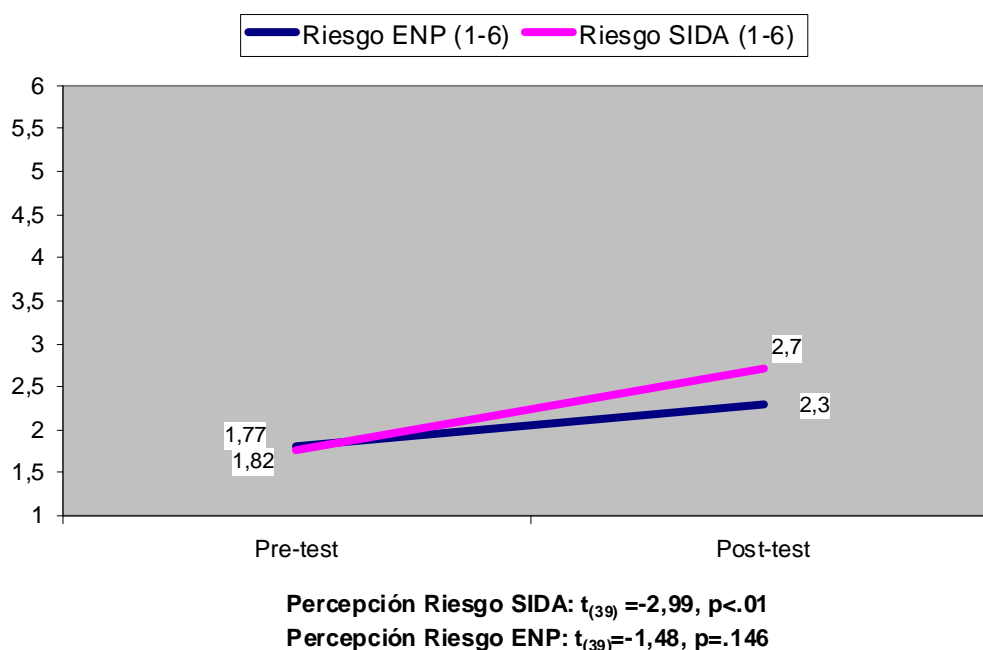


Otra de las variables que se ha abordado en el programa es la *percepción de riesgo*, es decir la creencia que tienen los-as jóvenes sobre su vulnerabilidad frente al riesgo de un ENP o de una ETS como el SIDA. Recordamos que cuanto más susceptible o vulnerable se sienta una persona hacia un determinado riesgo o enfermedad, mayor es la probabilidad de que tenga comportamientos preventivos. Por tanto a la hora de interpretar los datos, cuanto mayor sea puntuación el resultado es más favorable.

Los análisis realizados indican que a corto plazo en los grupos de adolescentes que han recibido el programa no se ha producido un incremento significativo en la *percepción de riesgo de un embarazo no planificado*. Los-as jóvenes, después de haber

realizado el programa, no consideran más probable la ocurrencia de un *embarazo no planificado*. De forma que de una puntuación en el pre-test de 1,82 (sd=1,44) se pasa a 2,30 (sd=1,63) en el post-test. Aunque sí se ha producido una mejoría estadísticamente significativa en la *percepción de riesgo del SIDA*. La puntuación media inicial (media=1,77, sd=2,01) asciende después del programa (media=2,70, sd=1,78) (ver gráfico 5.11).

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



En conclusión, el alumnado que ha realizado el programa no se considera más vulnerable de sufrir un ENP, pero sí de que le transmitan el VIH/SIDA si no usan un método preventivo 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-as 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.

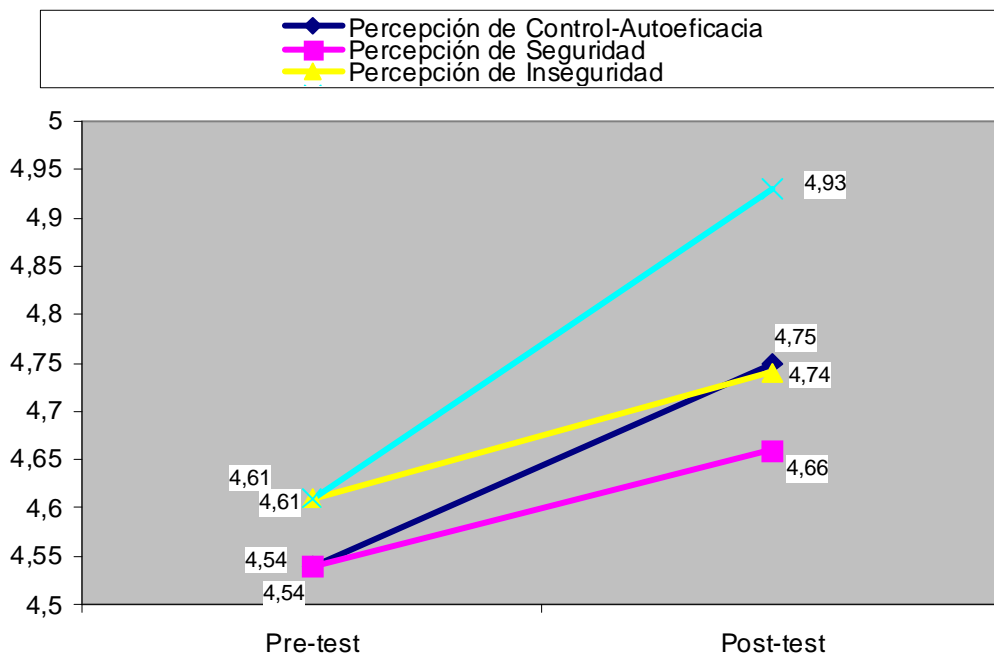
Los datos indican que el programa ha conseguido incrementar de forma tendencial *la percepción de los y las jóvenes sobre su capacidad para controlar posibles situaciones sexuales de riesgo* (ver gráfico 5.12). Estas son las puntuaciones medias del pre-test (4,54, sd=0,91) y del post-test (4,75, sd=0,94).

Sin embargo, después de la realización del programa, los-as jóvenes no se perciben más seguros o menos inseguros para controlar potenciales situaciones sexuales de riesgo (ver gráfico 5.12). Atendiendo a las puntuaciones, se observa que las medias antes (seguridad: media=4,54, sd=1,24) (inseguridad: media=4,61, sd=1,03) y después (seguridad: media=4,66, sd=1,22) (inseguridad: media=4,74, sd=1,13) no mejoran de forma estadísticamente significativa.

En autoeficacia las medias del pre-test (media=4,61, sd=1,02) y post-test (media=4,93, sd=1,13) indican que ha habido un cambio tendencial.

Por tanto, el programa ha conseguido tendencialmente que los-as jóvenes perciban que controlan más las relaciones sexuales, aunque no que se sientan más seguros o menos inseguros ante este tipo de situaciones. La intervención también les ha proporcionado tendencialmente más 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.

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



Percepción de Control y Autoeficacia: $t_{(37)}=-1,85$, $p=.071$

Percepción de Seguridad: $t_{(41)}=-,82$, $p=.416$

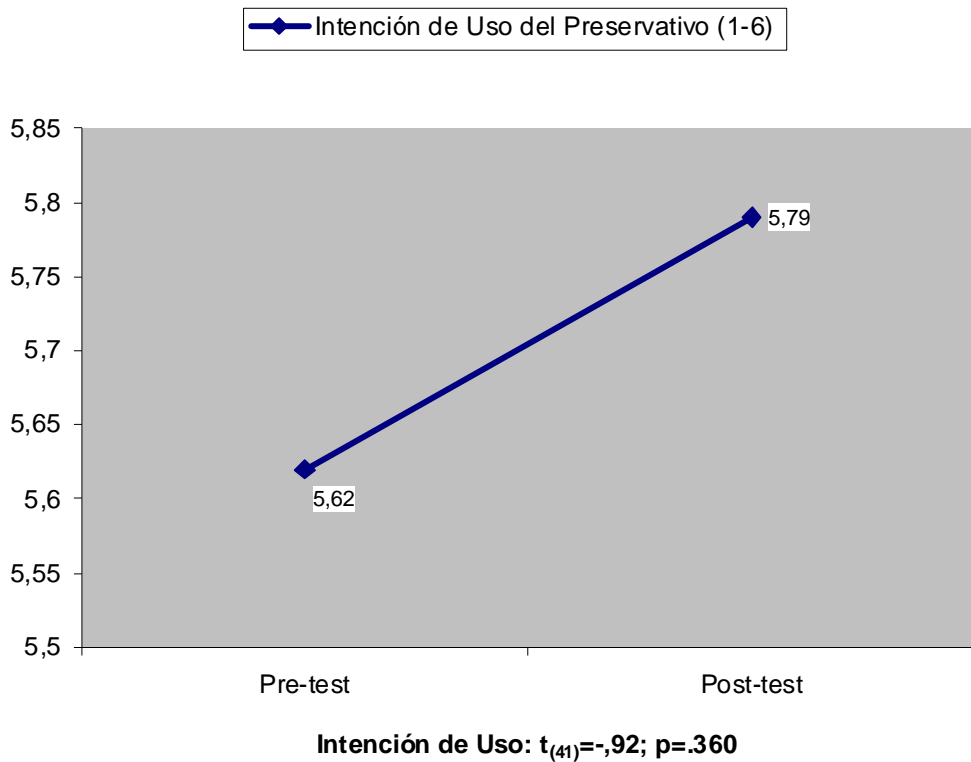
Percepción de Inseguridad: $t_{(40)}=-1,08$, $p=.286$

Autoeficacia: $t_{(39)}=-1.89$, $p=.066$

Con respecto a la intención de uso del preservativo, como en el caso de los-as alumnos-as de 1º de Bachillerato, no se ha logrado un incremento estadísticamente significativo. A pesar de que los-as 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", pero este incremento no es estadísticamente significativo. De esta forma, la puntuación media asciende de 5,62 (sd=0,98) en el pre-test a 5,79 (sd=0,56) en el post-test. Se observa que la media obtenida después de la aplicación del programa es casi la máxima de la escala (6) (ver gráfico 5.13).

Por tanto, los y las jóvenes manifiestan tener una alta intención de usar el preservativo, lo que podría incrementar 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



CAPÍTULO 6

RESULTADOS DE LA VALORACIÓN DE LOS RESPONSABLES DE LA EDUCACIÓN SEXUAL

Como ya se ha mencionado con anterioridad en este mismo informe, tanto el alumnado de 1º de bachillerato como de 4º de ESO de Axular Ikastola que han participado en la Campaña de Educación Sexual debía evaluar tanto a los profesores del Centro, como a los-as alumnos-as entrenados-as 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 este tipo de programas.

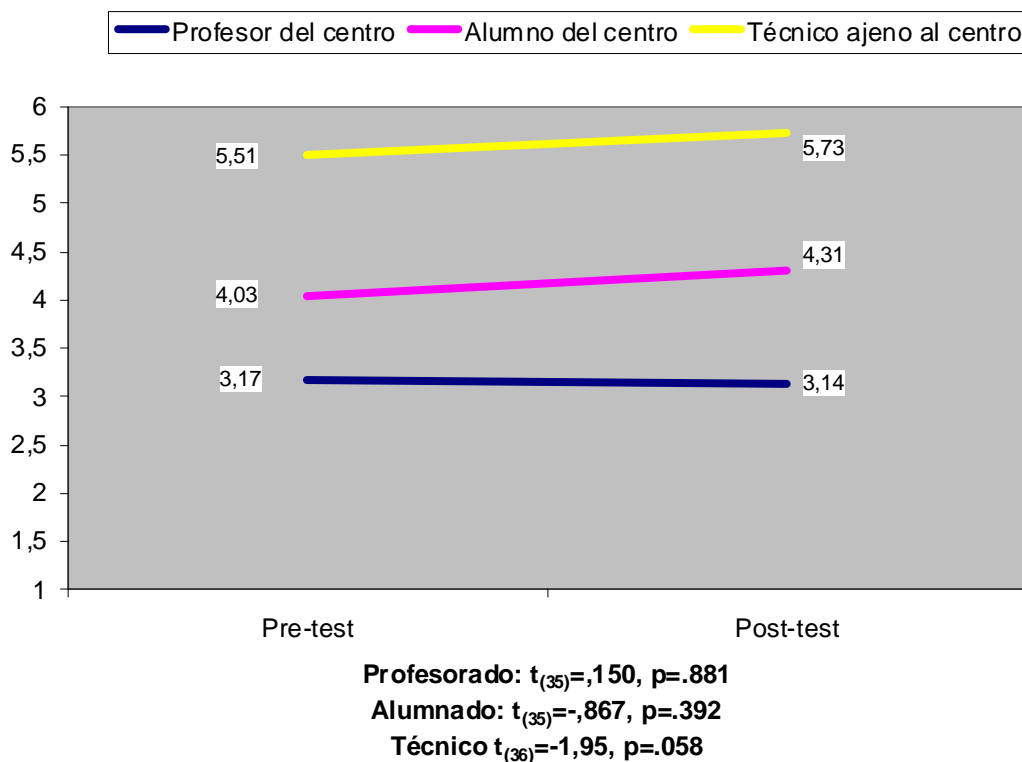
6.1.- Resultados de 1º de Bachillerato

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 los programas. De hecho, tanto antes (media=5,51; sd=0,73) como después (media=5,73; sd=0,56) de recibir la intervención, el alumnado de 1º de Bachiller evalúa como “totalmente positivo” el que sean los-as profesionales los responsables de aplicar la Educación Sexual. Tras la intervención, se ha producido una mejora estadísticamente significativa en la opinión del alumnado a la hora de evaluar a los profesionales como responsables de la aplicación del programa.

También es importante señalar que todos ellos-as valoran de forma “positiva”, tanto antes (media=4,03; sd=1,57) como después del programa (media=4,31; sd=1,34), a los alumnos y alumnas como responsables de la Educación Sexual.

También, puntúan de forma "negativa" tanto antes (media=3,17; sd=1,71) como después (media=3,14; sd=1,77) de recibir el programa, al profesor del centro.

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



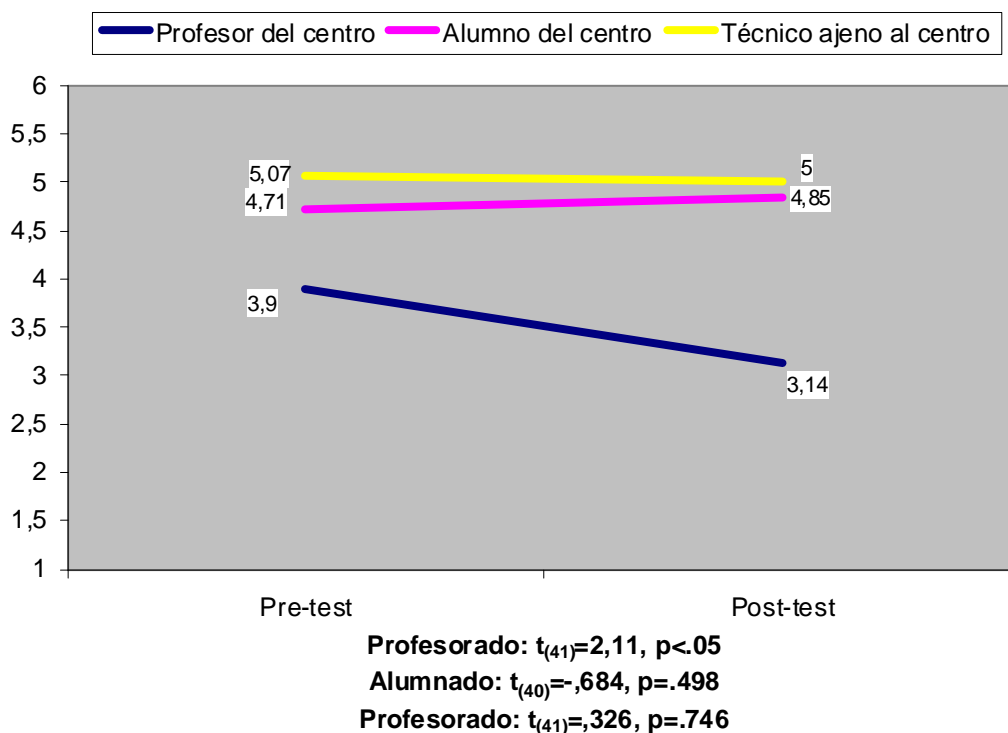
Por último, antes de la realización del programa, un 2,3% escoge a los profesores del Centro y otro 25% a los-as "Agentes de Salud" como los-as encargados-as de impartir la Educación Sexual, mientras que el 79,5% dice preferir al técnico ajeno al centro como la persona responsable de impartir los Programas de Educación Sexual. Sin embargo, después de la intervención realizada, un 6,8% elige a los-as profesores-as del Centro, un 15,9% a los-as "Agentes de Salud, y un 70,5% a los-as técnicos.

6.2.- Resultados de 4º de ESO

En el siguiente gráfico, se puede apreciar que el técnico ajeno al Centro es la persona mejor valorada para que les imparta la Educación Sexual (media=5,07; sd=1,15), y esto se mantiene después de recibir el programa “por pares” (media=5; sd=1,26).

El que sea el-la alumno-a entrenado-a como “agente de salud” el responsable de la Educación Sexual se evalúa de forma “muy positiva” tanto antes (media=4,71; sd=1,07) como después (media=4,85; sd=1,29) de recibir el programa “por pares”.

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



En cuanto a que sean los-as profesores-as del Centro los que impartan los Programas de Educación Sexual, han sido valorados de forma “positiva” antes de la aplicación de la intervención (media=3,90; sd=1,84) y como “negativa” después de ésta (media=3,14; sd=1,78).

Las valoraciones que hace el alumnado de 4º de los-as técnicos y agentes de salud como responsables de la Educación Sexual se mantienen después recibir el programa "por pares", mientras que empeora significativamente la valoración de los profesores del centro para que sean los responsables de la educación sexual.

De forma coherente con estos datos, antes del programa, el 8,2% de los-as alumnos-as han elegido a los profesores del Centro para que sean los que impartan el Programa de Educación Sexual, mientras que el 59,2% ha escogido a los alumnos y alumnas entrenados-as como "Agentes de Salud" y el 65,3% al técnico ajeno al centro. Después del programa, un 12,2% de los jóvenes elige al profesorado, un 49% a los-as "agentes de salud", y el porcentaje que elige a los-as profesionales alcanza un 61,2%.

CAPÍTULO 7

VALORACIÓN DE LA INTERVENCIÓN DIRIGIDA A LAS FAMILIAS

Como ya hemos señalado anteriormente, a las *familias de los-as alumnos-as de 1º de Bachiller, 3ª y 4º de ESO* se les ofrece la posibilidad de participar en una sesión de trabajo de 2 horas para abordar el tema de la educación sexual de sus hijos-as.

Esta *sesión de trabajo* dirigida a los-as *padres-madres de los-as alumnos-as* se ha realizado el *24 de Febrero de 18,00 a 20,00 horas*. La asistencia ha sido de *5 familias: 3 madres y 2 padres, más el orientador del centro*, por lo que aproximadamente ha participado menos de un 10% de las familias. Este número podemos considerarlo bajo en relación al número potencial de asistentes.

A lo largo de la sesión se ha observado que la motivación, participación e interés mostrados por el grupo han sido muy altos. De forma coherente con esta observación, los-as padres-madres manifestaron su satisfacción tanto por los contenidos proporcionados como por la metodología empleada.

Durante esta sesión se han abordado varios objetivos básicos encaminados a la información y sensibilización de los-as padres-madres:

- Explicar a las familias en qué consiste el proyecto de educación afectivo-sexual, es decir cuáles son los objetivos, los contenidos, la metodología que se plantea al trabajar con sus hijos-as, y con ellos-as, así como los resultados derivados de la evaluación de la intervención que se ha llevado a cabo en el centro.

- Ayudar a los-as padres-madres a que reflexionen sobre la necesidad de la educación sexual y de cómo, quien y dónde se debe abordar. Es decir, se clarificará cuál debe ser el rol que deben ejercer los distintos agentes educativos (padres-madres, profesorado y profesionales) en la formación afectivo-sexual de sus hijos-as.

Asimismo también durante esta sesión se han abordado objetivos dirigidos a la formación específica de las familias en su tarea como educadores:

- Proporcionar recursos y habilidades necesarias para facilitarles su tarea como educadores de sus hijos-as. Con este fin se ha tratado de potenciar la visión positiva y saludable de la sexualidad, de promover las actitudes de empatía, de darles a conocer los factores que influyen en incrementar la autoestima de sus hijos-as, así como los factores y causas asociadas a las conductas de prevención o de riesgo en la adolescencia.
- Asesorar a los-as padres-madres para que puedan manejar de forma más eficaz las situaciones cotidianas que viven con sus hijos-as adolescentes relacionadas con el ámbito de la sexualidad y que les generan ansiedad, preocupaciones, miedos e incertidumbres. Se tratará de proporcionarles pautas para potenciar tanto la comunicación intergeneracional como las intervenciones coeducativas.

Durante la sesión, estos-as padres-madres declararon 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-as, 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, y teniendo en cuenta que las familias que acuden a este tipo de eventos los valoran de forma positiva, el equipo de profesionales aconseja la aplicación de este tipo de sesiones dirigidas a la formación en educación sexual de los-as padres-madres.

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 semejantes a 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 16,02 años, un 15,9% manifiesta tener experiencia sexual coital, de las cuales 2 personas las ha mantenido con más de una persona. Del alumnado de 4º de ESO con una edad media de 15,09 años, un 10,2% declara tener experiencia de coito. En este caso, una persona que han mantenido relaciones coitales manifiesta que ha tenido esta experiencia con más de una persona.

Es importante resaltar que casi todo el alumnado presenta conductas preventivas, es decir siempre utilizan un método preventivo, y en particular el preservativo. En 4º de DBH, dos personas presentaban un perfil sexual de riesgo antes del programa y una después de la aplicación del curso.

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

8.1.- Conclusiones sobre la Evaluación de Resultados 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.

Tras la aplicación del *programa de educación sexual aplicado a 1º de Bachiller* se ha conseguido aumentar los conocimientos de estos-as jóvenes sobre el uso del coito interrumpido, pero no se ha producido un incremento en el nivel de información sobre las normas de uso del preservativo, ni sobre el embarazo no planificado y la transmisión del VIH/SIDA. Es decir, la intervención ha logrado eliminar de forma significativa ciertos mitos sexuales.

Al mismo tiempo, después de la formación no se ha conseguido mejorar la percepción de los costes derivados del uso del preservativo. Al igual que tampoco se ha conseguido mejorar la percepción de beneficios de este método preventivo. A pesar de que no se ha producido una mejoría en este aspecto, se observa que la actitud de estos-as jóvenes hacia la utilización de esta medida preventiva es bastante favorable.

Asimismo, tras la intervención no se ha logrado que los jóvenes se perciban más vulnerables que antes hacia el ENP, ni hacia el VIH si no utilizan un método preventivo eficaz. Es importante resaltar que el nivel de vulnerabilidad de estos-as jóvenes hacia los diferentes riesgos sexuales es bajo. Esta baja percepción de los riesgos sexuales es coherente con la nula experiencia de relaciones coitales de riesgo. Sin embargo, sería importante seguir incidiendo en este aspecto porque la escasa percepción que tienen del riesgo podría influir de forma negativa a la hora de mantener el uso de esta medida preventiva.

Después de las dramatizaciones que se han realizado a lo largo de las sesiones no se ha conseguido que los y las jóvenes se perciban con mayor seguridad para manejar situaciones de gran vulnerabilidad, como son las de alta excitación sexual o cuando uno está muy implicado emocionalmente en la relación. Y después del programa los-as estudiantes no perciben que disponen de más recursos para negociar la adopción de

conductas preventivas. Aunque se observa que después del programa la percepción de inseguridad de estos-as jóvenes ha mejorado, de forma que se perciben menos inseguros ante las potenciales situaciones sexuales de riesgo.

Por último, el programa no ha conseguido incrementar la intención de uso del preservativo, debido a que inicialmente esta intención ya era la máxima posible de la escala. La alta intención de uso de este método preventivo es especialmente relevante porque ésta es una de las variables más relacionadas con la adopción de conductas saludables.

La *evaluación de resultados del programa de educación sexual aplicado a 4º de ESO* nos indica que se ha conseguido incrementar la información de estos-as jóvenes acerca de los conocimientos sobre las normas de uso del preservativo y el coito interrumpido. Por tanto, los-as estudiantes a corto de plazo de haber finalizado el programa 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.

Al mismo tiempo, después de la formación se ha conseguido mejorar tendencialmente la percepción de los costes derivados del uso del preservativo. Aunque no se ha conseguido mejorar la percepción de beneficios de este método preventivo. Al margen de la intervención, se observa que la actitud de estos-as jóvenes hacia la utilización de esta medida preventiva es bastante favorable.

Por el contrario, tras el programa no se ha conseguido que los jóvenes perciban un mayor riesgo de sufrir un embarazo aunque sí se ha logrado incrementar la percepción de riesgo de la transmisión sexual del VIH si no utilizan una medida preventiva eficaz. El nivel de vulnerabilidad del alumnado hacia este tipo de riesgos sexuales también es bajo, lo que nos indica la necesidad de seguir incidiendo en este aspecto.

Tras la intervención, el alumnado de 4º de ESO percibe tendencialmente que tienen una mayor capacidad de control, aunque no se perciben más seguros y menos inseguros para hacer frente a las posibles situaciones sexuales de riesgo. Además, después del programa también se ha conseguido aumentar de forma tendencial 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 no se ha reducido 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 profesionales. Después de la aplicación de las intervenciones, vemos que los resultados obtenidos por el alumnado de 1º de bachillerato son ligeramente superiores a los de 4º DBH.

Sobre la intención de uso del preservativo podemos decir que aunque la intención de uso ha aumentado después del programa estos cambios no son significativos. Como ya se ha mencionado, esto puede deberse a un efecto techo, es decir que desde un principio la intención era casi la máxima.

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, incrementar la percepción de vulnerabilidad hacia la transmisión sexual del VIH y mejorar su percepción de control para que manejen de forma más adecuada 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 profesionales lo valoran de forma "totalmente positiva", es decir se sienten "totalmente satisfechos-as".

Al mismo tiempo, los alumnos-as de 4º que han recibido el programa “por pares” les ha parecido “muy positivo” y se sienten “muy satisfechos-as”, y a los alumnos-as de 3º que han recibido un programa impartido por las profesionales les ha parecido también “totalmente positivo” y se sienten “muy satisfechos-as”. Asimismo, tanto el alumnado de 3º, 4º de ESO y 1º de bachillerato 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.

Todo el alumnado ha 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, los-as jóvenes de 1º de bachillerato opinan que les han parecido “suficiente”, aunque el alumnado de 3º y 4º de ESO ha manifestado que la duración ha sido “corta”.

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 de 1º de bachillerato y 4º de ESO las califican con un “notable” Y los-as de 3ª de la ESO 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 resultados indica que se han logrado aumentar los conocimientos y disminuir la información incorrecta, aumentar la percepción de riesgo sexual de SIDA e incrementar cierta 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 totalmente positiva la experiencia. De forma coherente con esta valoración, han manifestado que se han sentido totalmente satisfechos-as con su participación en este tipo de intervención, y que les ha resultado totalmente útil. Han percibido que su actuación como responsables de la aplicación del programa ha sido fácil o muy fácil. Asimismo, han percibido que el tiempo empleado en la realización de

esta actividad ha sido adecuado. 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 participativo a lo largo de las sesiones. Finalmente, consideran que esta experiencia es muy útil para los alumnos-as de 4º.

Por tanto, podemos concluir que *a nivel general todos-as los-as alumnos-as que han participado en los Programas de Educación Sexual aplicados en el Liceo han realizado una valoración muy 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 padres-madres y profesores-as, se decantan mayoritariamente por la figura del *técnico* como responsable de la aplicación de los programas, como ya indicamos en años anteriores. Las valoraciones que han hecho el alumnado señalan 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 de forma negativa a los profesores-as del centro.

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 evaluaciones de proceso y de resultados de los programas nos indican la importancia de continuar aplicando 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 (alumnado, tutores, familias 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-Gun, 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, Nº 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.
- Hushti, 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.