

**‘PROGRAMAS DE PREVENCIÓN DEL EMBARAZO, LAS  
INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL, INCLUIDA LA  
INFECCIÓN POR EL VIH/SIDA, ENTRE JÓVENES ESCOLARIZADOS  
DE BARCELONA CIUDAD (1992-2014)’**

**Autora: Olga Juárez Martínez**

**DOCTORADO EN PSICOLOGÍA DEL APRENDIZAJE HUMANO**

**Departamento de Psicología Básica, Evolutiva y de la Educación**

**Universidad Autónoma de Barcelona**

**Directores:**

**Dr. Francisco Villamarín Cid. Departamento de Psicología Básica,  
Evolutiva y de la Educación. Universidad Autónoma de Barcelona**

**Dr. Carles Ariza Cardenal. Servicio de Evaluación y Métodos de  
Intervención. Agencia de Salud Pública de Barcelona**

**TESIS DOCTORAL**

**2015**



## Presentación

La presente investigación describe el proceso de diseño, desarrollo y evaluación de una intervención centrada en la prevención del embarazo, las Infecciones de Transmisión Sexual, incluida la Infección por el VIH/SIDA, entre jóvenes escolarizados en la escuela secundaria de la ciudad de Barcelona.

La intervención está formada por tres programas de promoción de la salud, el programa 'PRESSEC' (1993), el programa 'Parlem Clar' (2001) y el programa 'Parlem-ne; no et tallis!' (2011). Los tres programas han sido diseñados y evaluados (evaluación de necesidades, prueba piloto, evaluación de la efectividad, evaluación del proceso de implementación y disseminación) en momentos diferentes.

Se trata de un estudio transversal en base a los datos disponibles a lo largo de los años 1992-2014. Ésta es una de las aportaciones de la presente investigación, el seguimiento continuado a lo largo de los años.

El lector observará una estructura diferente a la tradicional en las investigaciones, no existe un capítulo especial dedicado a la discusión, de hecho al final de cada capítulo se presenta la discusión de algunos de los estudios que se describen en él. De aquellos con los que se cuentan estudios similares con los de compararlos. Se ha decidido presentar este formato, para facilitar el seguimiento y la comprensión de todo el proceso por parte del lector.



## **Agradecimientos**

Quiero expresar mi agradecimiento a todas las personas y todas/os las/os profesionales que han hecho posible que esta investigación haya podido realizarse:

Al profesorado y responsables de los centros escolares que han participado a lo largo de los cursos escolares implementando alguno de los programas que se presentan en la tesis, contestando pacientemente a los cuestionarios y participando en entrevistas y grupos de discusión.

A los jóvenes educadores de los diferentes centros escolares que han participado a lo largo de los cursos escolares y que tras formarse han realizado tareas de formadores de sus propios compañeros.

Al alumnado que ha recibido alguno de los programas que aquí se presentan.

Al Dr. Francisco Villamarín, por su asesoramiento, soporte constante y su espíritu paciente.

Al Dr. Carles Ariza, por su confianza, ánimos, paciencia, apoyo continuado y modelo a seguir como investigador incansable.

A Elia Díez, por su asesoramiento y soporte continuado a lo largo de los años.

A las profesionales del Servicio de Salud Comunitaria, que tanto han tenido que ver con que esta investigación haya sido posible.

A mis compañeras/os del Servicio de Evaluación y Métodos de Intervención, por su apoyo constante y ánimos, especialmente en el tramo final de esta tesis.

A Rocío Barbero, por el diseño de la portada.

A todos/as los/las compañeros/as de l'Agència de Salut Pública de Barcelona, del primero al último, a los que están y a los que ya se han ido, y especialmente a las personas con las que he compartido trabajo, proyectos, ilusiones, penas y alegrías a lo largo de estos años.

A Victor, David y Francina de SIDA STUDI, con los que he compartido ilusiones, experiencias, intervenciones, evaluaciones... tantas cosas como las que he aprendido junto a ellos.

A mis compañeros de Centro de Estudios para la Prevención y la Promoción de la Salud, por tantos años de aprendizaje conjunto.

A M. Pau González, sin tu ejemplo y ánimo... no lo hubiese conseguido.

A Jordi Fernández y Tomás Blasco, por su necesario acompañamiento y asesoramiento al final del proceso de esta tesis.

A mi madre (Inés), por enseñarme a seguir adelante día a día... a pesar de las dificultades.

A mis hermanos/as (Esther, Sonia, Quique), cuñados/as (Gema, Francesc, Yoli, Isa), sobrinos (Marcos e Iu), por su apoyo.

A mis suegros (Antonio e Isabel), por apoyarme y ayudarme siempre que los he necesitado.

A mi padre,... porque seguro que 'esté donde esté'... ha estado ahí... ayudándome a acabar esta tesis.

Y finalmente a Aitor y a Paco, las dos personas que dan sentido a mi vida y consiguen que siga adelante. Gracias por vuestra paciencia y comprensión.

Aitor, ¡gracias por los dibujos que ilustran la portada de esta tesis!

## Acrónimos

MCS	Modelo de Creencias en Salud
TAR	Teoría de la Acción Razonada
TAE	Teoría de la Autoeficacia
ASE	Modelo Attitudes-Social Influences-Self-efficacy
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
VIH/SIDA	Infección por el VIH/sida
PRECEDE	Predisposing, Reinforcing, and Enabling Causes in Educational Diagnosis and Evaluation
IM	Intervention Mapping
AE	Autoeficacia
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
WHO	World Health Organization
OMS	Organización Mundial de la Salud
FRESC	Factores de Riesgo en la Escuela Secundaria
DIU	Dispositivo Intrauterino
CJAS	Centro Joven de Atención a la sexualidad
ONG	Organización no Gubernamental
PASSIR	Programa de Asistencia a la Salud Sexual y Reproductiva





## Índice de contenidos

<b>Introducción</b> .....	<b>23</b>
---------------------------	-----------

### **PARTE TEORICA**

<b>Capítulo 1. Modelos teóricos de cambio conductual</b> .....	<b>31</b>
----------------------------------------------------------------	-----------

1.1. Exposición de Modelos sociocognitivos en Promoción de la salud .....	31
1.1.1. Modelo de Creencias en Salud (MCS) .....	31
1.1.2. Teoría de la Acción Razonada (TAR).....	33
1.1.3. Teoría de la Autoeficacia (TAE) .....	35
1.1.4. El Modelo Transteórico de Prochaska.....	37
1.1.5. El Modelo de Actitudes, Influencias Sociales y Eficacia (ASE).....	42
1.2. Modelos para el diagnóstico, planificación y desarrollo de intervenciones .....	44
1.2.1. PRECEDE .....	44
1.2.2. Intervention Mapping .....	51
1.3. Datos empíricos sobre la capacidad predictiva de los modelos .....	57
1.3.1. Modelo de Creencias para la Salud (MCS) .....	57
1.3.2. Teoría de la Acción Razonada (TAR).....	58
1.3.3. Teoría de la autoeficacia (TAE).....	58
1.3.4. Elementos comunes y aportaciones específicas de cada modelo .....	59
1.4. Modelos teóricos y conducta sexual.....	60
1.4.1. Predicción a partir de variables psicológicas.....	61
1.4.2. Predicción a partir de modelos sociocognitivos.....	65
1.4.3. Predicción a partir de la integración de modelos .....	73
1.5. Discusión .....	76
1.6. Síntesis personal.....	77

### **Capítulo 2. Intervenciones y programas de prevención del embarazo adolescente, de las**

<b>Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) incluida la Infección por el VIH/sida</b> .....	<b>81</b>
--------------------------------------------------------------------------------------------	-----------

2.1. Revisión de intervenciones y programas dirigidos a adolescentes-jóvenes escolarizados .....	81
--------------------------------------------------------------------------------------------------	----

2.1.1. Antecedentes: Los programas de educación sexual .....	82
2.1.2. Programas de prevención del embarazo adolescente, de las ITS incluida la infección por el VIH/SIDA en la escuela .....	83
2.2. Conducta sexual en los adolescentes-jóvenes de Barcelona .....	89
2.2.1. Características del estudio .....	89
2.2.2. Resultados .....	95
2.2.3. Síntesis personal.....	101
2.3. Discusión.....	102

## **PARTE EMPIRICA**

<b>Capítulo 3. Planteamiento de la investigación y metodología.....</b>	<b>113</b>
3.1. Planteamiento del estudio .....	113
3.2. Hipótesis de la Investigación.....	115
3.3. Objetivos generales y específicos .....	115
3.4. Diseño general de la investigación.....	117
3.5. Metodología básica .....	119
3.5.1. Primera fase de la investigación: Diseño, implementación y evaluación del programa ‘PRESSEC’ y el programa ‘Parlem Clar’ .....	119
3.5.2. Segunda fase de la investigación: Diseño, desarrollo y evaluación del programa ‘Parlem-ne; no et tallis!’ .....	141
<b>Capítulo 4. Programa ‘PRESSEC’ y ‘Parlem Clar’.....</b>	<b>155</b>
4.1. Programa ‘PRESSEC’ .....	155
4.1.1. Resultados de la evaluación de necesidades .....	155
4.1.2. Descripción de la intervención: Estructura de contenidos de la primera versión del programa ‘PRESSEC’ .....	157
4.1.3. Resultados de la prueba piloto de la primera versión del programa ‘PRESSEC’ ....	158
4.1.4. Descripción de la intervención: Estructura de contenidos y materiales de la segunda versión del programa ‘PRESSEC’ .....	163
4.1.5. Resultados de la evaluación de la efectividad de la segunda versión del programa ‘PRESSEC’ .....	165

4.1.6. Resultados de la evaluación del proceso de implementación del programa ‘PRESSEC’ (1993-94) .....	176
4.1.7. Descripción de la intervención resultante: tercera versión del programa ‘PRESSEC’ .....	182
4.1.8. Resultados de la diseminación y de la evaluación del proceso de implementación del programa ‘PRESSEC’ (2004-10).....	185
4.2. Programa ‘Parlem Clar’ .....	195
4.2.1. Resultados de la evaluación de necesidades .....	195
4.2.2. Descripción de la intervención: programa ‘Parlem Clar’ .....	199
4.2.3. Resultados de la evaluación de la efectividad .....	202
4.2.4. Resultados de la evaluación del proceso de implementación .....	203
4.2.5. Resultados de la diseminación y evaluación del proceso de implementación (2004-10) .....	207
4.3. Discusión .....	218
<b>Capítulo 5. ‘Parlem-ne; no et tallis!’ .....</b>	<b>237</b>
5.1. Resultados de la reevaluación de necesidades .....	237
5.2. Ideas clave obtenidas de la reevaluación de necesidades .....	250
5.3. Descripción de la intervención: programa ‘Parlem-ne; no et tallis!’. Programa escolar de salud sexual y comunicación. ....	253
5.4. Resultados de la evaluación del proceso de implementación del programa ‘Parlem-ne; no et tallis!’, (2010-11).....	260
5.4.1. Resultados de la valoración del profesorado respecto a las actividades implementadas en el aula del programa ‘Parlem-ne; no et tallis!’ (2010-11).....	261
5.4.2. Resultados de la valoración de las actividades de entorno del programa ‘Parlem-ne; no et tallis!’ (2010-11) .....	270
5.4.3. Resultados de la valoración del alumnado respecto al taller en el centro de salud sexual y reproductiva del programa ‘Parlem-ne; no et tallis!’ (2010-11) .....	271
5.4.4. Ideas clave obtenidas para mejorar el programa ‘Parlem-ne; no et tallis!’ (2010-11) .....	279
5.5. Resultados de la diseminación y evaluación del proceso de implementación del programa ‘Parlem-ne; no et tallis!’ (2011-12 al 2013-14) .....	281

5.5.1. Resultados del profesorado, diseminación y evaluación del proceso de implementación del programa 'Parlem-ne; no et tallis!' (2011-14) .....	281
5.5.2. Valoración de ambos itinerarios del programa 'Parlem-ne; no et tallis!' por parte del alumnado que recibe la intervención y los jóvenes educadores que comparten las actividades del itinerario 2 con el profesorado, (2012-13).....	295
5.5.3. Valoración del programa 'Parlem-ne, no et tallis!' por parte de los jóvenes educadores.....	301
5.6. Discusión .....	301
<b>Capítulo 6. Conclusiones y recomendaciones.....</b>	<b>307</b>
<b>Bibliografía.....</b>	<b>313</b>
<b>ANEXO .....</b>	<b>331</b>

## Índice de figuras

<b>Figura 1.</b> Modelo de Creencias en Salud (MCS) .....	33
<b>Figura 2.</b> Teoría de la Acción Razonada (TAR).....	34
<b>Figura 3.</b> Teoría de la Autoeficacia.....	35
<b>Figura 4.</b> Patrón lineal de los estadios de cambio .....	38
<b>Figura 5.</b> Las etapas del cambio, acciones en una intervención .....	41
<b>Figura 6.</b> Modelo ASE .....	43
<b>Figura 7.</b> El modelo de planificación PRECEDE.....	45
<b>Figura 8.</b> Intervention Mapping .....	53
<b>Figura 9.</b> Diseño general de la investigación.....	118
<b>Figura 10.</b> Estructura de contenidos de la primera versión del programa ‘PRESSEC’ .....	158
<b>Figura 11.</b> Estructura de contenidos y materiales de la segunda versión del programa ‘PRESSEC’ .....	164
<b>Figura 12.</b> Han recibido en alguna ocasión información sobre sexualidad, contracepción, sida u otras ITS. Pre- test, evaluación de la efectividad del programa ‘PRESSEC’ .....	166
<b>Figura 13.</b> Conocimientos sobre métodos contraceptivos. Pre-test, evaluación de la efectividad del programa ‘PRESSEC’ .....	167
<b>Figura 14.</b> Intención de conducta. Pre-test, evaluación de la efectividad del programa ‘PRESSEC’ .....	170
<b>Figura 15.</b> Conductas. Pre-test, evaluación de la efectividad del programa ‘PRESSEC’ .....	170
<b>Figura 16.</b> Relaciones sexuales según la edad. Pre-test, evaluación de la efectividad del programa ‘PRESSEC’ .....	171
<b>Figura 17.</b> Uso de métodos contraceptivos. Pre-test, evaluación de la efectividad del programa ‘PRESSEC’ .....	172
<b>Figura 18.</b> Materiales del programa ‘PRESSEC’ .....	183
<b>Figura 19.</b> Estructura y contenidos del Programa ‘PRESSEC’: versión tras la evaluación de la efectividad y del proceso de implementación .....	184
<b>Figura 20.</b> Materiales del programa ‘Parlem Clar’ .....	200
<b>Figura 21.</b> Estructura de contenidos y materiales del programa ‘Parlem Clar’ .....	201
<b>Figura 22.</b> Materiales educativos del programa ‘Parlem-ne; no et tallis!’ .....	253
<b>Figura 23.</b> Estructura y contenidos del programa ‘Parlem-ne; no et tallis!’ .....	257
<b>Figura 24.</b> Distribución por distrito de las aulas o grupos clase participantes del programa ‘Parlem-ne; no et tallis!’, (2010-11) .....	262

<b>Figura 25.</b> Cobertura de alumnado del programa ‘Parlem-ne; no et tallis!’ (en general), para cada etapa escolar y por distrito de la ciudad de Barcelona, (2010-11).....	262
<b>Figura 26.</b> Valoración de diferentes aspectos del programa ‘Parlem-ne; no et tallis!’ , (2010-11) .....	263
<b>Figura 27</b> Valoración de otros aspectos del programa ‘Parlem-ne; no et tallis!’ , (2010-11)...	263
<b>Figura 28.</b> Distribución de aulas/grupos clase en las que se implementó el Itinerario 1 del programa ‘Parlem-ne; no et tallis!’ por distritos de la ciudad de Barcelona, (2010-11) .....	264
<b>Figura 29.</b> Valoración de diferentes aspectos del Itinerario 1 del programa ‘Parlem-ne; no et tallis!’(2010-11) .....	264
<b>Figura 30.</b> Valoración de otros aspectos del Itinerario 1 del programa ‘Parlem-ne; no et tallis!’(2010-11) .....	265
<b>Figura 31.</b> Distribución de aulas/grupos clase participantes en el Itinerario 2 del programa ‘Parlem-ne; no et tallis!’ por distrito de la ciudad de Barcelona (2010-11).....	267
<b>Figura 32.</b> Valoración de diferentes aspectos del Itinerario 2 del programa ‘Parlem-ne; no et tallis!’ (2010-11) .....	268
<b>Figura 33.</b> Valoración de otros aspectos del Itinerario 2 del programa ‘Parlem-ne; no et tallis!’ (2010-11).....	268
<b>Figura 34.</b> Valoración del alumnado sobre de aspectos del taller en el centro de salud sexual y reproductiva del programa ‘Parlem-ne; no et tallis!’ (2010-11).....	274
<b>Figura 35.</b> Valoración de aspectos de la visita/ taller en el centro de salud sexual y reproductiva del programa ‘Parlem-ne; no et tallis!’ (2010-11).....	274
<b>Figura 36.</b> Dudas del alumnado tras visita/taller en el centro de salud sexual y reproductiva del programa ‘Parlem-ne; no et tallis!’ , (2010-11) .....	275
<b>Figura 37.</b> Les gustaría seguir hablando después de la visita/taller en el centro de salud sexual y reproductiva del programa ‘Parlem-ne; no et tallis!’ (2010-11).....	275
<b>Figura 38.</b> Cobertura de alumnado del programa ‘Parlem-ne; no et tallis!’ por distrito de la ciudad de Barcelona (2011-12) .....	283
<b>Figura 39.</b> Porcentaje de alumnado que participa en el programa ‘Parlem-ne; no et tallis!’ según distrito de Barcelona (2012-13).....	284
<b>Figura 40</b> Porcentaje de alumnado que participa en el programa Parlem-ne; no et tallis!’ según distrito de Barcelona (2013-14) .....	284
<b>Figura 41.</b> Valoración del alumnado sobre aspectos de las actividades realizadas del programa ‘Parlem-ne; no et tallis!’ (2012-13) .....	297
<b>Figura 42.</b> Valoración del alumnado sobre visita/taller centro salud sexual y reproductiva del programa ‘Parlem-ne; no et tallis!’ (2012-13) .....	297

<b>Figura 43.</b> Valoración del alumnado sobre aspectos de las actividades realizadas del programa 'Parlem-ne; no et tallis!' (2013-14) .....	300
<b>Figura 44.</b> Valoración del alumnado sobre visita/taller centro salud sexual y reproductiva del programa 'Parlem-ne; no et tallis!' (2013-14) .....	300





## Índice de tablas

<b>Tabla 1.</b> Variables en estudio: definiciones, proposiciones y categorías de respuesta. Encuesta FRESC, Barcelona, 1996.....	91
<b>Tabla 2.</b> Descripción de la muestra. Estudiantes de cuarto curso de ESO o equivalente, Barcelona, 1996.....	96
<b>Tabla 3.</b> Determinantes conductuales. Estudiantes de 4º de ESO o equivalente, Barcelona 1996.....	97
<b>Tabla 4.</b> Conductas sexuales. Estudiantes de 4º de ESO o equivalente, Barcelona, 1996. ....	98
<b>Tabla 5.</b> Odds ratio ajustada por edad e intervalos de confianza para las asociaciones entre los determinantes y el uso consistente de preservativo en las relaciones sexuales con penetración (n=159). Estudiantes de 4º de ESO o equivalente, Barcelona, 1996.....	99
<b>Tabla 6.</b> Odds ratio ajustadas por edad e intervalos de confianza para las asociaciones entre los determinantes y la intención de uso de preservativo en las relaciones sexuales con penetración con una pareja habitual y con una pareja esporádica, y de intención de rechazar una relación no protegida. Estudiantes de 4º curso de ESO o equivalente, Barcelona, 1996. ....	101
<b>Tabla 7.</b> Información previa recibida por el alumnado sobre sexualidad, contracepción, sida y otras ITS. Prueba piloto, programa 'PRESSEC' .....	159
<b>Tabla 8.</b> Conocimientos sobre métodos contraceptivos. Prueba piloto, programa 'PRESSEC' .....	159
<b>Tabla 9.</b> Conocimientos sobre sida y otras ITS. Prueba piloto, programa 'PRESSEC' .....	160
<b>Tabla 10.</b> Actitudes relativas a métodos contraceptivos y sida. Prueba piloto, programa 'PRESSEC' .....	161
<b>Tabla 11.</b> Actitudes relativas a la toma de decisiones, presión de grupo y estilo de conducta asertivo. Prueba piloto, programa 'PRESSEC' .....	162
<b>Tabla 12.</b> Escolares del pre-test del programa 'PRESSEC', según edad y sexo .....	166
<b>Tabla 13.</b> Escolares del pre-test del programa 'PRESSEC', según etapa educativa y sexo .....	166
<b>Tabla 14.</b> Conocimientos sobre VIH/sida y otras Infecciones de transmisión sexual (ITS). Pre-test, evaluación de la efectividad del programa 'PRESSEC' .....	168
<b>Tabla 15.</b> Actitudes sobre anticoncepción, uso del preservativo i VIH/sida. Pre-test, evaluación de la efectividad del programa 'PRESSEC' .....	169

<b>Tabla 16.</b> Relaciones sexuales según etapa educativa. Pre-test, evaluación de la efectividad del programa 'PRESSEC' .....	171
<b>Tabla 17.</b> Análisis de las diferencias entre los grupos de intervención en la situación inicial (cuestionario pre). Evaluación de la efectividad del programa 'PRESSEC' .....	174
<b>Tabla 18.</b> Puntuaciones medias de las escalas según el tipo de intervención. Evaluación de la efectividad del programa 'PRESSEC' .....	175
<b>Tabla 19.</b> Ganancia neta de las escalas. Evaluación de la efectividad del programa 'PRESSEC' .....	176
<b>Tabla 20.</b> Escuelas según etapa educativa que realizaba el alumnado y profesorado participante en la experimentación. Evaluación del proceso de implementación del programa 'PRESSEC', curso escolar 1993-94.....	177
<b>Tabla 21.</b> Sexo del profesorado participante. Evaluación del proceso de implementación del programa 'PRESSEC', curso escolar 1993-94.....	177
<b>Tabla 22:</b> Evolución de la cobertura en la diseminación del programa 'PRESSEC', cursos escolares del 2004-05 al 2009-10.....	185
<b>Tabla 23.</b> Características del profesorado participante, programa 'PRESSEC', cursos escolares del 2004-05 al 2009-10 .....	186
<b>Tabla 24.</b> Etapa educativa de aplicación en la diseminación del programa 'PRESSEC', cursos escolares del 2004-05 al 2009-10) .....	188
<b>Tabla 25.</b> Espacio educativo de aplicación en la diseminación del programa 'PRESSEC', cursos escolares del 2004-05 al 2009-10.....	188
<b>Tabla 26.</b> Cumplimiento de cada unidad del programa 'PRESSEC', cursos 2004-05 al 2009-10 .....	189
<b>Tabla 27.</b> Dedicación media del programa 'PRESSEC', cursos 2004-05 a 2009-10 .....	190
<b>Tabla 28.</b> Cumplimiento sesión entorno (visita a un Centro de Atención Afectivo Sexual) del programa 'PRESSEC', cursos 2004-05 a 2009-10 .....	191
<b>Tabla 29.</b> PRESSEC. Uso de recursos complementarios al programa 'PRESSEC', cursos 2004-05 a 2009-10 .....	191
<b>Tabla 30.</b> Valoración del programa 'PRESSEC' por parte del profesorado, cursos 2004-05 a 2009-10 .....	193
<b>Tabla 31.</b> Intención de volver a aplicar el programa e interés en recibir la evaluación del programa 'PRESSEC', cursos 2004-05 al 2009-10.....	193
<b>Tabla 32.</b> Soporte recibido para aplicar el programa 'PRESSEC', cursos 2004-05 al 2009-10 ..	194
<b>Tabla 33:</b> Evolución de la cobertura en la diseminación del programa 'Parlem Clar', cursos escolares del 2004-05 al 2009-10.....	208

<b>Tabla 34.</b> Características del profesorado participante, programa ‘Parlem Clar’, cursos escolares del 2004-05 al 2009-10.....	209
<b>Tabla 35.</b> Etapa educativa de aplicación en la disseminación del programa ‘Parlem Clar’, cursos escolares del 2004-05 al 2009-10.....	211
<b>Tabla 36.</b> Espacio educativo de aplicación en la disseminación del programa ‘Parlem Clar’, cursos escolares del 2004-05 al 2009-10. ....	211
<b>Tabla 37.</b> Cumplimiento de cada unidad del programa ‘Parlem Clar’, cursos 2004-05 a 2009-10 .....	213
<b>Tabla 38.</b> Dedicación media del programa ‘Parlem Clar’, cursos 2004-05 a 2009-10 .....	213
<b>Tabla 39.</b> Cumplimiento sesión entorno (visita a un Centro de Atención Afectivo Sexual) del programa ‘Parlem Clar’, cursos 2004-05 a 2009-10.....	214
<b>Tabla 40.</b> Uso de recursos complementarios al programa ‘Parlem Clar’, cursos 2004-05 a 2009-10.....	214
<b>Tabla 41.</b> Valoración del programa ‘Parlem Clar’ por parte del profesorado, cursos 2004-05 a 2009-10. ....	215
<b>Tabla 42.</b> Intención de volver a aplicar el programa ‘Parlem Clar’, cursos 2004-05 al 2009-10. ....	216
<b>Tabla 43.</b> Soporte recibido para aplicar el programa ‘Parlem Clar’ cursos 2004-05 al 2009-10 .....	216
<b>Tabla 44.</b> Factores educativos que dificultan la implementación de los programas de promoción de la salud en la escuela (Egea, et al., 2008) .....	239
<b>Tabla 45.</b> Factores educativos que facilitan la implementación de los programas de promoción de la salud en la escuela (Egea, et al., 2008).....	240
<b>Tabla 46.</b> Factores familiares que dificultan la implementación de los programas de promoción de la salud en la escuela (Egea, et al., 2008).....	240
<b>Tabla 47.</b> Características de los participantes en los grupos de discusión y entrevistas, estudio cualitativo con profesorado, jóvenes educadores y alumnado .....	245
<b>Tabla 48.</b> Resultados de los grupos de discusión y entrevistas respecto al programa ‘PRESSEC’, estudio cualitativo con profesorado, jóvenes educadores y alumnado .....	246
<b>Tabla 49.</b> Resultados de los grupos de discusión y entrevistas respecto al programa ‘Parlem Clar’, estudio cualitativo con profesorado, jóvenes educadores y alumnado.....	247
<b>Tabla 50.</b> Opinión de los participantes respecto a las propuestas concretas, estudio cualitativo con profesorado, jóvenes educadores y alumnado.....	248
<b>Tabla 51.</b> Situaciones: título y tema central tratado, programa ‘Parlem-ne; no et tallis!’ .....	258

<b>Tabla 52.</b> Participantes en la implementación del programa ‘Parlem-ne; no et tallis!’ según etapa escolar, (2010-11) .....	261
<b>Tabla 53.</b> Unidades implementadas del Itinerario 1 del programa ‘Parlem-ne; no et tallis!’ (2010-11).....	265
<b>Tabla 54.</b> Implementación de las unidades del Itinerario 2 del programa ‘Parlem-ne; no et tallis!’ (2010-11) .....	269
<b>Tabla 55.</b> Desarrollo de las actividades de entorno del Itinerario 1 del programa ‘Parlem-ne; no et tallis!’ (2010-11).....	271
<b>Tabla 56.</b> Desarrollo de las actividades de entorno del Itinerario 2 del programa ‘Parlem-ne; no et tallis!’ (2010-11).....	271
<b>Tabla 57:</b> Características de los participantes en el programa ‘Parlem-ne; no et tallis!’ en función de sexo (2010-11).....	272
<b>Tabla 58:</b> Distribución de los jóvenes participantes en el programa ‘Parlem-ne; no et tallis!’ (n=1533) por distritos de la ciudad de Barcelona y por recurso en el que han hecho el taller (2010-11).....	273
<b>Tabla 59.</b> Preguntas que han quedado pendientes la visita/taller en el centro de salud sexual y reproductiva, según sexo .....	276
<b>Tabla 60.</b> Aquello de la visita/taller al centro de salud sexual y reproductiva del programa ‘Parlem-ne; no et tallis!’ que más ha gustado, según sexo (2010-11).....	277
<b>Tabla 61.</b> Aquello de la sesión que menos ha gustado de la visita/taller en el centro de salud sexual y reproductiva del programa ‘Parlem-ne; no et tallis!’ (2010-11) .....	278
<b>Tabla 62:</b> Cobertura del programa ‘Parlem-ne; no et tallis!’ (2011-12 al 2013-14) .....	282
<b>Tabla 63:</b> Cobertura del Itinerario 1 del programa ‘Parlem-ne; no et tallis!’ (2011-12 al 2013-14) .....	285
<b>Tabla 64:</b> Cobertura del Itinerario 2 del programa ‘Parlem-ne; no et tallis!’ (2011-12 al 2013-14) .....	285
<b>Tabla 65.</b> Perfil del profesorado participante en el programa ‘Parlem-ne; no et tallis!’ 2011-12 al 2013-14) .....	287
<b>Tabla 66.</b> Etapa escolar de aplicación del Itinerario 1 del programa ‘Parlem-ne; no et tallis!’ (2011-12 al 2013-14).....	287
<b>Tabla 67.</b> Etapa escolar de aplicación del Itinerario 2 del programa ‘Parlem-ne; no et tallis!’ (2011-12 al 2013-14).....	288
<b>Tabla 68.</b> Cumplimiento de cada unidad del Itinerario 1 del programa ‘Parlem-ne; no et tallis!’ (2011-12 al 2013-14).....	289

<b>Tabla 69.</b> Realización de actividades de entorno del Itinerario 1 del programa ‘Parlem-ne; no et tallis!’ (2011-12 al 2013-14) .....	290
<b>Tabla 70.</b> Cumplimiento de cada unidad del Itinerario del programa ‘Parlem-ne; no et tallis!’ (2011-12 al 2013-14).....	291
<b>Tabla 71.</b> Realización de actividades de entorno del Itinerario 2 del programa ‘Parlem-ne; no et tallis!’ (2011-12 al 2013-14) .....	291
<b>Tabla 72.</b> Aspectos referidos a las actividades de cada uno de los itinerarios del programa ‘Parlem-ne; no et tallis!’, valorados por el profesorado, curso escolar 2011-12.....	292
<b>Tabla 73.</b> Valoración del profesorado sobre aspectos referidos a las unidades de cada uno de los itinerarios del programa ‘Parlem-ne; no et tallis!’ (2012-13 y 2013-14).....	293
<b>Tabla 74.</b> Etapa y espacio escolar, realización del taller en el centro de salud sexual y satisfacción global, del programa ‘Parlem-ne; no et tallis!’, según itinerario (2012-13).....	296
<b>Tabla 75.</b> Etapa y espacio escolar, realización del taller en el centro de salud sexual y satisfacción global del programa ‘Parlem-ne; no et tallis!’ según itinerario, (2012-13).....	299



## Introducción

Hacia 1984 aparecieron en Barcelona los primeros casos de sida. A medida que crecían las evidencias de la transmisión sexual del VIH (virus de la inmunodeficiencia humana) creció el interés por proteger a los jóvenes de la infección. En un país donde la educación sexual no se encuentra incluida en el currículum escolar, el sida significó un detonante para la acción. Padres, madres, familias, profesores y, en general toda la comunidad se encontraron ante un reto que no se podía ignorar o delegar. Tras el desconcierto inicial, las respuestas comunitarias crecieron.

Como en otros países, las asociaciones de homosexuales fueron las primeras en dar soporte a los infectados y enfermos, en reclamar la atención pública y en incorporar la educación y las campañas preventivas en sus acciones. En paralelo, otras asociaciones de profesionales y de afectados dedicaron sus esfuerzos a la prevención y al estudio. Mientras, las tasas de incidencia del sida aumentaban hasta llegar a ser uno de los países europeos con más afectados. Las autoridades sanitarias pusieron en marcha programas específicos de vigilancia epidemiológica y estructuraron el soporte de las entidades que trabajaban en el tema del sida.

La gravedad de los problemas físicos, psicológicos y sociales que se presentan cuando un individuo contrae el virus del sida hicieron necesario tomar medidas efectivas de tipo preventivo (DiClemente et al., 1986; Schinke et al., 1990; Jemmott et al., 1992; Kelly et al., 1989). La inexistencia de una vacuna y un tratamiento eficaces (Marshall, 1988) hicieron de la información y la educación los instrumentos clave para evitar que el número de casos continuara creciendo (Aggleton et al., 1994; DiClemente et al., 1992).

En el momento de iniciar la investigación la incidencia de sida en Barcelona se debía principalmente a la transmisión por vía sanguínea (entre usuarios de drogas por vía parenteral) y le seguía la transmisión por vía sexual. La distribución por distritos seguía un patrón similar al de los embarazos adolescentes (Ajuntament de Barcelona, 1995). Un 21% de los ciudadanos de Barcelona entre 15 y 18 años había mantenido relaciones sexuales con penetración y un 71% de estos declaraba usar preservativo (ICB, 1993) (Ajuntament de Barcelona, 1993). En la encuesta de Surís (1993) realizada a estudiantes de secundaria de edad entre 14 y 19 años señalaba que

un 12,9% habían mantenido relaciones sexuales con penetración y un 76% de éstos utilizaba regularmente el preservativo (Surís et al., 1993).

En ese momento, en nuestro medio, las relaciones heterosexuales eran la única vía de transmisión que aumentaba, aunque no era la principal (Ajuntament de Barcelona, 1995). El incremento afectó sobre todo a los adultos jóvenes, que probablemente fueron infectados en la adolescencia. Las relaciones sexuales no protegidas entre los jóvenes presentaban otros efectos, como los embarazos no deseados.

Ante esta situación, se hizo imprescindible intervenir sobre los adolescentes. Aunque en ese momento no representaban un número de casos alarmante (DiClemente et al., 1986) (Jemmott et al., 1992) (Schinke et al., 1990) (Kegeles et al., 1988) (Burke et al., 1990), algunas de sus características (Beiter et al., 1991) (Gascó, 1991) los hacían especialmente vulnerables a la infección por el VIH, otras Infecciones de transmisión sexual (ITS), y a los embarazos no deseados (Orr et al., 1991): el interés por explorar el mundo de los adultos y de la sexualidad, la influencia que ejerce el grupo sobre el individuo en la toma de decisiones (en el caso de la conducta sexual la influencia de la pareja y la valoración del riesgo teniendo únicamente en cuenta las consecuencias inmediatas).

La elección de las escuelas como centros de difusión de actividades preventivas respondió a las recomendaciones mundiales (WHO 1992) por motivos logísticos y de credibilidad social; el poder llegar prácticamente a la totalidad del alumnado, y el hecho que los profesores eran los profesionales preparados para educar. Por otro lado, en la escuela secundaria era donde se encontraban y se encuentran actualmente los jóvenes en la edad de experimentación previa a las primeras relaciones sexuales, y este era el momento idóneo para conseguir resultados preventivos (Schaalma et al. 1993). La magnitud de los cambios conseguidos por estos programas educativos era limitada, pero el impacto podía ser extraordinario si los programas llegaban a gran número de jóvenes (Kirby, 1993).

En el ámbito educativo, empezaron a aparecer iniciativas de diferentes instituciones, algunas basadas en campañas preventivas en los medios de comunicación, y otras ofreciendo a los



profesores formación intensiva y de calidad, así y todo, y en su mayoría no contemplaron los efectos entre el alumnado.

En Barcelona, la proporción de embarazos adolescentes era en ese momento baja si la comparamos con estudios internacionales (3 de cada mil chicas entre 15 y 19 años en 1992), y con tendencia a disminuir en la última década, pero la distribución por distritos era desigual, de forma que había distritos con tasas 5 veces superiores que el resto de la ciudad (Díez et al., 1995). Aproximadamente el 50% de las embarazadas adolescentes abortaban (Ajuntament de Barcelona, 1993).

Ante esta situación y junto con las acciones especialmente realizadas entre los usuarios de drogas por vía parenteral, a final de 1991 el Área de Salud Pública del Ayuntamiento de Barcelona encargó a una entidad ciudadana, Centre d'Estudis per a la Prevenció de la Sida, en colaboración con técnicos municipales, el diseño, desarrollo, implementación y la evaluación de un programa de prevención del sida dirigido a jóvenes escolarizados en centros de enseñanza secundaria de la ciudad de Barcelona. En ese momento se inicia la investigación que aquí se presenta.

El marco teórico en el que se centra la investigación recoge una descripción de los modelos teóricos de cambio conductual más utilizados en la predicción de las conductas relacionadas con la salud, el Modelo de Creencias en Salud, la Teoría de la Acción Razonada, la Teoría de la Autoeficacia, el Modelo de las Etapas del Cambio y el Modelo Attitudes-Social Influences-Self-efficacy. En la exposición de estos modelos se incluyen algunas de las críticas más importantes que han recibido y una síntesis de los datos empíricos sobre la capacidad predictiva de cada uno, finalmente se resumen los determinantes comunes y específicos propuestos por los modelos.

Como la práctica de la promoción de la salud implica la planificación, el diseño, la implementación y la evaluación de intervenciones que tienen el propósito de cambiar los determinantes de la salud ambientales y conductuales, se describen las dos estrategias de

planificación de intervenciones que se han utilizado a lo largo del proceso de la investigación: el Modelo PRECEDE y el Intervention Mapping.

Formando parte del marco teórico de la investigación y con el objetivo de comprobar en qué medida los programas de prevención del SIDA en la escuela, existentes en ese momento, cumplían las características deseables en el diseño de intervenciones (Kirby, 1992) (DiClemente, 1993), se realizó una revisión bibliográfica que formó parte de la evaluación de necesidades previa al diseño, desarrollo, implementación y evaluación de los programas que forman el corazón de esta tesis.

Esta revisión sistemática de los programas evaluados de prevención del SIDA entre jóvenes escolarizados de 13 a 19 años de edad, publicados entre 1990 y 1995, analizó la calidad de la evaluación e intervención, valoró su efectividad y estableció los elementos que influyeron en su posible efecto.

El marco teórico también incluye un estudio sobre las características de la conducta sexual de los adolescentes-jóvenes de la ciudad de Barcelona. Este estudio formó parte de la base de conocimiento de las conductas sexuales de los jóvenes para poder diseñar el instrumento educativo.

La parte empírica de la investigación describe un estudio transversal realizado a partir de los datos disponibles a lo largo de los años 1992 y 2014 de los programas 'PRESSEC', 'Parlem Clar' y 'Parlem-ne; no et tallis!', implementados en centros escolares de Educación Secundaria de Barcelona ciudad.

Para facilitar la comprensión y seguimiento del proceso seguido, se divide la investigación en dos fases:

1ª fase: Evaluación de necesidades, diseño, implementación y evaluación del programa 'PRESSEC' y del programa 'Parlem Clar'.

2ª fase: Reevaluación de necesidades, diseño, implementación y evaluación del programa 'Parlem-ne; no et tallis!'

Para cada una de estas fases de la investigación, se presenta la metodología básica utilizada y los resultados obtenidos.

1ª fase de la investigación:

Esta fase incluye la evaluación de necesidades realizada previamente al diseño del programa 'PRESSEC' (revisión sistemática de programas de prevención del embarazo, las ITS incluida la infección por el VIH/SIDA en jóvenes escolarizados, recomendaciones de WHO (1992), conducta sexual de los jóvenes de Barcelona y entrevistas a expertos en programas de promoción de la salud), el diseño del instrumento educativo 'PRESSEC'(1993), la prueba piloto del programa y del cuestionario de evaluación, la evaluación de la efectividad del programa 'PRESSEC', la evaluación del proceso de implementación del primer curso de aplicación del programa y la diseminación y evaluación del proceso de implementación del 'PRESSEC' a lo largo de los años (2004-2010).

En relación al programa 'Parlem Clar', esta fase incluye la evaluación de necesidades realizada previamente al diseño del programa (revisión de los resultados de la evaluación del programa 'PRESSEC', conducta sexual de los jóvenes de Barcelona ciudad, la recopilación y valoración de los programas de prevención del SIDA en la escuela Secundaria existentes a nivel nacional), el diseño del instrumento educativo 'Parlem Clar' (2001), la prueba piloto del programa, la evaluación de la efectividad, la evaluación del proceso de implementación del primer curso de aplicación del programa y la diseminación y evaluación del proceso de implementación del 'Parlem Clar' a lo largo de los años (2004-10).

2ª fase de la investigación:

Esta fase incluye la reevaluación de necesidades realizada previamente al diseño del programa 'Parlem-ne; no et tallis!' (resultados del estudio cualitativo sobre programas de promoción de la salud con directores y profesorado de centros escolares de secundaria de Barcelona, resultados de la diseminación y evaluación del proceso de implementación de los programas 'PRESSEC' y 'Parlem Clar' a lo largo de los años (2004-2010), resultados del estudio cualitativo con

profesorado, jóvenes educadores que han implementado alguno de los programas 'PRESSEC' y 'Parlem Clar' y alumnado que ha recibido alguna de las intervenciones en el aula y entrevistas a las profesionales de los Equipos de Salud Comunitaria), el diseño del instrumento educativo 'Parlem-ne; no et tallis!' (2010), la prueba piloto del programa, la evaluación del proceso de implementación del primer curso de aplicación del programa y la diseminación y evaluación del proceso de implementación del 'Parlem-ne; no et tallis!' a lo largo de los años (2011-2014).

En el capítulo final de la tesis se presentan algunas de las principales conclusiones de la investigación.

## **PARTE TEORICA**



# Capítulo 1. Modelos teóricos de cambio conductual

## 1.1. Exposición de Modelos sociocognitivos en Promoción de la salud

En el ámbito de la psicología de la salud se han propuesto una gran cantidad de modelos teóricos para intentar predecir la ejecución de conductas relacionadas con la salud, sobre todo en los ámbitos de la prevención primaria y secundaria. Además de ser útiles para la predicción, estos modelos, de carácter socio-cognitivo en su mayoría, pueden también servir de guía para el diseño de programas de educación y promoción de la salud, al identificar los determinantes críticos de las conductas.

PARTE TEORICA	
-Modelos teóricos de cambio conductual	
-Programas de prevención del embarazo, ITS y VIH/SIDA	
PARTE EMPIRICA	
Hipótesis y objetivos	
Procedimientos	Intervenciones
1ª FASE	
-Evaluación de necesidades -Evaluación de la efectividad -Evaluación de proceso/implementación -Diseminación (2004-10)	'PRESSEC' (1993) Adolescentes-jóvenes 15-16 años
-Evaluación de proceso/implementación -Diseminación (2004-10)	'Parlem Clar' (2001) Adolescentes-jóvenes 16-18 años
2ª FASE	
-Reevaluación de necesidades -Evaluación de proceso/implementación -Diseminación	'Parlem-ne; no et tallis!' (2010) Adolescentes-jóvenes 16-18 años
Conclusiones	

En este apartado se describen algunos de los modelos sociocognitivos más utilizados en la predicción de las conductas relacionadas con la salud: el Modelo de Creencias en Salud (MCS), la Teoría de la Acción Razonada (TAR), la Teoría de la Autoeficacia (TAE), el Modelo Transteorético del cambio y el Modelo Attitudes-Social Influences-Self-efficacy (ASE) y para acabar dos estrategias de planificación el modelo PRECEDE y el Intervention Mapping.

Se exponen cada uno de los modelos y se incluyen algunas de las críticas más importantes; a continuación se plantea una síntesis de los datos empíricos sobre la capacidad predictiva de cada uno; y finalmente, se resumen los determinantes comunes y específicos propuestos por los modelos. En la exposición se sigue el orden cronológico de su formulación.

### 1.1.1. Modelo de Creencias en Salud (MCS)

El Modelo de Creencias en Salud (MCS) fue desarrollado en la década de los cincuenta por un grupo de psicólogos sociales del servicio de Salud Pública de Estados Unidos entre los que se contaban G.M. Hochbaum, S.S.Kegeles, H. Leventhal e I.M. Rosentock, para intentar explicar la

falta de participación en una campaña gratuita de detección precoz de la tuberculosis. Este modelo se ha aplicado posteriormente para predecir otras conductas favorecedoras de la salud, entre las que destaca el cumplimiento de regímenes médicos. Uno de los autores que más ha trabajado en la difusión y elaboración posterior del MCS es Rosentock (1960, 1974).

Según este modelo, la probabilidad de ejecución de una conducta promotora de la salud está determinada directamente, de una parte por el balance beneficios/barreras o costes de la conducta preventiva y, de otra, por la amenaza percibida de enfermedad (ver figura 1).

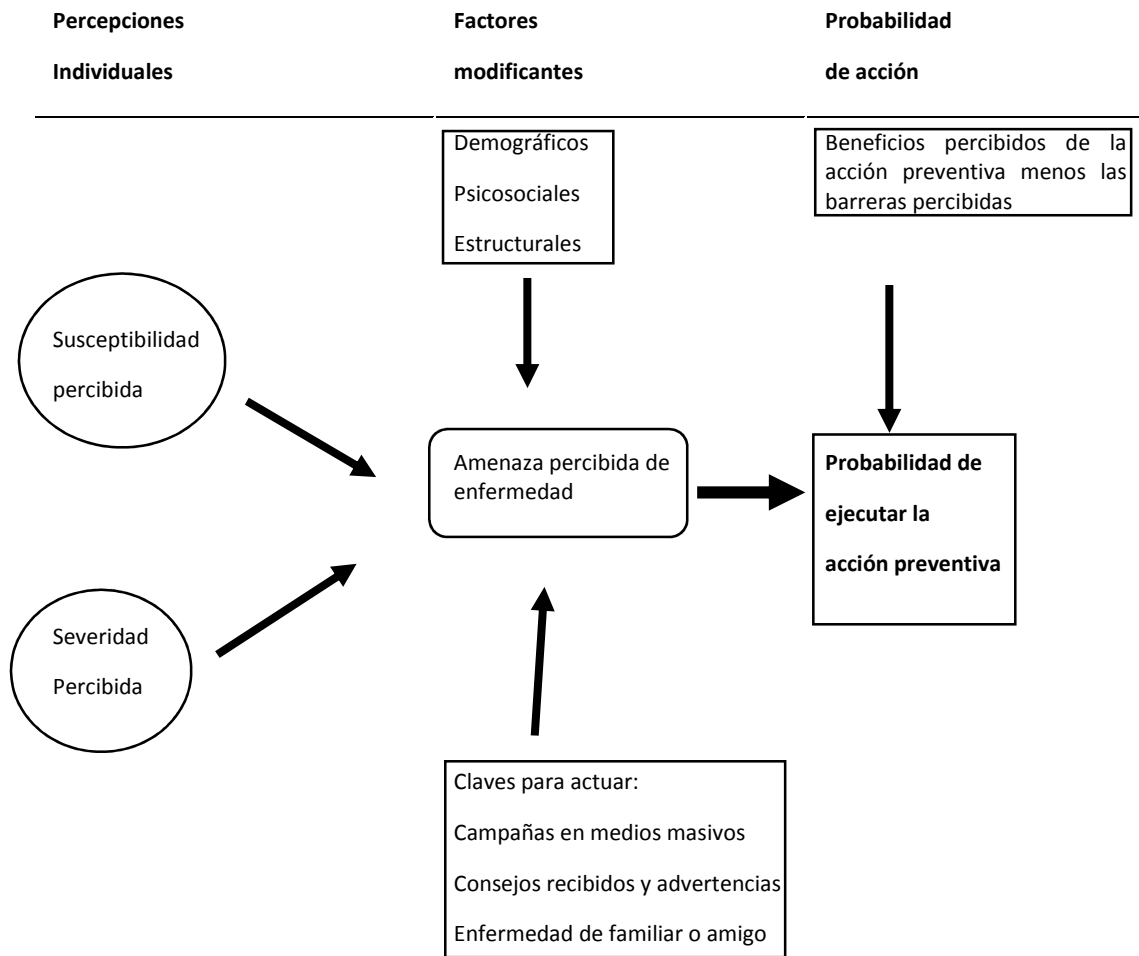
Los beneficios consisten en las consecuencias percibidas positivas de la conducta saludable (físicas, psicológicas y sociales), mientras que las barreras se refieren a las consecuencias negativas percibidas (costes económicos, incomodidades físicas, efectos secundarios) de la conducta preventiva.

La amenaza es el resultado del producto de la susceptibilidad y la gravedad percibidas de la enfermedad. A su vez, la susceptibilidad se define como la probabilidad percibida de que se produzca la enfermedad, y es equivalente al riesgo percibido; la severidad o gravedad se refiere a la importancia que la persona concede a las consecuencias orgánicas, psicológicas y sociales de enfermar.

Otro constructo importante son las claves para la acción, que se definen como el conjunto de señales externas e internas que activan o actúan como desencadenantes de la amenaza percibida. Ejemplos de claves para la acción externa son las campañas sobre salud a través de medios de comunicación o los consejos sobre la salud aportados por otras personas. Entre las claves internas destacamos la percepción de los síntomas.

En el MCS se contempla también la posible influencia de variables sociodemográficas y psicosociales sobre las conductas de salud. Pero esta influencia es siempre una influencia mediada, que se produce a través de cogniciones del sujeto, las cuales actuarían como los determinantes próximos del comportamiento.





Fuente: Hochbaum, 1958

**Figura 1.** Modelo de Creencias en Salud (MCS)

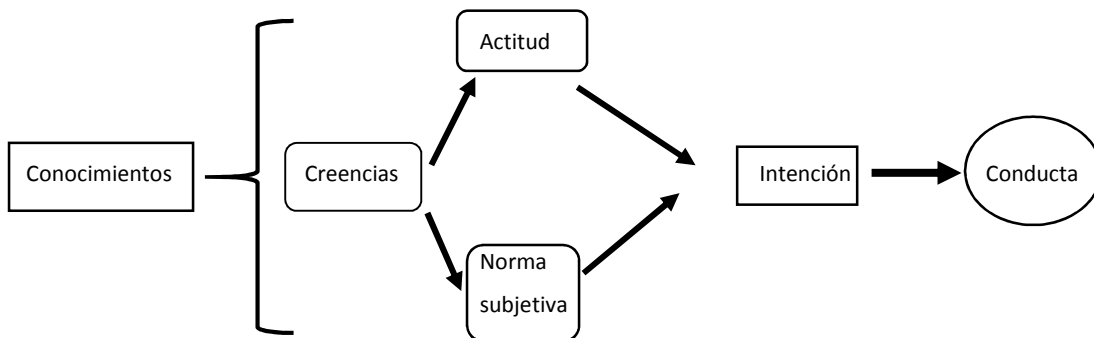
La idea central del MCS se podría enunciar de la siguiente manera: la probabilidad de ejecución de una conducta de salud es una función de la amenaza percibida de enfermedad y del balance beneficios/barreras anticipados de la acción preventiva. Para que se dé una mínima motivación para ejecutar la conducta preventiva la persona ha de percibir que su salud corre cierto riesgo y que la conducta a realizar presenta más ventajas que inconvenientes.

### 1.1.2. Teoría de la Acción Razonada (TAR)

La Teoría de la Acción Razonada (TAR) fue desarrollada por Fishbein y Ajzen (Fishbein, 1967; Ajzen y Fishbein, 1980). A diferencia del MCS, la TAR no surgió en el ámbito estricto de las

conductas promotoras de la salud, sino como una teoría general que pretende explicar y predecir la conducta humana individual.

En la TAR la conducta de salud se considera directamente determinada por la intención, que se puede definir como la decisión o el propósito firme de realizar la conducta en un futuro próximo inmediato (ver figura 2).



Fuente: Ajzen y Fishbein, 1980

**Figura 2.** Teoría de la Acción Razonada (TAR)

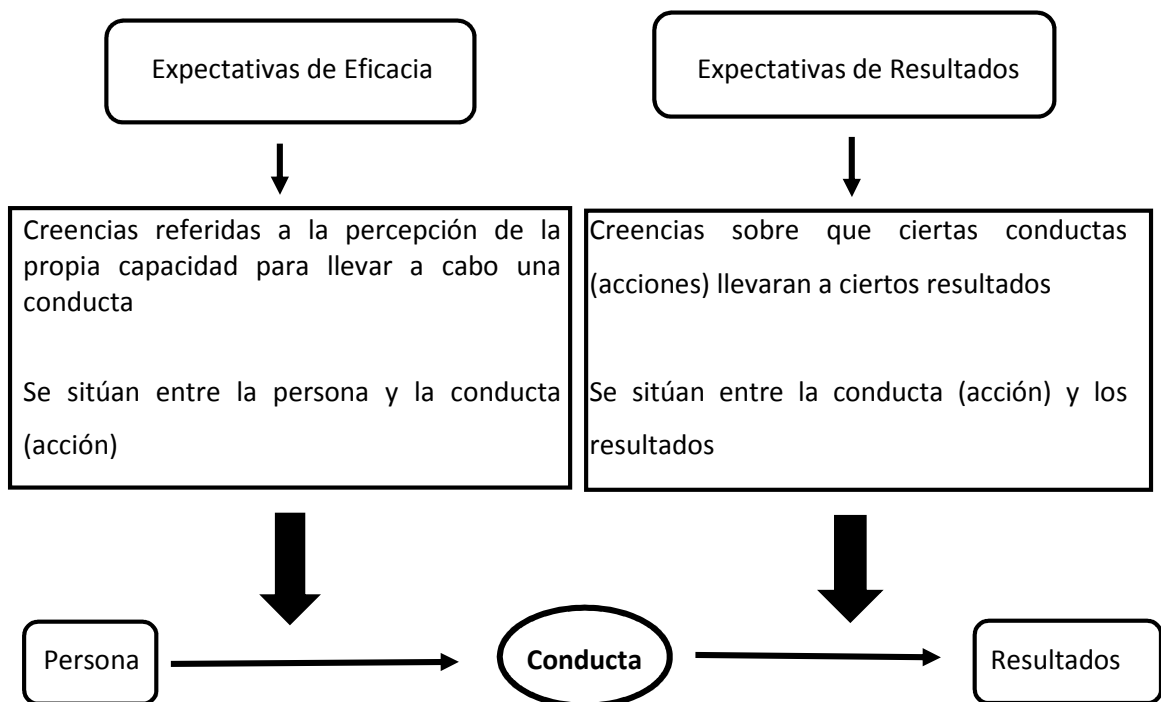
La intención está determinada por la actitud hacia la conducta, que en este modelo sería una variable de carácter personal, y por la norma subjetiva, un determinante de carácter situacional/social. La actitud consiste en el juicio de la persona sobre la utilidad o conveniencia/idoneidad de realizar la conducta de salud. La norma subjetiva consiste en la percepción subjetiva de las presiones sociales para realizar la conducta. El peso relativo de la actitud y de la norma subjetiva en la determinación de la intención dependerá en cada caso de la conducta de salud concreta y de la situación.

A su vez la actitud y la norma subjetiva están determinadas por las creencias conductuales y las creencias normativas, respectivamente. Las creencias conductuales (tipo y valor de los resultados) consisten en las consecuencias de la conducta de salud anticipadas por la persona. Las creencias normativas se refieren a la percepción que uno tiene de lo que otras personas próximas y relevantes esperan de uno, en relación con la realización de la conducta de salud, y las ganas que uno tiene de agradar a esas personas (motivación para cumplir). En realidad no

está del todo claro si las creencias conductuales y las creencias normativas son determinantes de la actitud y la norma subjetiva, respectivamente, o son formas más micro analíticas de operacionalizar estas variables.

### 1.1.3. Teoría de la Autoeficacia (TAE)

En la Teoría de la Autoeficacia (Bandura, 1977) ocupa un lugar central el concepto de expectativa, que se puede definir como la anticipación cognitiva de acontecimientos futuros. En relación con este concepto Bandura propuso una distinción, que hoy se considera ya clásica, entre dos tipos de expectativas: expectativas de resultados y expectativas de eficacia. Por expectativa de resultados se entiende la creencia de una persona que un determinado comportamiento conducirá a unos determinados resultados. Por expectativa de eficacia, la creencia de que uno es capaz de realizar con éxito un determinado comportamiento requerido para obtener unos determinados resultado (ver figura 3).



Fuente: Bandura, 1986

**Figura 3.** Teoría de la Autoeficacia

Bandura utiliza indistintamente las expresiones expectativas de eficacia, autoeficacia y expectativas de autoeficacia para referirse a las creencias sobre las propias capacidades. Y las expresiones expectativas de resultados y expectativas de acción-resultados para referirse a las creencias sobre la relación entre las acciones y las consecuencias de la conducta.

Ambos tipos de expectativas contribuyen a la determinación del comportamiento instrumental y del afecto. Regulan en gran medida, la elección de actividades, así como el esfuerzo y la persistencia en las actividades elegidas. También modulan, en gran medida, las respuestas emocionales: la ineficacia percibida para afrontar situaciones aversivas producirá ansiedad, mientras que la ineficacia percibida para conseguir resultados apetecidos que otros son capaces de alcanzar, producirá depresión. Los efectos emocionales de las diferentes combinaciones de expectativas han sido propuestos en elaboraciones más recientes de la teoría de la autoeficacia (Bandura, 1982, 1986, 1997). Por otra parte, las expectativas, tanto de eficacia como de resultados, se conciben no como variables globales y estables, sino como cogniciones específicas y cambiantes, que se forman y se reelaboran constantemente a partir del procesamiento y la integración de la información procedente de diferentes orígenes; los propios logros de rendimiento en el pasado, la observación del comportamiento de otras personas, la persuasión verbal y la autopercepción del estado fisiológico del organismo. Según la propuesta de Bandura (Bandura, 1977, 1982; 1986, 1997), de estas cuatro fuentes de información, la que posee mayor fuerza para modificar las expectativas es la propia experiencia anterior y la que menos la persuasión verbal. Al proponer estas fuentes de información concretas se están proporcionando vías para modificar las expectativas, lo cual a su vez generará un cambio en las conductas por ellas determinadas.

### **Autoeficacia y expectativas de resultados: mecanismos de actuación sobre la salud**

La teoría de la autoeficacia, surgida originalmente en el área de la terapia de conducta, para intentar explicar los efectos de diversos tratamientos de trastornos fóbicos, se ha extendido posteriormente al ámbito de la psicología de la salud.

Desde el punto de vista teórico se plantea que la autoeficacia y las expectativas de resultados pueden influir en la salud a través de sus efectos emocionales, entendidos éstos básicamente como la capacidad de modulación de la reactividad biológica ante estímulos estresantes.

Como variables motivacionales de carácter cognitivo que determinan la elección de comportamientos y esfuerzo y la persistencia en los comportamientos elegidos, las expectativas pueden: a) regular los intentos de abandonar hábitos perjudiciales para la salud: conductas adictivas y ciertas pautas alimentarias; b) determinar el esfuerzo y la persistencia en el cumplimiento de comportamientos favorecedores de la salud, autoimpuestos o prescritos por profesionales médicos; y c) influir en la rapidez y magnitud de la recuperación de actividades de la vida cotidiana, tales como el comportamiento sexual o la actividad laboral, que han quedado interrumpidas por traumas físicos o por enfermedades incapacitantes.

Las expectativas pueden influir también en la salud a través de sus efectos de carácter emocional, pues parece ser que la capacidad percibida para afrontar situaciones estresantes es una variable psicológica crítica en la modulación de la reactividad biológica. En este sentido, una serie de investigaciones realizadas por Bandura y colaboradores han puesto de manifiesto que la autoeficacia modula los parámetros en que se cuantifica la activación autonómica (frecuencia cardíaca, presión sanguínea, etc.), la actividad de los mecanismos opiáceos y no opiáceos de control del dolor, y la inmunocompetencia. Las mejores síntesis de esta línea de investigación pueden encontrarse en Bandura (1992, 1997) y en O'Leary (1992).

Este doble mecanismo de influencia de las variables psicológicas sobre la salud, a través de la conducta y a través de la modulación de la reactividad biológica, ha sido introducido también en otros modelos teóricos como el modelo de Prevención de la Enfermedad de Bayés (1992). Sin embargo, el resto de modelos sociocognitivos que se analizan en el presente trabajo se limitan a considerar el efecto de las variables cognitivas sobre las conductas relacionadas con la salud.

#### **1.1.4. El Modelo Transteórico de Prochaska**

En 1984, Prochaska y DiClemente formularon la hipótesis de que los cambios de conducta siguen una serie de etapas más o menos estandarizadas, tanto en los cambios espontáneos como en aquellos que siguen a recomendaciones terapéuticas. Estos estadios corresponden a lo que denominaron: "las etapas del cambio" (Prochaska y DiClemente, 1984).

Este modelo fue inicialmente utilizado para predecir el abandono del tabaquismo en fumadores (Miller y Heather, 1986). Sin embargo, en los últimos años, el modelo ha ido adquiriendo consistencia y ha sido aplicado en un amplio espectro de cambios de conducta: disminución de prácticas de riesgo para la infección por el VIH (Grimley et al., 1995), ejercicio físico, dieta saludable (Van Duyn et al., 2001), etc.

El Modelo Transteórico concibe el cambio de conducta como un proceso relacionado con el progreso a través de una serie de cinco estados: Precontemplación; Contemplación; Preparación; Acción y Mantenimiento (ver figura 4).



Fuente: Prochaska y Diclemente, 1984

**Figura 4.** Patrón lineal de los estadios de cambio

Estos estados, denominados del cambio, son dinámicos (las personas que se encuentran en cada uno de ellos difieren del resto en muchos aspectos). Consecuentemente, el modelo también describe los tres factores que caracterizan a las personas en cada etapa del cambio (Becker, 1974; Minkler y Wallerstein, 1997). Estos tres factores son:

- Los procesos del cambio: lo que la gente piensa y hace para cambiar su conducta.
- El balance de decisión: la evaluación entre los pros y los contras del cambio.
- La autoeficacia: la confianza y la capacidad para conseguir el cambio.

**Las características de las etapas del cambio son las siguientes:**

**Precontemplación:** es el estado en el cual la gente no tiene intención de cambiar. La gente puede estar en este estado porque está desinformada o poco informada sobre las consecuencias de su conducta, o porque ha intentado cambiarla varias veces y está desmoralizada porque no ha sido capaz. Tanto los desinformados como los que están poco informados tienden a evitar leer, hablar o pensar en su conducta de riesgo.

**Contemplación:** es el estado en el cual la gente tiene intención de cambiar en los próximos seis meses. Están suficientemente advertidos de los pros del cambio pero también tienen muy en cuenta los contras. Este balance entre costos y beneficios puede producir una profunda ambivalencia que puede hacer que la gente se mantenga en este estado durante largos periodos de tiempo.

**Preparación:** es el estado en el cual la gente tiene la intención de cambiar en el futuro próximo, generalmente medido como el próximo mes. Ellos ya han realizado alguna acción significativa durante el pasado año como consultar a un consejero, hablar con el médico, comprar un libro de autoayuda, reducir el consumo de tabaco, cambiar a una marca light, etc. .

**Acción:** es el estado en el cual la gente ya ha realizado modificaciones específicas en su estilo de vida en el curso de los seis meses pasados. Debido a que la acción es observable, el cambio de conducta ha sido, a menudo, equiparado con la acción. Sin embargo, no todas las modificaciones de conducta se pueden equiparar con la acción. La gente debe atenerse a los criterios que los médicos y los profesionales deciden que son suficientes para reducir el riesgo de enfermedad. En el tabaquismo, por ejemplo, sólo cuenta la abstinencia absoluta. En una dieta saludable, hay un consenso sobre el porcentaje total de las calorías que deben ser consumidas en forma de grasas. Este porcentaje no debe superar el 30%.

**Mantenimiento:** es el estado en el cual la gente se esfuerza en prevenir las recaídas. Están menos tentados y tienen mucha más autoeficacia que la gente en el estado de acción. Se estima que este estado dura desde seis meses a cinco años.

**Terminación:** es un sexto estado que se aplica en algunas conductas, especialmente las adicciones. Este es un estado en el cual los individuos no tienen tentación y sí un cien por cien de autoeficacia. No importa si están deprimidos, ansiosos, aburridos, solos, enfadados o

estresados, ellos están seguros de que no volverán a su antiguo hábito. Es lo mismo que si nunca hubieran adquirido el hábito.

### **Los procesos del cambio:**

¿Qué hace que la gente se mueva a través de las etapas del cambio? Para distinguir a las personas en cada etapa, de acuerdo a su preparación para el cambio, el modelo indica que cada persona realiza determinadas actividades a medida que progresa hacia el cambio de conducta. Todas estas actividades pueden ser agrupadas en 10 procesos del cambio. Los procesos experimentales son aquellos que buscan cambios en la forma en que la gente piensa y siente sobre su hábito (ver figura 5).

#### *Procesos psicológicos:*

Aumento de la percepción del problema: se relaciona con cosas que la gente hace para incrementar su conciencia de conducta como problema, lo cual reduce las defensas hacia el cambio: Por ejemplo: buscar información, leer artículos, ver programas de televisión, etc.

Shock emocional: ocurre cuando una persona experimenta una fuerte reacción emocional asociada a situaciones que tienen que ver con su conducta. Por ejemplo: Sentirse deprimido porque un amigo ha desarrollado una enfermedad relacionada con el tabaquismo.

Aumentar la percepción de que existen conductas alternativas en el entorno: sexo para calmar la ansiedad, ejercicio, etc.

Auto reevaluación: reevaluación de las consecuencias relevantes asociadas con el dejar de fumar. Por ejemplo: Hechos como "ya no me siento feliz viéndome a mí mismo como fumador".

Reevaluación en el entorno próximo: conciencia del impacto que tiene la conducta de uno sobre los demás. Por ejemplo: Me doy cuenta de que el asma de mi hija empeora si fumo.

#### *Procesos conductuales:*

Los procesos conductuales son aquellos que involucran a las personas en cambiar aspectos de su conducta problema.



Promover conductas satélites: cambios en el estilo de vida general del fumador. Se relaciona con actividades que apoyan el hecho de volverse un exfumador. Por ejemplo: Elegir comer algo saludable o beber un zumo en lugar de fumar un cigarro.

Condicionamiento contrario: se refiere a reemplazar el fumar con un sustituto conductual. Por ejemplo: hacer ejercicio, dar un paseo, tener a mano alimentos hipocalóricos, etc.

Control de estímulos: evitar estímulos relacionados con el tabaco y evitar situaciones que animan a fumar. Ejemplo: Poner carteles de no fumar en sitios que te pueden inducir a hacerlo, etc.

Manejo de los refuerzos: la forma en que la gente se refuerza a sí misma (o es reforzada por los otros) para no fumar.

Relaciones de ayuda: se refiere a la confianza en los otros y a la aceptación de su ayuda así como a la búsqueda de ayuda profesional para guiar el proceso de dejar de fumar.

<b>Pre contemplación</b>	<b>Contemplación</b>	<b>Preparación</b>	<b>Acción</b>	<b>Mantenimiento</b>
Promover conflicto interno y mover a la reflexión pros y contras	Desequilibrar el balance de decisión a favor de la conducta saludable, romper ambivalencia, evocar razones para la conducta saludable y riesgos de la no saludable	Facilitar la acción e incrementar la autoeficacia	Evaluar actividades y técnicas necesarias y establecer controles (personales, telefónicos, etc.)	Identificar y prevenir situaciones de recaída

Fuente: González, 2010

**Figura 5.** Las etapas del cambio, acciones en una intervención

**El Balance de decisión:**

La motivación para el cambio se refiere a las razones que tiene un fumador para dejarlo y a la fuerza que pone en el intento. Esta motivación queda reflejada en este modelo mediante el

constructo del balance decisional. Se define como la importancia relativa que una persona da a las ventajas y desventajas del cambio de conducta (dejar de fumar). Este balance decisional varía entre las etapas del cambio y, para la mayor parte de las conductas analizadas hasta la fecha, esta variación se puede predecir claramente. En la precontemplación, las desventajas del cambio de conducta exceden a las ventajas. Esto da como resultado una baja motivación para el cambio incluso aunque la gente sepa que el fumar es perjudicial para la salud. Durante la contemplación las ventajas se incrementan significativamente. Los fumadores ven ahora tantas buenas razones para dejar de fumar como para seguir haciéndolo. Esto da como resultado una ambivalencia. Quieren adoptar y se resisten al cambio. A menos que se decante la balanza por las ventajas, el fumador no tomará la decisión de dejarlo. En el estado de preparación, las ventajas superan a las desventajas. Esto permite la motivación requerida para planificar la acción. Aunque todavía queda mucho camino por andar en este sentido, los hallazgos en investigación sugieren que debemos hablar con los clientes sobre los beneficios que perciben al fumar y las desventajas de hacerlo. Sólo cuando las ventajas de dejar de fumar superen a las desventajas, los fumadores utilizarán los procesos conductuales del cambio.

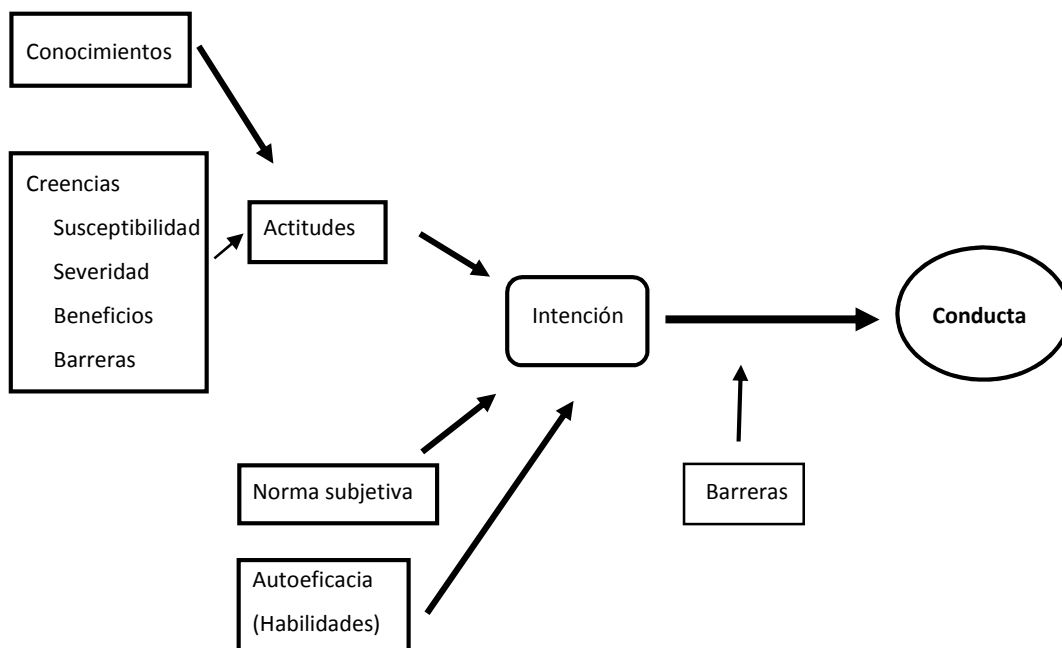
#### **La Autoeficacia:**

El éxito en conseguir dejar de fumar se ha relacionado con la confianza de las personas en su habilidad para conseguirlo. Tentación y confianza son inversamente proporcionales, a medida que la tentación disminuye, la confianza aumenta. La diferencia entre tentación y confianza disminuye con el progreso a través de las etapas del cambio.

#### **1.1.5. El Modelo de Actitudes, Influencias Sociales y Eficacia (ASE)**

Numerosos modelos cognitivo sociales pretenden explicar el comportamiento. Un ejemplo de ellos es el Modelo de Actitudes, Influencias Sociales y Eficacia (ASE) (De Vries *et al.*, 1988 , 1995 ; De Vries y Backbier, 1994 ) . El modelo ASE tiene sus orígenes en la Teoría de la Acción Razonada ( Fishbein y Ajzen, 1975 ) y la Teoría Cognitivo Social de Bandura ( Bandura, 1976 ), y está estrechamente relacionado con la Teoría del Comportamiento Planeado ( Ajzen, 1991 ). Más recientemente, los aspectos del modelo Transteórico ( Prochaska *et al.*, 1992 ) se han incorporado en el modelo ASE ( De Vries y Mudde, 1998 ).

El modelo ASE considera que el determinante más cercano a la conducta de una persona es la intención de conducta, y que ésta, está determinada por los aspectos siguientes: Las actitudes (que están determinadas a su vez por los conocimientos y las creencias como la susceptibilidad, severidad, beneficios y barreras percibidas) de la persona; La norma subjetiva (aquello que la persona percibe que piensan o hacen las personas importantes para ella. En el caso de la conducta sexual, es la pareja quien más puede influir, seguida de los amigos y amigas; La autoeficacia es la percepción que tienen las personas respecto a sentirse capaces de desarrollar con éxito la conducta preventiva; Las habilidades, sobre todo las de tipo social y de comunicación, son necesarias para llevar a cabo la conducta preventiva. Por otro lado, entre la intención de conducta y la conducta final pueden aparecer algunas dificultades que, si no son trabajadas previamente con el alumnado, pueden provocar que no se dé la conducta preventiva deseada. Es necesario comentar que el modelo de intervención utilizado también incorpora medidas para modificar el entorno, y eso también modifica los determinantes anteriores y facilita los efectos positivos (ver figura 6).



Fuente: De Vries *et al.*, 1988

**Figura 6.** Modelo ASE

Estos modelos son utilizados en investigación sobre prevención de las ITS y el embarazo adolescente (Juárez, 1999), y han demostrado ser efectivos en el cambio de conductas sexuales

(López, 2011). Entender lo que motiva a los adolescentes a iniciar la actividad sexual permite diseñar intervenciones más eficaces (Kirby, 2007). La intervención tenía como objetivo modificar las conductas sexuales de riesgo en relación al embarazo adolescente, las ITS incluida la infección por el VIH/sida y en concreto reducir la prevalencia de relaciones sexuales sin preservativo (Shaalma et al., 1993) (Diclemente et al. 1992). Según las teorías anteriores esto se podía conseguir modificando los determinantes conductuales.

El modelo ASE postula que otras variables, como el país de residencia, características socioeconómicas y demográficas, son externos al modelo teórico. Algunos autores sostienen que estos factores externos sólo sirven para caracterizar individuos y pueden, por lo tanto, ser clasificados como variables descriptivas. Las variables descriptivas son, en consecuencia, distinguibles de los determinantes del modelo ASE.

## **1.2. Modelos para el diagnóstico, planificación y desarrollo de intervenciones**

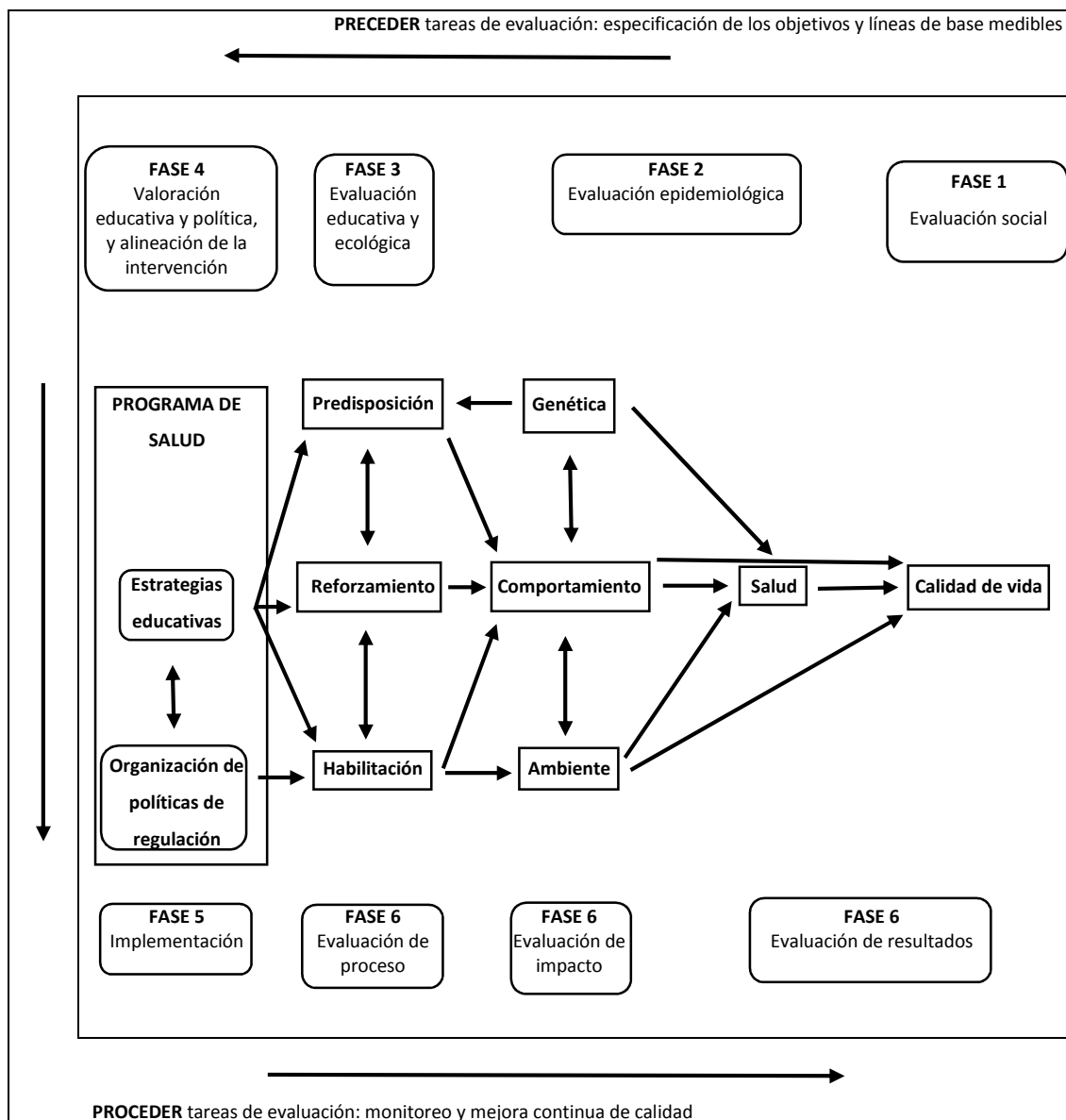
La práctica de la promoción de la salud implica la planificación, la realización y la evaluación de intervenciones que pretenden cambiar los determinantes de la salud ambientales y conductuales (Simons-Morton et al., 1995). Entre los modelos de planificación en promoción de la salud destaca el clásico modelo PRECEDE, desarrollado por Green en la década de los ochenta (Green y Kreuter, 1991) (Gielen y McDonald, 1997), que es, todavía, un camino claro para no perderse en el camino de las intervenciones.

Los promotores de la salud suelen diseñar, de forma sistemática, intervenciones, materiales o acciones desde los objetivos hasta la evaluación final. El método Intervention Mapping (Bartolomew, 2001) es una herramienta que ayuda al desarrollo de las intervenciones. Como marco general utiliza el PRECEDE per, además, guía la elaboración de las intervenciones entre los estadios de objetivos y evaluación, basándose en teorías psicosociales que explican y aplican los procesos mentales de cambio y de aprendizaje (Villamarin, 1998).

### **1.2.1. PRECEDE**

El modelo PRECEDE (acrónimo en inglés de *predisposing, reinforcing, and enabling causes in*

*educational diagnosis and evaluation*) descrito por Green y Kreuter se diseñó como una forma de valorar las necesidades de Educación para la Salud de una comunidad. Los pasos básicos del PRECEDE incluyen el diagnóstico social, el diagnóstico epidemiológico, el diagnóstico del comportamiento y el diagnóstico administrativo. Este modelo parte de diversas disciplinas para analizar los problemas sociales, de salud y factores del comportamiento. Estos factores son los que constituyen el centro de una intervención en Educación para la Salud dirigida siempre a la adopción voluntaria de una conducta saludable (ver figura 7)



Fuente: Representación genérica del Modelo PRECEDE-PROCEDER de L. Green y M. Kreuter, (2005).

**Figura 7.** El modelo de planificación PRECEDE

Todas las "causas" de la conducta que se han identificado en los modelos teóricos explicados anteriormente, se pueden organizar siguiendo la clasificación propuesta por el modelo PRECEDE en su fase 4 (Diagnóstico educativo y organizativo).

Podemos identificar tres categorías de factores que afectan a la conducta individual o colectiva, incluyendo acciones de organizaciones en relación con el ambiente, cada uno de los cuales tiene un tipo diferente de influencia en la conducta.

### **Factores predisponentes**

Son aquéllos que anteceden a la conducta y que proveen aspectos racionales o motivacionales para realizarla. Son factores que aparecen en las fases de precontemplación, contemplación y preparación de las etapas del cambio.

Estos factores, los cuales incluyen el conocimiento, las actitudes, creencias, valores y habilidades y necesidades percibidas, están en relación con la motivación de una persona o grupo para actuar. Todos ellos pertenecen al dominio psicológico. Incluyen las dimensiones cognitivas y afectivas de conocer, sentir, creer, valorar, tener confianza en uno mismo o sentido de autoeficacia, etc.

Los factores de personalidad pueden también predisponer a una conducta relacionada con la salud, pero se excluyen porque los cambios de personalidad no se pueden modificar con cambios educacionales u otras intervenciones de promoción de la salud, sino a través de la psicoterapia.

También una variedad de factores demográficos, como el nivel socioeconómico, edad, sexo, tamaño familiar, etc. pueden predisponer la conducta. Pero tampoco están en la lista de factores predisponentes porque no pueden ser influenciados directa o fácilmente por programas de promoción de la salud. Sin embargo, estos factores son útiles para segmentar a la población en subgrupos.

### **Son factores predisponentes los siguientes:**

Conocimiento: el conocimiento es necesario pero no suficiente para cambiar conductas individuales o colectivas. Cierta información es probablemente necesaria antes de que una persona realice una acción saludable consciente, pero esa acción saludable deseada no ocurrirá a menos que la persona reciba un fuerte estímulo suficiente para poner en marcha la motivación

suficiente que actúe sobre la base del conocimiento. Y la motivación debe venir de otras fuentes diferentes además de la del conocimiento objetivo.

Creencias, valores y actitudes: son términos diferentes aunque las diferencias entre ellos son complejas. La *creencia* es la convicción de que un fenómeno es verdadero o real. Dos de las dimensiones del MCS, la susceptibilidad y la severidad de las consecuencias puede ser interpretada como miedo de la enfermedad o conducta. El miedo es una fuerza motivadora poderosa pero contiene una dimensión de ansiedad. A veces, esta combinación de miedo y ansiedad produce un bloqueo o negación. Por tanto, utilizar el miedo en Educación para la Salud de forma aislada puede ser contraproducente, a menos que vaya acompañado de instrucciones sencillas para aliviar la ansiedad. Los valores son la base para justificar las acciones de la persona en términos éticos o morales. Los valores suelen construirse en grupos étnicos y a través de generaciones de personas que comparten una historia común y una identidad geográfica. Los valores definen lo correcto y lo incorrecto, las dimensiones buenas y malas de los resultados específicos de las conductas de las personas. Los valores están inseparablemente ligados a las elecciones de la conducta.

Hay que reconocer los valores de los diferentes grupos étnicos, de edad y otras subpoblaciones definidas demográficamente para poder analizar los factores predisponentes. Los programas de Educación para la Salud tratan de encontrar cómo ayudar a las personas a reconocer su inconsistencia entre sus valores (generalmente a favor de la salud) y sus conductas o ambiente (a menudo en contra de la salud).

Las actitudes son, después de la motivación, uno de los términos más vagos y peor utilizados del léxico de las ciencias conductuales. Algunos autores la describen como una predisposición mental o un sentimiento relativamente constante hacia una cierta categoría de objetos, personas o situaciones; otros como un conjunto de creencias que siempre incluyen un aspecto de evaluación; esto es, las actitudes se pueden valorar siempre en términos positivos o negativos. Difieren de los valores en que se dirigen a objetos, personas, o situaciones específicas y están basadas en uno o más valores. Los valores están situados en un plano más profundo y por tanto tienen menos posibilidad de modificarse que las actitudes y las creencias.

El conjunto de nuestras reacciones frente a un estímulo (objeto, persona o situación) se resume en tres componentes principales: cognitivo (opinión), afectivo (sentimiento) y conativo (intención). El conjunto de lo que sabemos del estímulo, cómo lo percibimos, qué significaciones y características le atribuimos, constituye el componente cognitivo de la actitud. El conjunto de

cogniciones adquiridas desde nuestra infancia sobre la mayoría de los temas (el tabaco, el automóvil, el alcohol, una determinada ideología política, etc.) ha adquirido, con el paso de los años, complejidad y estabilidad, y es muy difícil modificarlo.

La segunda dimensión concierne a nuestros sentimientos o reacciones emocionales frente al estímulo en cuestión. Varía en dirección (a favor o en contra) y en intensidad (poco, mucho, apasionadamente, parcialmente, nada). Es nuestra evaluación favorable o no. La tercera incluye todos los planes, decisiones e intenciones relativas a las acciones a emprender frente al estímulo.

Como los tres componentes de la actitud son el resultado de las mismas experiencias, es normal que estén estrechamente ligados.

Las relaciones entre la conducta y actitudes, creencias y valores, aunque aún no está completamente comprendida, nos proporcionan una amplia evidencia de su asociación.

La autoeficacia: es un concepto de la Teoría del Aprendizaje Social. Ya hemos hablado de este concepto cuando explicamos el modelo ASE.

Intención: la Teoría de la Acción Razonada mantiene que el paso final en el proceso de predisposición hacia una conducta, antes de que esta tenga efecto, es formular una intención de esa conducta. Este paso está influenciado por las actitudes hacia la conducta y por la percepción de las normas sociales favorables a la conducta. Estas actitudes, a su vez, están influenciadas por creencias que tienen que ver con la eficacia de la acción en alcanzar los resultados esperados y por la actitud hacia esos resultados. También hemos hablado ampliamente del concepto de intención y lo hemos desarrollado el modelo transteórico o de las etapas del cambio.

La percepción de la influencia social está influenciada por la creencia sobre la fuerza de las opiniones de los otros sobre la conducta y por la propia motivación de la persona para estar de acuerdo con esos otros.

Habilidades existentes: Si una persona no posee la habilidad para realizar una acción determinada, la adquisición de esa habilidad se convierte en un factor facilitador para realizar la acción.



## **Factores facilitadores**

Ambiente de salud y otras influencias ambientales reales: disponibilidad, accesibilidad, etc. Son condiciones de vida que actúan como barreras a la acción (disponibilidad de transporte). También incluyen las nuevas habilidades que una persona, organización o comunidad necesita para realizar un cambio conductual o ambiental. Los factores facilitadores se convierten en el objetivo inmediato de las intervenciones en un programa. Consisten en los recursos y nuevas habilidades necesarias para realizar la acción de salud y las acciones de la organización para modificar el ambiente. Los recursos incluyen la organización y accesibilidad de los servicios sanitarios, personal, escuelas, o cualquier otro recurso similar. La disponibilidad, accesibilidad y bajo costo de productos de consumo no saludables son importantes factores facilitadores que afectan a la conducta (por ejemplo, máquinas expendedoras de tabaco, las cuales permiten fumar a los adolescentes incluso donde las leyes prohíben la venta a menores, comida rápida, la cual es conveniente pero demasiado rica en sal y ácidos grasos saturados, bebidas alcohólicas vendidas en acontecimientos deportivos, las cuales permiten a los conductores conducir bajo los efectos del alcohol, etc.). Otros factores facilitadores que pueden oponerse o neutralizar estas adversas influencias incluyen la disponibilidad y el bajo coste de los programas de cesación antitabáquica, facilidades para realizar ejercicio y las leyes prohibiendo las ventas de alcohol a menores.

Nuevas habilidades: El término habilidad se refiere a la capacidad de la persona para realizar las tareas que constituyen la conducta relacionada con la salud. Las habilidades para la promoción de la salud incluyen el control personal sobre los factores de riesgo de las enfermedades, habilidades para un uso apropiado de los servicios sanitarios y habilidades para modificar el ambiente. Algunos ejemplos incluyen el uso apropiado de las técnicas de relajación y la habilidad para realizar ejercicios apropiados, el uso de una gran variedad de instrumentos médicos y procedimientos diagnósticos frecuentemente requeridos en los programas de autocuidado. Para la prevención del tabaquismo, se necesita resistencia a la presión de grupo mientras que para la cesación del hábito, las habilidades requeridas son relajación y “coping”. Los programas de promoción de la salud que trabajan para incrementar la habilidad de las personas para cambiar su ambiente, necesitan conocer si las personas poseen las habilidades para influenciar las organizaciones o a los miembros de su comunidad. Pueden estar incluidas las habilidades para la organización comunitaria, la negociación, el trabajo con los “mass media”, etc.

## **Factores reforzadores**

Son la consecuencia de la acción que determina si la persona recibe un feedback positivo o negativo y si ese feedback es apoyado socialmente después de ocurrir. Por tanto, son factores posteriores a la conducta. Aparecen en la fase de acción y mantenimiento de las etapas del cambio.

Incluyen el apoyo social, influencias de los pares, ayuda y feedback por los agentes sanitarios, etc. También incluyen las consecuencias físicas de la conducta (sentimientos de bienestar o dolor causado por el ejercicio físico y la disminución de los síntomas respiratorios después de un uso correcto de la medicación asmática. Así mismo, son factores reforzadores los beneficios sociales como el reconocimiento, beneficios físicos (confort, conveniencia), beneficios tangibles (económicos o disminución del gasto) y recompensas imaginadas (una apariencia mejorada, respeto hacia uno mismo o asociación con una persona admirada que realiza la conducta). También incluyen las consecuencias adversas de la conducta o castigos que pueden conducir a dejar de realizar la conducta positiva.

Una vez distribuidos los factores, podremos intervenir mediante las siguientes estrategias:

### **Para incidir en los factores predisponentes:** Comunicación directa

- Facilitar que la población diana discuta la información, argumente y rebata sus propias opiniones de forma que se puedan modificar las actitudes, las creencias erróneas, etc.
- Utilizar un lenguaje claro, conciso y entendible.
- Utilizar soportes adecuados (vídeos, folletos, carteles, etc.)
- Utilizar líderes de opinión con credibilidad.
- Incorporar a miembros de la propia población diana desde el inicio del programa o intervención.
- Diseñar sesiones basadas en el trabajo de grupo y en la elaboración de productos realizados por los propios miembros del grupo (carteles, folletos, etc.).

**Para incidir en los factores facilitadores:** Comunicación indirecta, cambio ambiental, entrenamiento en habilidades

-Entrenamiento para aprender habilidades (talleres).

- Aumentar la accesibilidad de los instrumentos (condones, métodos anticonceptivos, guías, folletos, etc.) y de los centros y programas (horarios, listas de espera, trato, etc.). A veces sucede que aun sabiendo que existe un servicio la población no acude a él. Por ejemplo, cuando se preguntó a unos jóvenes por qué a pesar de que conocían el centro de planificación familiar no acudían a él, se halló la respuesta clave: “No vamos porque no nos apetece nada encontrarnos en la sala de espera con nuestra madre, tía... o la vecina del quinto. De esta manera pudieron ponerse en marcha las “tardes jóvenes”, tardes donde sólo podían acudir los menores de 20 años y que han logrado que el centro sea realmente accesible a esa población diana.

**Para incidir en los factores reforzadores:** Comunicación indirecta, identificar reforzadores

- Intervenir sobre los agentes clave identificados, principalmente cuando la acción del propio sujeto no consigue suficientes cambios en su entorno.

- Premiar mediante el reconocimiento los logros de la población diana y de los agentes clave.

- Identificar y utilizar como reforzadores los beneficios físicos (placer, comodidad, etc.) que las conductas más saludables puedan representar (por ejemplo: erotizando el sexo sin penetración o el uso del condón, cuidando la estética de platos dietéticos, enfatizando el mejor sabor de los besos sin tabaco, etc.).

- Identificar y utilizar como reforzadores las recompensas tangibles (ahorro económico, etc.).

### **1.2.2. Intervention Mapping**

Intervention Mapping (IM) (Bartholomew et al., 2001) es una herramienta para la planificación y el desarrollo de intervenciones en promoción de la salud. Nos ayuda a identificar la ruta desde una necesidad o problema hasta la identificación de una solución. Aunque IM se presenta como una serie de pasos, el proceso no es lineal sino iterativo. Los planificadores de programas van y vienen entre las tareas y pasos. El proceso también es acumulativo: Cada paso se basa en los pasos anteriores, y la falta de atención a una etapa particular puede conducir a errores y decisiones inadecuadas.

El IM describe el proceso de desarrollo de programas de promoción de salud en seis pasos, siguiendo un mapa de Intervención, y usando procesos básicos. Los pasos son los siguientes: (ver figura 8)

**Paso 1: Evaluación de necesidades:**

Antes de comenzar a planear realmente una intervención, el planificador evalúa el problema de salud, su comportamiento relacionado, las condiciones ambientales, y sus determinantes asociados para las poblaciones en situación de riesgo. Esta evaluación abarca dos componentes: uno científico y epidemiológico y otro que trata de recoger la perspectiva social de un grupo o comunidad en situación de riesgo y sus problemas. Se trata de un esfuerzo por "llegar a conocer", o comenzar a entender, el carácter de la comunidad, sus miembros y sus puntos fuertes. El producto de esta primera etapa es una descripción del problema de salud, su impacto en la calidad de vida, las causas y los factores determinantes de la conducta.

Las tareas que el planificador completa son:

- Establecer un grupo de planificación que incluye los posibles participantes del programa y planifica la evaluación de las necesidades.
- Llevar a cabo la evaluación de las necesidades mediante procesos centrales, organizar la información resultante y determinar las prioridades.
- Equilibrar la evaluación de necesidades con la evaluación de la capacidad de la comunidad o el grupo
- Vincular la evaluación de las necesidades de planificación de la evaluación mediante el establecimiento de los resultados deseados del programa deseados.

**Paso 2: Definición de los objetivos de cambio de determinantes conductuales y ambientales del programa:**

Este paso proporciona la base para la intervención mediante la especificación de quién y lo que va a cambiar como resultado de la intervención. El producto de esta etapa es un conjunto de

matrices que incluyen los objetivos de desempeño para cada nivel (de determinantes y ambientales o de entorno).

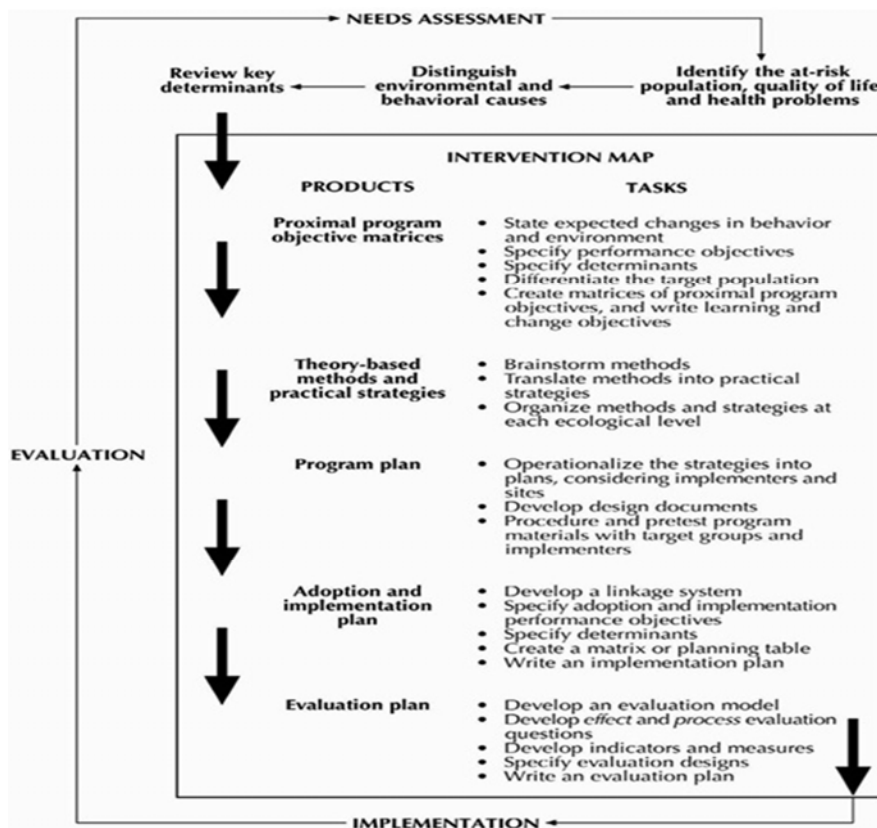
Las tareas que el planificador completa son:

-Identificar los resultados del cambio previstos para el comportamiento relacionado con la salud y las condiciones ambientales.

-Subdividir el comportamiento y las condiciones ambientales en los objetivos de desempeño.

-Seleccionar los determinantes importantes y cambiantes, del comportamiento del grupo en

-Crear una matriz de objetivos de cambio para cada nivel de intervención (individual, interpersonal, organizacional, comunitaria y social.



Fuente: Bartolomew, Parcel y Kok (2001)

**Figura 8.** Intervention Mapping

**Paso 3: Revisión y selección de intervenciones basadas en teorías, métodos y estrategias prácticas y su aplicación al diseño de la intervención:**

El planificador busca métodos basados en la teoría y estrategias prácticas para efectuar cambios en el comportamiento de la salud. Un método de intervención es un proceso definido por el cual los postulados de la teoría y la investigación empírica proporciona evidencia de cómo se puede producir un cambio en el comportamiento de los individuos, grupos o estructuras sociales.

Las tareas que el planificador completa son:

-Revisión de intervenciones basadas en teorías, dirigidas a los participantes previstos y elegir métodos y estrategias.

-Uso de procesos básicos para identificar y elegir los métodos teóricos que puedan influir en los cambios en los determinantes e identificar las condiciones en las que un determinado método es más probable que sea eficaz.

-Seleccionar o diseñar estrategias prácticas para aplicar los métodos a los grupos de intervención.

-Asegurar que las estrategias finales [todavía] coinciden con los objetivos del cambio especificados en las matrices.

**Paso 4: Producción de los componentes y materiales de la intervención o el programa:**

Este paso incluye los productos siguientes: una descripción del alcance y la secuencia de los componentes de la intervención, los materiales del programa, y los protocolos del programa. Este paso exige el replanteamiento cuidadoso de los participantes del programa previstos y el contexto del programa. También se requiere una prueba piloto de estrategias y materiales del programa con los ejecutores y destinatarios.

Las tareas que el planificador completa son:

-Consultar con los participantes previstos y los implementadores de la intervención para identificar sus preferencias para el diseño de materiales para la intervención o programa.

-Especificar el alcance del programa, la secuencia a seguir, los temas y la lista de materiales necesarios.

-Revisión de materiales disponibles que cumplan con los objetivos de cambio, los métodos y estrategias específicas.

-Pre test de los materiales con la población a la que se dirigen y supervisión de la producción final.

### **Paso 5: Planificación de la adopción, implementación y sostenibilidad de la intervención**

El contenido central de la etapa es la adopción y ejecución de los programas (incluido el examen de la sostenibilidad del programa). Por supuesto, las consideraciones para la implementación del programa en realidad comienzan tan temprano como la evaluación de las necesidades y se revisan en este paso. El paso requiere el proceso de desarrollo de la matriz exactamente igual que en el paso 2, excepto que estas matrices son desarrolladas con la adopción y aplicación de los objetivos. La vinculación de cada objetivo de rendimiento con un determinante produce un objetivo de cambio para promover la adopción y el uso del programa. El producto de este paso es un plan detallado para el cumplimiento de la adopción y la ejecución de la intervención o el programa para influir en el comportamiento de los individuos.

Las tareas que el planificador completa son:

- Identificar los posibles usuarios de la intervención o el programa de promoción de la salud (revisar el grupo de planificación y sistema de vinculación para asegurar la representación).

-Especificar los objetivos de desempeño para la adopción, implementación y sostenibilidad.

-Especificar los determinantes de la adopción, implementación y sostenibilidad y crear matrices de objetivos de cambio para la implementación de la intervención o del programa.

-Seleccionar métodos y estrategias para hacer frente al cambio.

### **Paso 6: Planificación del proceso de evaluación**

En el paso 6, el planificador especifica un plan de evaluación que en realidad comenzó en la evaluación de necesidades y se desarrolla junto con el mapa intervención. En el proceso de asignación de Intervención, los planificadores toman decisiones sobre los objetivos de cambio, los métodos, las estrategias y la implementación. Las decisiones, aunque basadas en la teoría y la evidencia de la investigación, pueden no ser óptimas o incluso pueden ser completamente equivocadas. A través del proceso de evaluación, los planificadores pueden determinar si las decisiones eran correctas en cada paso de mapeo. Para evaluar el efecto de una intervención, los investigadores analizan el cambio en la salud y calidad de vida, problemas de comportamiento y medio ambiente, y los determinantes de los objetivos de rendimiento. Todas estas variables se han definido en una forma medible durante los pasos anteriores. El producto de este paso es un plan para responder a estas preguntas.

Las tareas que el planificador completa son:

-Describir el programa y completar el modelo lógico.

-Describir los resultados del programa de calidad de vida, la salud, el comportamiento y el entorno y escribir los objetivos y las preguntas de la evaluación.

-Escribir el proceso y las preguntas de la evaluación basándose en las descripciones de los métodos, las condiciones, las estrategias, los programas y la ejecución.

-Desarrollar indicadores y medidas de evaluación.

-Especificar el diseño de la evaluación.



### 1.3. Datos empíricos sobre la capacidad predictiva de los modelos

En la descripción de los estudios empíricos que han intentado contrastar la capacidad predictiva de los modelos anteriormente expuestos se toma como base, en lo posible en revisiones meta-analíticas. En algún caso se utilizan también revisiones literarias, realizadas con una metodología tradicional.

#### 1.3.1. Modelo de Creencias para la Salud (MCS)

Se resumen los datos aportados por dos trabajos de revisión: el de Janz y Becker (1984) y el de Harrison, Mullen y Green (1992).

PARTE TEORICA	
-Modelos teóricos de cambio conductual	
-Programas de prevención del embarazo, ITS y VIH/SIDA	
PARTE EMPIRICA	
Hipótesis y objetivos	
Procedimientos	Intervenciones
1ª FASE	
-Evaluación de necesidades -Evaluación de la efectividad -Evaluación de proceso/implementación -Diseminación (2004-10)	'PRESSEC' (1993) Adolescentes-jóvenes 15-16 años
-Evaluación de proceso/implementación -Diseminación (2004-10)	'Parlem Clar' (2001) Adolescentes-jóvenes 16-18 años
2ª FASE	
-Reevaluación de necesidades -Evaluación de proceso/implementación -Diseminación	'Parlem-ne; no et tallis!' (2010) Adolescentes-jóvenes 16-18 años
Conclusiones	

En la revisión de Janz y Becker (1984), realizada con una metodología tradicional, se examinaron un total de 46 estudios, 18 de carácter retrospectivo y 28 prospectivos. Los resultados de los estudios prospectivos se mostraron tan favorables a los postulados del MSC como los retrospectivos. De las diferentes variables del MCS la que resultó más predictiva de las conductas de salud fueron las barreras percibidas y la que menos la severidad percibida. Con una capacidad predictiva similar, e intermedia a la de esas dos variables, se situaron los beneficios percibidos y la vulnerabilidad percibida. Otro dato importante fue que la capacidad predictiva de una determinada variable del MCS podía variar en función del tipo de conducta de salud. Así, la vulnerabilidad percibida predijo mejor las conductas de salud relacionadas con la prevención primaria, que con la prevención secundaria (en pacientes que ya han sido diagnosticados), mientras que con los beneficios percibidos ocurrió justamente lo contrario.

En la revisión de Harrison, Mullen y Green (1992) se utilizó una metodología meta-analítica. Partiendo de 135 estudios empíricos sobre MCS realizados con personas adultas los autores realizaron una selección de aquellos que cumplían los siguientes criterios: evaluación de las cuatro variables del modelo; referencias a la fiabilidad de los instrumentos de medida y utilización de una variable dependiente conductual. Los 16 estudios seleccionados mostraron una relación entre las variables del MSC y las conductas de salud en el sentido propuesto por el

modelo: positiva en el caso de la severidad, la susceptibilidad y los beneficios y negativa en el caso de las barreras o costes percibidos. Una limitación de estos estudios fue que analizaron la capacidad predictiva de cada una de las variables por separado y ésta sólo explicó el 10% de la variabilidad de la conducta de salud.

### **1.3.2. Teoría de la Acción Razonada (TAR)**

Shepard, Hartwick y Warshaw (1988) realizaron una revisión meta-analítica en la que examinaron un total de 87 estudios seleccionados por los siguientes criterios: Se evaluaron los cuatro constructos importantes de la TAR (conducta, intención, actitud y norma subjetiva); La relación entre las variables del modelo se expresó en forma de correlación; Los constructos estuvieron correctamente operacionalizados (la actitud y la norma subjetiva se referían a la conducta y no a situaciones externas y la conducta evaluada se refirió a la especificada en la intención; Siempre se evaluaron conductas específicas, no indicadores conductuales globales. Los datos empíricos de los 87 estudios confirmaron la utilidad predictiva del modelo. Se encontró una correlación promedio de 0,53 en la relación entre intención y conducta con una significación de 0,001; una correlación promedio de la actitud y la norma subjetiva con la intención de 0,66 con una significación de 0,001.

### **1.3.3. Teoría de la autoeficacia (TAE)**

Una de las revisiones más completas de los estudios empíricos en que se examinó la capacidad de la autoeficacia (AE) para predecir diferentes conductas de salud fue la realizada por Holden (1991).

En este trabajo se utilizó una metodología meta-analítica. A partir de un total de 1157 referencias iniciales se seleccionaron 56 artículos sobre AE y salud, que cumplieran los criterios: Todos eran trabajos empíricos en los que se evaluó tanto la AE como una determinada conducta de salud; Tenían un diseño prospectivo (la AE se evalúa siempre antes que la conducta); La relación entre AE y conducta se expresó en forma de correlación. Las conductas de salud que se

intentaron predecir en los 56 estudios revisados incluyeron la conducta de fumar, el control del dolor, la pérdida de peso (dieta), la higiene dental y la actividad física.

Los principales resultados aportados por esta revisión fueron: En el 75% de los estudios se utilizaron medidas específicas de AE, creadas expresamente para evaluar esta variable en relación a la conducta de salud que se pretende predecir; Se encontró una relación significativa y consistente, de carácter positivo, entre AE y conducta, la correlación promedio fue de 0,34 con una  $p=0,0001$ ; La capacidad predictiva de la AE fue directamente proporcional a la proximidad temporal entre la evaluación de la AE y la evaluación de la conducta; Se encontraron diferencias en la capacidad predictiva de la AE en función de la conducta de salud: la mayor capacidad predictiva se obtuvo sobre el control del dolor y la menor sobre la dieta. No obstante, no queda claro si la diferencia se debió realmente a las características intrínsecas de la conducta que se pretende predecir o podría explicarse a través de otras variables como el intervalo temporal entre la evaluación de la AE y la evaluación de la conducta.

#### **1.3.4. Elementos comunes y aportaciones específicas de cada modelo**

El único elemento común a los tres modelos (MCS, TAR y TAE) es el que podríamos denominar 'componente actitudinal'. Éste incluye las consecuencias anticipadas positivas y negativas de la conducta de salud, y la importancia otorgada por el sujeto a dichas consecuencias. Este elemento se designa de diferentes maneras en cada modelo: beneficios y barreras en el MCS; actitud y creencias conductuales en la TAR; y expectativa de resultados y valor de los resultados en la TAE.

El MCS, tal vez por ser el único que se formuló en el ámbito de la Psicología de la Salud, es también el único que incluye la susceptibilidad y la severidad percibida de la enfermedad como determinantes cognitivos importantes en las conductas preventivas.

La TAR es la única que incorpora un componente normativo: la percepción de la presión social para hacer la conducta; y un componente cognitivo/volitivo: la intención. Estos dos

componentes, por la capacidad predictiva que han mostrado, constituyen omisiones importantes del resto de modelos.

La TAE aporta a la predicción de las conductas de salud, la expectativa referida a la propia capacidad para realizar la conducta, la autoeficacia.

#### 1.4. Modelos teóricos y conducta sexual

En este apartado se traza un panorama de la literatura empírica sobre la prevención de embarazo, la prevención de la ITS incluida la infección por el VIH/SIDA, relacionándolo con los modelos teóricos de cambio conductual y Se presentan estudios de carácter predictivo

Los estudios predictivos pretenden establecer los determinantes de las conductas de riesgo y de las conductas de salud de carácter sexual.

En las primeras investigaciones de este tipo se utilizaron como predictores variables psicológicas relevantes, pero aisladas, tales

como el riesgo percibido, las actitudes, la autoestima o el locus de control de salud.

Otros estudios, por lo general posteriores a los primeros, intentaron predecir el comportamiento a partir de los principales modelos psicológicos sociocognitivos, en que se proponen múltiples variables. Finalmente, en algunas investigaciones, en un intento de incrementar todavía más la capacidad predictiva de la conducta, se utilizaron variables no redundantes tomadas de diferentes modelos, siguiendo una tendencia de integración.

PARTE TEORICA	
<b>-Modelos teóricos de cambio conductual</b>	
-Programas de prevención del embarazo, ITS y VIH/SIDA	
PARTE EMPIRICA	
Hipótesis y objetivos	
Procedimientos	Intervenciones
1ª FASE	
-Evaluación de necesidades -Evaluación de la efectividad -Evaluación de proceso/implementación -Diseminación (2004-10)	'PRESSEC' (1993) Adolescentes-jóvenes 15-16 años
-Evaluación de proceso/implementación -Diseminación (2004-10)	'Parlem Clar' (2001) Adolescentes-jóvenes 16-18 años
2ª FASE	
-Reevaluación de necesidades -Evaluación de proceso/implementación -Diseminación	'Parlem-ne; no et tallis!' (2010) Adolescentes-jóvenes 16-18 años
Conclusiones	

### **1.4.1. Predicción a partir de variables psicológicas**

#### **1.4.1.1. Riesgo percibido**

Los estudios empíricos sobre percepción del riesgo, en general, indican que: Las personas, perciben la probabilidad de embarazo y transmisión del VIH a través de los comportamientos de riesgo, como más elevada de lo que es realmente. Por otra parte infravaloran la probabilidad de verse afectados personalmente, y suelen actuar como si poseyesen el don de la invulnerabilidad. Este sentimiento de invulnerabilidad está acentuado en los adolescentes.

La discrepancia entre la percepción de riesgo de los adolescentes o jóvenes en general (riesgo colectivo) y para uno mismo en particular (riesgo individual) tiene una explicación plausible (Bayés, 1995). Para formar juicios de riesgo colectivo las personas suelen basarse en información de carácter social (lo que recuerdan haber oído u observado, preferentemente en los medios de comunicación de masas). Debido a la alta frecuencia con que aparecía hace años el problema del SIDA a través de los medios de comunicación, no es de extrañar la sobreestimación del riesgo de contagio colectivo. La estimación del riesgo individual se basaría más en la información procedente de la historia conductual propia, y ésta en muchos casos indica que las conductas arriesgadas individuales no han comportado consecuencias fatales.

La evaluación del riesgo percibido suele llevarse a cabo mediante autoinformes, que en la mayoría de los casos constan de una sola pregunta y sólo en algunos casos adopta la forma de un cuestionario en el que junto a la percepción de riesgo se pregunta también por las conductas de riesgo.

Como alternativa a este procedimiento 'directo' de evaluación del riesgo, que presenta problemas de fiabilidad y validez propios del autoinforme, Bayés, Pastells y Tuldrá (1994) crearon un procedimiento indirecto. Se presenta a los sujetos varias historias en que dos personas de características similares a las suyas (edad, etc.) se encuentran a punto de mantener relaciones sexuales en circunstancias que suponen un cierto riesgo (encuentro esporádico, monogamia seriada) y no disponen de preservativo. Se propone entonces que se identifiquen

con el/la protagonista, y se les pide que señalen entre varias posibilidades la conducta que seguirían en esas circunstancias, y cuál es el riesgo en caso de realizar la conducta elegida.

Bayés, Pastells y Tuldrà (1996) siguiendo con la evaluación del riesgo realizaron un estudio en 468 alumnos de la Universidad Autónoma de Barcelona, cuyos principales resultados fueron:

1. La percepción de riesgo varió en función de las características de la pareja potencial: fue alta cuando se trataba de una pareja esporádica y baja cuando se trataba de la pareja estable.
2. La monogamia seriada (mantener relaciones sexuales no protegidas con parejas afectivas sucesivas) ofreció entre la juventud una falsa sensación de seguridad, que puede ser contraproducente para la adopción de medidas protectoras. Lameiras y Failde (1997) encontraron resultados muy similares en su estudio con estudiantes universitarios de Orense.

El bajo riesgo percibido a través de la conducta sexual, especialmente entre los adolescentes y los jóvenes, constituye un obstáculo para la adopción de conductas preventivas. En este sentido cabe destacar los esfuerzos llevados a cabo para desarrollar procedimientos psicológicos eficaces en la disminución del sentimiento de invulnerabilidad en este sector de población (Crosby, 1996).

#### **1.4.1.2. Actitudes**

En los estudios descriptivos sobre las actitudes en relación con la utilización de preservativos, cabe distinguir dos etapas: utilización del preservativo como método anticonceptivo (y preventivo de ITS) y utilización del preservativo para la prevención de la infección por el VIH/SIDA.

Las actitudes detectadas por los estudios de esta última etapa, no fueron, en esencia, diferentes de las encontradas respecto del preservativo considerado como método anticonceptivo, y pueden describirse, a grandes rasgos, con dos calificativos: fueron variadas y por lo general negativas (Moore, Rosenthal y Boldero, 1993).

Entre estas actitudes negativas cabe citar (Ross y McLaws, 1993): es una práctica contraria a los valores morales; rompe la espontaneidad y el romanticismo de la relación sexual; implica una falta de confianza en la fidelidad de la pareja; disminuye el placer de la relación sexual; y dificulta o disminuye la erección.

Según otros estudios (Moore, Rosenthal y Boldero, 1993) estas actitudes estaban en regresión, y cada vez se reconocían más los beneficios de la utilización del preservativo. En esta línea estuvieron los trabajos ya citados de Lameiras y Failde (1997). Éstos encontraron que las actitudes respecto el condón fueron mayoritariamente positivas, si bien se observaron también, importantes diferencias en función del género, las creencias religiosas y la afiliación política: los chicos, los no creyentes, y los votantes de los partidos de izquierdas fueron los que mantuvieron actitudes más erotofílicas por lo que respecta al preservativo.

En los estudios de carácter predictivo, en general, no se encontró una relación consistente entre las actitudes y la conducta de utilización del preservativo (Ross y McLaws, 1993). Esta falta de relación se dio tanto en los estudios pre-SIDA, como en los estudios post-SIDA; y en las relaciones heterosexuales como en las homosexuales. En este último grupo pareció tener una especial incidencia en la utilización del condón la norma social del grupo. Estos resultados, en su conjunto, llevaron a algunos autores (Ross y McLaws, 1993) a proponer la integración de las actitudes en un modelo teórico más amplio que incluyó también la norma social, la Teoría de la Acción Razonada (TAR).

#### **1.4.1.3. Autoestima**

El constructo de la autoestima, que puede definirse como el grado de aprecio que una persona siente por sí misma, ha sido y sigue siendo ampliamente utilizado en Psicología. El hecho de que la autoestima exprese aprecio global por uno mismo, no es contradictorio con que este constructo posea un carácter multidimensional. Como ha demostrado la investigación empírica, puede medirse la autoestima en relación con diferentes facetas como la actividad laboral, la vida familiar, la vida social, y las actividades de ocio.

Frecuentemente se confunden el concepto de autoestima y el más reciente de la autoeficacia (Bandura, 1997), cuando en realidad se trata de constructos claramente diferentes. La autoestima expresa juicios sobre autoaprecio (un componente claramente afectivo), mientras que la autoeficacia expresa juicios sobre las propias capacidades. Por otra parte, la autoestima es un constructo global (aunque se puede evaluar de forma multidimensional), y la autoeficacia es específica y se refiere a conductas concretas en situaciones concretas.

Según Rosenthal, Moore y Flynn (1991) las investigaciones que examinaron la capacidad predictiva de la autoestima sobre la conducta sexual fueron mucho más escasas que las realizadas en relación con otras conductas de salud. Además, los resultados aportados por estos estudios fueron contradictorios: en unos casos se encontró una relación positiva entre autoestima y conducta sexual preventiva, mientras que en otros no. Según dichos autores esta inconsistencia de los resultados pudo deberse, en parte, a un fallo metodológico en la operacionalización de la autoestima: en la mayoría de los casos se evaluó la autoestima general, cuando lo más apropiado hubiera sido limitar su definición y evaluación al ámbito conductual que se pretende predecir: el comportamiento sexual.

En coherencia con esta línea argumental, Rosenthal, Moore y Flynn (1991) elaboraron una escala de autoestima sexual (de 10 ítems), y examinaron, en una muestra de 1788 adolescentes voluntarios su capacidad para predecir la conducta sexual segura (uso del preservativo y negarse a mantener relaciones sexuales no protegidas). Aun así, la autoestima se mostró como un predictor muy débil de la conducta sexual segura (correlaciones entre 0,16 y 0,21), y sólo en el caso de relaciones con una pareja estable.

#### **1.4.1.4. Locus de control de la salud (LCS)**

El locus de control (LCS) del reforzamiento es uno de los constructos principales dentro de la Teoría del Aprendizaje Social de Rotter (1966) y, desde luego, el que ha recibido mayor atención tanto desde el punto de vista de la evaluación como de la investigación empírica Villamarín (1990b).



Este constructo suele definirse como una expectativa de carácter general sobre la relación de dependencia/independencia entre la conducta y las consecuencias de la misma. Se habla de locus de control interno, o de personas con locus de control interno, para referirse a la creencia que puede tener una persona de que, en general, los resultados que obtiene dependen de su comportamiento; y de locus de control externo cuando se tiene la creencia general de que los resultados son independientes de la propia conducta.

Este constructo del que se ha hecho un amplio uso en la investigación psicológica de enfoque correlacional, ha sido adaptado al ámbito de la salud por K Wallston, B Wallston, Kaplan y Maides (1976). En principio las personas con locus de control interno para la salud tendrían una mayor disposición a adoptar y ejecutar conductas preventivas. Partiendo de esta base, Heaven, Connors y Kellehear (1992) realizaron un estudio en el que utilizaron el LCS como variable psicológica crítica para predecir la conducta preventiva del VIH. Al igual que se ha observado en otras conductas de salud, esta variable de carácter global mostró una baja capacidad para predecir la conducta preventiva en este ámbito.

En este sentido merece destacarse que el propio K Wallston (1992) ha propuesto que, para predecir conductas de salud concretas, es mejor utilizar variables psicológicas específicas. El locus de control, en la medida en que es un constructo de carácter global, es un mal predictor.

#### **1.4.2. Predicción a partir de modelos sociocognitivos**

##### **1.4.2.1. Creencias (susceptibilidad, severidad, beneficios y barreras percibidas)**

El Modelo de Creencias en Salud (MCS) inspiró numerosos trabajos empíricos en los que estudió la capacidad de las variables del modelo para predecir la ejecución de conductas preventivas de la infección por VIH. Algunas de las revisiones más importantes de estos estudios son las realizadas por Brown, DiClemente y Reynolds (1991), y por Páez, Ubillos, Pizarro y León (1994).

De esas revisiones se extrajeron las siguientes conclusiones generales:

a) En la práctica totalidad de los casos, los estudios empíricos sobre las conductas preventivas del SIDA no confirmaron el conjunto de relaciones entre variables propuesto en el MCS; en todo mostraron una cierta capacidad predictiva de alguna de las variables sobre la conducta preventiva.

b) Los datos empíricos sobre los diferentes constructos del MCS presentaron los siguientes rasgos generales:

-La gravedad percibida fue, en general, homogéneamente alta. La escasa variabilidad de las medidas de esta variable hizo que se le dé una baja capacidad predictiva sobre las conductas preventivas del SIDA.

-La susceptibilidad percibida, similar al riesgo percibido, mostró en general valores bajos (menores cuando se midió la susceptibilidad percibida individual que cuando se midió la colectiva). Esta variable se encontró relacionada positivamente con la adopción de conductas preventivas en 7 estudios empíricos, mientras que en otros 7 no mostró ninguna relación.

-Las barreras y beneficios anticipados de la conducta preventiva se mostraron relacionados positivamente con esta variable en 8 estudios y no mostraron ninguna relación en 2.

Entre los estudios que encontraron una relación significativa entre los beneficios/ barreras anticipados y la conducta preventiva (utilización del preservativo, disminución del número de parejas, etc.) está el realizado por Wilson, Lavelle, Greenspan y Wilson (1992) con una muestra de estudiantes de Zimbawe. Sin embargo, aunque la relación entre variables fue significativa, el porcentaje de varianza de la conducta explicada fue muy bajo: un 15% en el caso de los hombres y un 12% en el caso de las mujeres. Ante estos datos los autores señalaron la conveniencia de explorar otros modelos teóricos como la teoría de la Autoeficacia de Bandura (TAE) o la TAR de Fishbein y Ajzen.

De lo anteriormente expuesto se puede concluir que de los diferentes constructos que integran el MCS el que presenta, de forma más clara, una cierta capacidad predictiva sobre las conductas preventivas de tipo sexual, fueron los costes y beneficios percibidos.

La opinión general sobre el MCS, expresada por los autores que han analizado la investigación generada por este modelo (Páez et al. 1994) es que, en general, resulta poco útil para la predicción de las conductas preventivas de tipo sexual.

Esta limitación podría derivarse, como señalaron Páez et al. (1994), de la discrepancia entre el carácter excesivamente racionalista del modelo, una aplicación en el ámbito de la salud de las teorías de la expectativa/valor y de las características intrínsecas del comportamiento sexual. La lógica costes/beneficios fue aplicable sobre todo a conductas que suelen realizarse en un contexto de baja activación emocional. El comportamiento sexual, por el contrario, solía ir acompañado de una alta activación emocional. Otra variable que determinó en gran medida la conducta sexual fueron las normas morales, que incorporaban en cierto modo la norma social del grupo. Ninguna de estas variables se contempló como posible predictor en el MCS.

La baja capacidad predictiva de los constructos del MCS en relación con las conductas preventivas del SIDA se correspondió con la baja capacidad predictiva que ha mostrado también este modelo sociocognitivo en otros problemas de salud (Villamarín y Álvarez, 1998).

#### **1.4.2.2. Intención de conducta**

La Teoría de la Acción Razonada (TAR) comenzó a aplicarse en la predicción de las conductas preventivas del SIDA a principios de la década de los noventa. Especialmente activo, en este sentido se mostró el equipo de investigación australiano formado entorno a Terry, Galloys y McCamish (1993) quienes llevaron a cabo diferentes trabajos empíricos, tanto predictivos como de intervención, utilizando el modelo TAR.

Uno de los primeros estudios en los que se aplicó la TAR a la conducta preventiva de tipo sexual (utilización del preservativo) fue realizado por Boyd y Wandersmen (1991). En esta investigación, de diseño longitudinal, los autores evaluaron, en una muestra de 190 estudiantes universitarios, todas las variables integradas en el modelo TAR: la intención de conducta, la actitud, la norma subjetiva, las creencias conductuales y las creencias normativas. Al cabo de

tres meses se evaluó, mediante entrevista telefónica, la conducta: si habían tenido relaciones sexuales, y la frecuencia de uso del preservativo (109 de los 190 sujetos manifestaron haber mantenido relaciones sexuales durante estos 3 meses).

Para predecir la intención se utilizaron los datos de los 190 sujetos iniciales. La actitud junto con la norma subjetiva predijo el 34% de la varianza de la intención. Las creencias conductuales y las creencias normativas (operacionalizaciones más microanalíticas de las mismas variables) predijeron el 38% de la varianza de la intención. A su vez, las medidas de la intención explicaron el 27% de la conducta (frecuencia de utilización del preservativo, en los 109 sujetos que habían mantenido relaciones).

Otro estudio en el que se aplicó el modelo TAR para predecir la utilización de preservativos en adolescentes es el de Moore, Rosenthal y Boldero (1993). En esta investigación se utilizó también un diseño longitudinal. Mediante un primer cuestionario se evaluaron en una muestra de 223 adolescentes sexualmente activos todos los constructos del modelo TAR, junto con las actitudes generales hacia los preservativos y variables sociodemográficas (a la intención evaluada en este momento se le denominó 'intención 1'. Mediante un segundo cuestionario, que los sujetos debían cumplimentar durante las 24 horas posteriores a su siguiente relación sexual, se evaluaron la intención (intención 2 o 'intention in action') y otras variables contextuales como la disponibilidad objetiva de preservativo, la comunicación explícita a la pareja de la posibilidad de utilizarlo y el grado de excitación sexual. Los principales resultados fueron: la única variable que se mostró predictiva de la 'intención 1' fueron las actitudes generales hacia el uso del preservativo. La 'intención 1' se mostró predictora de la 'intención 2', si bien la correlación entre ambas fue baja ( $n=144$ ;  $r=0,27$ ;  $p<0,05$ ) lo cual indicó a que la variable intención puede cambiar con el tiempo. Tanto la 'intención 1' como la 'intención 2' predijeron la conducta de uso del preservativo. Un dato interesante: también las variables contextuales se mostraron predictivas de la conducta, por este orden: grado de excitación sexual, propuesta explícita de uso, y disponibilidad objetiva de preservativos en el momento de la relación.

Por su parte, Paez et al. (1994) en el trabajo de revisión al que ya nos hemos referido, dibujaron el siguiente panorama general de los estudios empíricos sobre la predicción de conductas preventivas en el que se utilizaron las variables del modelo TAR:

- a) Las variables de este modelo explicaron el 30-40% de la varianza de la intención de uso del preservativo.
- b) La intención explicó entre el 20-35% de la varianza de la conducta de utilización del preservativo.
- c) Por lo general, la norma subjetiva fue más importante que la actitud para predecir la intención relativa al uso del preservativo. No obstante, el peso relativo de la actitud y la norma subjetiva en la determinación de la intención pudo variar en función del contexto cultural, el género de los sujetos, el tipo de relación sexual –homo u heterosexual- y el tipo de pareja estable-esporádica.

Para finalizar este apartado, se destacan los puntos relativos a la capacidad predictiva del modelo TAR: Los porcentajes de varianza explicados, tanto de la intención como de la conducta de utilización del preservativo, fueron bastante similares a los que se encontraron en otras conductas preventivas Shepard, Hartwick y Warshaw (1988); La TAR presentó una capacidad predictiva sobre las conductas preventivas a nivel sexual superior a la del MCS Terry, Gallois y McCamish (1993).

#### **1.4.2.3. Autoeficacia**

La investigación sobre la prevención del SIDA planteada desde la TAE se desarrolló, sobre todo, a partir del trabajo teórico de Bandura (1990), en el que el autor planteó como se podrían aplicar los principios generales de su teoría, ya explorados en otros problemas de salud, a la predicción y la intervención sobre las conductas preventivas.

Según Bandura (1990), la autoeficacia, definida como capacidad autopercibida por el sujeto para llevar a cabo diferentes conductas de afrontamiento, podía influir sobre las consecuencias de una conducta sexual de riesgo, a través de dos vías principales: una que podríamos denominar motivacional y otra emocional. Este doble mecanismo de influencia de la autoeficacia sobre los problemas de salud general (Villamarín, 1994; Villamarín y Álvarez, 1998) se concretó del modo siguiente en el caso del SIDA: Por una parte, la autoeficacia regulaba, en parte, la decisión de

adoptar conductas preventivas de la infección por VIH, y el esfuerzo y la persistencia que la persona pondría en su ejecución (mecanismo motivacional); por otra parte, la autoeficacia para afrontar situaciones estresantes podía modular la actividad fisiológica del organismo, más concretamente, el grado de activación del sistema inmunitario, afectando de esta manera a la vulnerabilidad del organismo ante el agente infeccioso (VIH).

Las investigaciones sobre el SIDA que han explorado el mecanismo motivacional planteado en la Teoría de la Autoeficacia se centraron, básicamente, en la predicción de las conductas de riesgo y las conductas preventivas y utilizaron una metodología observacional/correlacional. Para examinar como la autoeficacia modulaba la actividad fisiológica del organismo se llevaron a cabo estudios de laboratorio, en los que en un contexto de riguroso control se manipulaba experimentalmente la autoeficacia y se estudiaba su influencia sobre diferentes parámetros biológicos: frecuencia cardíaca y presión sanguínea, adrenalina y noradrenalina, etc. (Bandura, 1992, 1997).

Desde un punto de prevención, Bandura (1990) planteó que los diferentes tipos de intervención (a través de los 'mass media', la escuela, la red de asistencia sanitaria), debían dirigirse a:

- a) Proporcionar información (un componente necesario, pero no suficiente para el cambio conductual).
- b) Enseñar habilidades (conductuales, sociales y de autorregulación del propio comportamiento).
- c) Fortalecer la autoeficacia (esta variable constituiría el elemento motivacional regulador del esfuerzo y la persistencia en la ejecución de las habilidades aprendidas).

Los procedimientos para la implementación de los tres elementos anteriores podrían ser de lo más diverso; algunos de ellos, como el modelado y la práctica guiada, se basan directamente en la Teoría Cognitivo Social del propio Bandura (1986).

A continuación se describen brevemente algunos estudios que exploraron el mecanismo motivacional de la autoeficacia, y que por tanto tuvieron como objetivo principal la predicción de conductas preventivas y conductas de riesgo para la infección por VIH, vía sexual.

Dos de los primeros estudios de este tipo fueron realizados por Makusick y colaboradores (Makusick, Wiley, Coates y Morin, 1986; Makusick, Coates y Morin, 1989) utilizando muestras de varones homosexuales. En estos estudios de carácter longitudinal, se evaluaron como variables independientes, posibles predictoras de la adopción de conductas preventivas de la infección por el VIH, la amenaza percibida de infección, el apoyo social de los compañeros, las habilidades sociales para negociar con las posibles parejas un 'sexo seguro', la norma social del grupo relacionada con el 'sexo seguro', el nivel de autoestima y la autoeficacia. Las variables más predictoras de la adopción de conductas preventivas fueron, por este orden, la autoeficacia, las habilidades sociales de negociación y la norma del grupo.

Otro de los estudios de metodología correlacional inspirado en la TAE es el realizado por Lawrence, Levy y Rubinson (1990). Estos autores crearon una 'Escala de Autoeficacia sobre SIDA' de 18 ítems y la aplicaron a un grupo de adolescentes embarazadas, con la finalidad de identificar las conductas preventivas de tipo sexual con baja probabilidad de realización. El planteamiento de este trabajo, en el que no se evaluaron las conductas preventivas, partió del supuesto siguiente: en la medida en que desde el punto de vista teórico se consideró la autoeficacia un determinante clave de las habilidades conductuales preventivas, evaluando la autoeficacia se podría identificar con bastante aproximación aquellas habilidades que deberían entrenarse en un determinado grupo de riesgo. En este caso concreto, las conductas en las que las adolescentes se mostraron menos eficaces fueron las relacionadas con la utilización del preservativo y con la capacidad para hablar con las parejas potenciales sobre su conducta sexual pasada.

En el estudio de Rosenthal et al. (1991) se utilizó la autoeficacia –evaluada mediante cuestionario de 20 ítems- y la autoestima como posibles variables predictoras de la adopción de conductas preventivas de carácter sexual (utilización del preservativo o práctica de conductas sexuales alternativas), en una muestra de 1788 jóvenes voluntarios de 17-20 años de edad. Algunos de los resultados fueron: 1) se encontraron diferencias en autoeficacia en función del género: los chicos se sintieron más capaces que las chicas para expresar sus necesidades sexuales, mientras que las chicas se sintieron más capaces de decir 'no' a la propuesta de tener relaciones. 2) Los predictores de la adopción de conductas preventivas fueron similares para los dos sexos, pero variaron según el tipo de pareja: el único predictor de sexo seguro con una pareja

ocasional fue la autoeficacia para decir no a la propuesta de relaciones, mientras que el mejor predictor de sexo seguro con una pareja estable fue la autoeficacia para expresar los propios deseos sexuales.

Kasen, Vaughan y Walter (1992) llevaron a cabo un estudio de planteamiento similar al de Lawrence et al. (1990), en la medida en que con la evaluación de la autoeficacia sobre la conducta sexual se pretendió hacer un diagnóstico de las conductas preventivas con menor probabilidad de ejecución, con vistas a un posterior programa de intervención centrado en la enseñanza de nuevas habilidades. Los 22 ítems de la escala de autoeficacia se agruparon en 3 subescalas: a) habilidad percibida para rechazar una relación sexual; b) autoeficacia para hablar con la pareja sobre conducta sexual pasada; c) autoeficacia para la adquisición y uso de preservativos. Uno de los resultados más destacables del estudio fueron las diferencias entre género en las diferentes facetas de la autoeficacia: las chicas se mostraron más capaces que los chicos para rechazar una relación sexual y para conversar con la pareja sobre su conducta sexual pasada, mientras que los chicos mostraron una mayor autoeficacia en las conductas relacionadas con la adquisición y el uso del preservativo. Otro aspecto importante de los resultados de este estudio fue que las diferencias entre géneros se mantuvieron cuando se controlaron otras variables psicológicas como la susceptibilidad y la severidad percibidas, y la eficacia percibida de las conductas preventivas (diferentes categorías de las expectativas de resultados).

En un estudio más reciente, Ochoa, Villamarín y Bayés (1998) obtuvieron resultados muy similares al anterior, por lo que respecta a las diferencias en autoeficacia entre géneros, aplicando el cuestionario de autoeficacia sobre conducta sexual de Kasen et al. (1992).

Estas diferencias entre géneros en la autoeficacia sobre conductas preventivas, se han confirmado en otro estudio realizado en nuestro país con una muestra de 500 adolescentes escolarizados en secundaria obligatoria de la ciudad de Barcelona (Juárez, Díez, Cerdà, Nebot y Villamarín, 1996).



### 1.4.3. Predicción a partir de la integración de modelos

Hace unos años se produjo una tendencia a integrar los diferentes modelos predictivos de las conductas relacionadas con la salud, mediante una síntesis de las variables no redundantes de los diferentes modelos sociocognitivos (Villamarín y Álvarez, 1998). Una de las líneas más claras ha consistido en la incorporación de la variable autoeficacia en el Modelo de Creencias sobre la salud (MCS), la Teoría de la Acción Razonada (TAR) y el modelo ASE propuesto por De Vries.

En los estudios predictivos de las conductas preventivas de carácter sexual se produjo un proceso de integración similar. Uno de los primeros estudios en que se evaluó la autoeficacia como variable predictiva complementaria fue el de Wilson et al. (1992), ya descrito anteriormente. En dicho estudio, realizado en una muestra de estudiantes de magisterio de Zimbawe, se utilizó como modelo predictivo principal el MCS. Respecto a la autoeficacia, los autores destacaron como resultado importante que los hombres mostraron menor autoeficacia para controlar su impulso sexual que las mujeres; sin embargo no proporcionaron datos referentes a la capacidad predictiva de esta variable.

El modelo base en el que se han intentado integrar otras variables predictivas no es precisamente el MCS si no la TAR. Dos de los estudios en que se integró la autoeficacia como variable predictiva complementaria de las conductas preventivas del SIDA, dentro del modelo TAR, son el de Terry (1993) y el de Basen-Enquist y Parcel (1992). En ambos trabajos se contempló un doble efecto de la autoeficacia sobre la conducta. Por una parte –influencia indirecta- esta variable pudo contribuir a una mejor predicción de la intención, (junto con la actitud y la norma subjetiva); por otra, la autoeficacia (junto con la intención) pudo mejorar la predicción sobre la conducta –influencia directa-. A estos mismos resultados llegaron otros investigadores en sus estudios con el modelo ASE (De Vries, 1988).

En el estudio de Terry (1993) en que se utilizó un diseño longitudinal, se evaluaron en una muestra de adolescentes, las variables TAR (actitud, norma subjetiva, creencias conductuales, creencias normativas e intención) y la autoeficacia relacionada con la utilización de preservativos. Se evaluó también la conducta de utilización o no de preservativo en el próximo encuentro sexual. Para analizar la capacidad predictiva de las diferentes variables sobre la

intención, se realizaron análisis de regresión jerárquica, en los que las variables predictoras se introdujeron por este orden: actitud, norma subjetiva, autoeficacia, creencias conductuales y creencias normativas. Todas las variables contribuyeron a la predicción de la intención. En relación a la predicción de la conducta, una vez controlado el efecto de la intención, la autoeficacia no añadió valor predictivo al de esta variable; sin embargo cuando la autoeficacia se introdujo en la ecuación de regresión antes que la intención, predijo significativamente la conducta. En el estudio de Basen-Enquist y Parcel (1992), en el que se utilizó un diseño transversal, se evaluaron las mismas variables que en el de Terry, en una muestra de 1720 adolescentes escolarizados. Se evaluaron también, dos tipos de conductas preventivas de tipo sexual: uso del preservativo y negarse a mantener una relación sexual no protegida (todas las variables se definieron para estas dos conductas). Las actitudes, la norma social y la autoeficacia predijeron el 36,4% de la varianza en la intención de rechazar relaciones no protegidas, y el 17% de la varianza de la intención de uso del preservativo. Estas variables junto con la intención predijeron el 24,6% de la varianza en el número de parejas sexuales del año anterior, y el 19% de la varianza en la frecuencia de uso del preservativo, también en el año anterior. Otro dato importante es que la autoeficacia se mostró como la variable más intensamente relacionada, tanto con la intención de uso del preservativo como con la utilización del mismo.

Otra investigación planteada desde la integración de los tres principales modelos sociocognitivos, es la realizada en Uganda por Abraham, Rubaale y Kipp (1995). Estos autores plantearon que la autoeficacia y la intención actuaban como determinantes próximos de la conducta y las variables del MCS afectaban de una manera indirecta a la conducta, a través de su influencia sobre esas dos cogniciones. En su estudio evaluaron todas las variables antes mencionadas y el grado de aceptación de personas con SIDA, en una muestra de adolescentes que estaban recibiendo un programa centrado en la prevención de la infección por el VIH. En su diseño utilizaron los constructos del MCS como variables independientes, y como variables dependientes la AE (para la utilización y adquisición del preservativo, y la negociación de su uso), la intención y el grado de aceptación de las personas con SIDA. Los principales resultados pueden resumirse del modo siguiente: 1) Todas las cogniciones evaluadas mostraron valores altos, lo que confirma hasta cierto punto la utilidad de los programas educacionales preventivos del SIDA; 2) las variables del MCS se mostraron en general buenas predictoras de las variables dependientes (destacando la eficacia percibida del preservativo como predictor de la AE de uso y de la intención); 3) se observaron importantes diferencias entre géneros en el porcentaje de varianza explicada por las variables del MCS, tanto en la intención de conducta (49% en chicos

frente a un 25,2% en chicas), como el grado de tolerancia manifestado hacia las personas con SIDA (41% en chicos y 23,3% en chicas); 4) se observaron también diferencias en la capacidad predictiva de las diferentes variables en función del género.

En un estudio realizado por Chan y Fishbein (1993), se analizaron los predictores de la intención de conducta de 'propuesta de utilización de preservativo' en una muestra de chicas adolescentes. Además de las variables del modelo TAR, se evaluaron 'el control conductual percibido' -una variable similar a la autoeficacia- y las respuestas emocionales anticipadas. Las variables de la TAR se mostraron buenas predictoras de la intención. De las dos variables complementarias, sólo la denominada respuesta emocional anticipada incrementó el valor predictivo del modelo TAR.

Dos de los autores que más han trabajado en la integración teórica de los tres modelos sociocognitivos más utilizados para predecir las conductas preventivas del SIDA (MCS, TAR, TAE) son Fisher y Fisher (1992). Estos autores proponen que para que las intervenciones psicológicas produzcan cambios en las conductas de riesgo para la infección por el VIH se requieren tres elementos clave: información, motivación y habilidades conductuales.

Las iniciales de estos tres componentes dan nombre a lo que ellos denominan un nuevo modelo síntesis, el IBM ('Information, motivation and behavioral skills). La información que ellos contemplan como algo necesario, pero no suficiente, para la adopción de conductas preventivas, ha de referirse a los modos de transmisión del VIH y a las conductas preventivas específicas, más que los aspectos biológicos de la enfermedad. La motivación estaría regulada por las variables de la TAR (actitudes y norma social) y las variables no redundantes del MCS (susceptibilidad y gravedad percibida). Por lo que respecto a las habilidades conductuales necesarias para la prevención de la infección por el VIH, Fisher y Fisher (1992) propusieron la taxonomía siguiente: aceptación de la propia sexualidad, adquisición de la información conductual relevante, habilidades de negociación de sexo seguro con pareja, habilidades para negarse a mantener relaciones sexuales no protegidas, habilidades de adquisición y utilización del preservativo, habilidades de reforzamiento de la conducta de la pareja cuando esta práctica sexo seguro. En el modelo la autoeficacia -capacidad percibida para llevar a cabo las diferentes habilidades-, se considera una habilidad más, necesaria para la conducta de uso del

preservativo. En nuestra opinión, esta conceptualización de la autoeficacia como una habilidad es un error conceptual. La autoeficacia sería más bien una variable motivacional (junto con las variables del MCS y la TAR) necesaria para poner en práctica los diferentes tipos de habilidades.

Otros aspectos a destacar del trabajo de Fisher y Fisher (1992), son: la distinción entre habilidades a enseñar y métodos de enseñanza; el énfasis en lo que ellos denominan 'elicitation research' (investigación exploratoria de una intervención): para optimizar la eficacia, primero han de evaluarse los determinantes de las conductas preventivas en la población diana concreta sobre la que se pretende intervenir, ya que el peso de estos determinantes puede variar en función de variables como la cultura, el género, el tipo de pareja (casual o estable) o el tipo concreto de conducta preventiva.

## **1.5. Discusión**

### **En relación a los datos empíricos sobre la capacidad predictiva de los modelos:**

MCS: Mientras que en una lectura cuidadosa del MCS se desprende una relación multiplicativa entre las variables que lo forman, en diversas investigaciones empíricas estas variables se han combinado de forma lineal. Falta una operacionalización consistente de las variables del modelo, lo cual dificulta la comparación de los resultados entre diferentes estudios. No profundiza en la probable incidencia de los factores emocionales. El modelo tiene una utilidad limitada en el diseño de programas de promoción de la salud ya que no ha especificado claramente las variables que inciden en las creencias ni ha proporcionado estrategias de intervención (Portell, 1995; Wallston y Wallston, 1984).

TAR: Este modelo no precisa como determinar la importancia relativa de la actitud y de la norma subjetiva en un contexto específico y en una conducta de salud concreta. Es aplicable sólo a comportamientos que están bajo control voluntario del sujeto, para cuya ejecución posee las habilidades y recursos materiales necesarios. El modelo no tiene en cuenta cómo afecta la experiencia previa a las diferentes variables y a través de ellas a la conducta (Portell, 1995; Wallston y Wallston, 1984).

TAE: A pesar de que se reconoce a nivel teórico que la conducta está multideterminada por los diferentes tipos de expectativas (y también por otras variables psicológicas) en la mayoría de las investigaciones empíricas en el ámbito de la salud se evalúa únicamente la autoeficacia. Es decir, en la práctica, en la mayoría de los casos, se utiliza esta variable como único predictor de la conducta. Esta práctica empírica constituye un notable error, como nos recuerdan Rosentock, Strecher y Becker (1988); Existe una dificultad práctica de operacionalización de la autoeficacia (Villamarín, 1990). Esta crítica es bastante común al resto de modelos sociocognitivos de las conductas de salud.

## **1.6. Síntesis personal**

### **Respecto a los modelos teóricos de cambio conductual:**

-En el ámbito de la psicología de la salud se han propuesto una gran cantidad de modelos teóricos para intentar predecir la ejecución de conductas relacionadas con la salud, sobre todo en los ámbitos de la prevención primaria y secundaria.

Entre ellos se destacan: Modelo de Creencias en Salud (MSC), Teoría de la Acción Razonada (TAR), Teoría de la Autoeficacia (TAE), Modelo Transteoretico de Prochaska, Modelo ASE.

-Además de ser útiles para la predicción, estos modelos, de carácter socio-cognitivo en su mayoría, pueden también servir de guía para el diseño de programas de educación y promoción de la salud, al identificar los determinantes críticos de las conductas. Los modelos para el diagnóstico, planificación y desarrollo de intervenciones y programas que se destacan son: el PRECEDE y el Intervention Mapping.

### **Respecto a los datos empíricos sobre la capacidad predictiva de los modelos:**

-Elementos comunes y aportaciones específicas de cada modelo: El único elemento común a los modelos (MCS, TAR, TAE, ASE) es el que podríamos denominar 'componente actitudinal'. Éste incluye las consecuencias anticipadas positivas y negativas de la conducta de salud, y la importancia otorgada por el sujeto a dichas consecuencias. Este elemento se designa de diferentes maneras en cada modelo

-El MCS y el ASE, incluyen la susceptibilidad y la severidad percibida de la enfermedad como determinantes cognitivos importantes en las conductas preventivas.

-La TAR y el ASE incorporan un componente normativo: la percepción de la presión social para hacer la conducta; y un componente cognitivo/volitivo: la intención. Estos dos componentes, por la capacidad predictiva que han mostrado, constituyen omisiones importantes del resto de modelos.

-La TAE y el ASE aportan a la predicción de las conductas de salud, la expectativa referida a la propia capacidad para realizar la conducta, la autoeficacia.

**Respecto a las investigaciones predictivas de las conductas preventivas, nos gustaría destacar los aspectos siguientes:**

- Evolución desde estudios que utilizan una sola variable, a estudios basados en modelos teóricos en que se integran diversas variables.

- Dentro de los modelos teóricos los más utilizados han sido el MCS, la TAR, la TAE y el ASE. La investigación empírica ha mostrado que de estos modelos el menos útil para predecir las conductas preventivas del SIDA de tipo sexual es el MCS (únicamente las variables beneficios y barreras percibidas han mostrado una cierta capacidad predictiva. La TAR y la TAE han mostrado una notable capacidad predictiva, superior a la de MCS.

- Debido, muy probablemente a estos datos de investigación, desde hace muchos años existe la tendencia a la integración, utilizando variables predictivas no redundantes procedentes de diferentes modelos. En estos estudios integradores se suele utilizar como modelo base el modelo TAR, al que se incorpora la AE, como en el Modelo ASE, y -últimamente otras variables como la conducta preventiva anterior y las reacciones emocionales anticipadas. Los estudios empíricos han mostrado que la integración de nuevas variables no redundantes incrementa la capacidad predictiva de los modelos teóricos originales.

- Según algunos autores (Fisher y Fisher, 1992) los estudios empíricos de carácter predictivo que intentan examinar los determinantes de las conductas preventivas en una población diana concreta, poseen una importancia crucial para el diseño de programas de intervención eficaces. Si bien la investigación empírica ha mostrado que algunos determinantes (los beneficios y barreras, la norma subjetiva, la AE), son en general, buenos predictores también ha mostrado que el peso concreto de estos determinantes puede variar en función del género y de variables

culturales. Por ello sólo evaluando estos determinantes en la población sobre la que queremos intervenir, obtendremos un diagnóstico claro para planificar una intervención lo más eficaz posible.





## Capítulo 2. Intervenciones y programas de prevención del embarazo adolescente, de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) incluida la infección por el VIH/sida.

Tras hacer una descripción de algunos de los modelos sociocognitivos más utilizados en la predicción de las conductas relacionadas con la salud: el Modelo de Creencias en Salud (MCS), la Teoría de la Acción Razonada (TAR), la Teoría de la Autoeficacia (TAE), el Modelo Transteorético del cambio y el Modelo Attitudes-Social Influences-Self-efficacy (ASE) y dos estrategias de planificación el modelo PRECEDE y el Intervention Mapping, se da un paso más en la aproximación a los contenidos y características de las intervenciones que representan el corazón de la investigación.

PARTE TEORICA	
-Modelos teóricos de cambio conductual	
<b>-Programas de prevención del embarazo, ITS y VIH/SIDA</b>	
PARTE EMPIRICA	
Hipótesis y objetivos	
Procedimientos	Intervenciones
1ª FASE	
-Evaluación de necesidades -Evaluación de la efectividad -Evaluación de proceso/implementación -Diseminación (2004-10)	'PRESSEC' (1993) Adolescentes-jóvenes 15-16 años
-Reevaluación de necesidades -Evaluación de proceso/implementación -Diseminación (2004-10)	'Parlem Clar' (2001) Adolescentes-jóvenes 16-18 años
2ª FASE	
-Reevaluación de necesidades -Evaluación de proceso/implementación -Diseminación	'Parlem-ne; no et tallis!' (2010) Adolescentes-jóvenes 16-18 años
Conclusiones	

En este capítulo se presentan las revisiones bibliográficas que sirvieron de base teórica a lo largo de la investigación. Estas revisiones junto a un estudio sobre las características de la conducta sexual de los adolescentes-jóvenes de Barcelona, formaron parte a su vez, de la evaluación de necesidades previa al diseño, desarrollo, implementación y evaluación de dichas intervenciones. Estas intervenciones, tal y como veremos en los próximos capítulos están centradas en la prevención del embarazo, las ITS incluida la infección por el VIH/SIDA en adolescentes-jóvenes escolarizados.

### 2.1. Revisión de intervenciones y programas dirigidos a adolescentes-jóvenes escolarizados

En los estudios sobre intervenciones se describen los programas o campañas diseñadas para prevenir la infección por el VIH y, en parte de ellos, se presenta también la evaluación de la

eficacia. En los países occidentales los primeros programas se centraron en 'grupos de riesgo', tales como los varones homosexuales y los usuarios de drogas por vía parenteral. Desde finales de la década de los 90 la atención se centró en las conductas de riesgo. A partir de este momento se multiplicaron las intervenciones de prevención de SIDA entre los adolescentes (Di Clemente, 1993; Schaalma, 1996). Muchas de ellas se llevaron a cabo en el ámbito escolar, ya que, en los países desarrollados, la escuela permite alcanzar a todos los adolescentes y posee recursos educativos y organizativos. La eficacia de estas intervenciones no ha podido establecerse de forma concluyente debido a deficiencias metodológicas en su desarrollo, aplicación o evaluación (Oakley, 1995; Kirby, 1995). Sin embargo, algunos de los programas escolares de educación sexual y prevención del SIDA han obtenido efectos significativos en la reducción de conductas de riesgo (Di Clemente, 1992; Grunseit, 1994; Oakley et al., 1995).

### **2.1.1. Antecedentes: Los programas de educación sexual**

Los programas de prevención del SIDA en la escuela derivaron conceptualmente de los programas de educación sexual. Kirby (1992) publicó un análisis histórico de los programas escolares de educación sexual, agrupándolos en cinco generaciones a partir de criterios conceptuales y de orden cronológico. Los más antiguos tuvieron como objetivo aumentar los conocimientos y enfatizar el riesgo y las consecuencias del embarazo (Parcel, Luttmann y Meyers, 1979). La segunda generación pretendió transmitir conocimientos aunque dio mayor importancia a la clarificación de valores. Algunas encuestas basadas en muestras poblacionales amplias, dirigidas a adolescentes y jóvenes de los EE.UU., permitieron evaluar el impacto de los programas de la primera y segunda generación (Marsiglio y Mott, 1986; Dawson, 1986; Furstenberg, Moore y Peterson, 1985). Estas evaluaciones mostraron que no se redujeron de forma importante las conductas de riesgo ni los embarazos adolescentes (DiClemente, 1992), aunque aumentó ligeramente el uso de medidas anticonceptivas entre los usuarios de los programas de segunda generación.

La tercera generación se desarrolló como reacción a las anteriores y propuso la abstinencia sexual (Kirby, Short, Collins, Rugg, Kolbe y Howard, 1994; Goodson y Edmundson, 1994). Aunque estos programas proliferaron en las dos siguientes décadas en los Estados Unidos (Jacobs, 1995; Goodson y Edmundson, 1994), las revisiones sobre su efectividad concluyeron que no

conseguían reducir la conducta sexual de riesgo y en ocasiones la incrementaban (Christopher y Roosa, 1990; Jacobs y Wolf, 1995; Oackley et al. 1995; Grunseit, 1994). Por otra parte, los contenidos de estos programas generaban polémica ya que tenían un fuerte sesgo ideológico e incumplían algunas recomendaciones metodológicas en materia de educación sexual (Carrera y Calderone, 1981; Klein, Goodson, Serrins, Edmundson, Evans, 1994).

La cuarta generación estuvo formada por los programas dirigidos a la prevención del VIH/SIDA. En éstos se discutía sobre diferentes métodos contraceptivos, en concreto sobre preservativos. La evaluación de estos programas mostró una mejora en el nivel de conocimientos y en la tolerancia hacia los enfermos de SIDA.

La quinta y última generación incluyó los programas basados en modelos teóricos de cambio conductual (Kirby, 1992; Levi, Perhats, Weeks, Handler, Zhu, y Flay, 1995) que demostraron su efectividad en otras áreas, como la prevención del consumo de tabaco y alcohol (Brown, Fritz y Barone, 1989; Bruvold, 1993; Holtgrave, Qualls, Curran, Valdiserri, Guinan y Parra, 1995). Estos programas se desarrollaron partiendo de los éxitos y fracasos de los anteriores y, en general, se evaluaron con diseños experimentales o cuasiexperimentales. Los marcos teóricos más utilizados fueron el PRECEDE (Green y Kreuter, 1991), el Modelo de Creencias en Salud (MCS) (Glanz, Lewis y Rimer, 1990), la Teoría del Aprendizaje Social (TAS) (Bandura, 1976), La Teoría de la Acción Razonada (TAR) (Ajzen, 1988; Terry, Gallois y McCamish, 1993), la Teoría Cognitivo-Social (TCS) (Bandura, 1997) y diversos elementos de la teoría de la Influencia social (TIS) (Rodríguez-Marín, 1994).

## **2.1.2. Programas de prevención del embarazo adolescente, de las ITS incluida la infección por el VIH/SIDA en la escuela**

### **2.1.2.1. Análisis histórico de los programas escolares de educación sexual (Kirby, 1992)**

La revisión de Kirby (1992) permitió identificar algunas características deseables en el diseño de intervenciones dirigidas a prevenir el SIDA: estar centrados en conductas de riesgo específicas, usar modelos teóricos reconocidos (TAS, TCS, TAR), utilizar métodos pedagógicos interactivos e

incluir la clarificación de valores, la resistencia a la presión social y el entrenamiento en habilidades de comunicación. Posteriormente, el mismo autor incluyó entre los factores recomendados el trabajo de la percepción de riesgos y dar formación previa a las personas que llevan a cabo el programa (Kirby, 1995). Más adelante DiClemente y la Comisión Nacional de SIDA de los EE.UU. suscribieron y ampliaron las recomendaciones anteriores: los programas escolares de prevención de SIDA deberían presentar las características de desarrollo y contenidos mencionados y contar además con un procedimiento de evaluación apropiado, mediante diseños experimentales verdaderos o cuasiexperimentales y medidas de pre-test y post-test (DiClemente, 1993).

#### **2.1.2.2. Prevención del SIDA en adolescentes escolarizados: una revisión sistemática de la efectividad de las intervenciones (Juárez y Díez, 1999).**

Para comprobar en qué medida los programas de prevención del SIDA en la escuela cumplían los requerimientos anteriores y como parte de la evaluación de necesidades previa al diseño, desarrollo, implementación y evaluación de las intervenciones que forman el corazón de la investigación, se lleva a cabo un trabajo de revisión sistemática de los programas evaluados de prevención del SIDA entre adolescentes escolarizados de 13 a 19 años de edad, publicados entre 1990 y 1995, con el objetivo de analizar la calidad de cada evaluación e intervención, valorar su efectividad y establecer los elementos que influyeron en su posible efecto (Juárez y Díez, 1999).

La tarea se inició mediante una búsqueda bibliográfica informatizada en Medline en la que se utilizaron las siguientes palabras clave y sus combinaciones: AIDS, prevention, sex education, health education, adolescence, school, youth, teenagers.

Los criterios de selección utilizados fueron: que se tratara de programas de prevención del SIDA en el medio escolar evaluados, dirigidos a adolescentes-jóvenes entre 13 y 19 años, publicados como originales o revisiones, en castellano, francés o inglés, en revistas científicas desde 1990 a 1995 y que evaluaran los cambios en la conducta o en sus determinantes de forma cuantitativa.

La búsqueda permitió identificar 544 publicaciones, de las que sólo 29 cumplieron los **criterios de selección**. Dos de ellas hacían referencia al mismo programa, aunque evaluaban distintos aspectos y subpoblaciones, por lo que ambas fueron incluidas en la selección (Levy et al., 1995). Un estudio procedente de una tesis doctoral aceptado para su publicación en forma de artículo fue incluido también en la selección (Shaalma, Kok, Bosker, Parcel, Peters, Poelman y Reinders, 1995).

Se valoró la **calidad de la evaluación** de los estudios mediante 4 criterios de calidad mínima: un tamaño muestral, incluyendo los diferentes tipos de tratamiento, superior a 500 sujetos (que permitía detectar una diferencia entre grupos de un 12,5% en cualquier variable resultado en un supuesto de máxima indeterminación, es decir, en una variable cuya prevalencia fuera de un 50%), disponibilidad de datos anteriores y posteriores a la intervención, existencia de grupo comparación, y asignación aleatoria y/o equivalencia entre los grupos en el pre-test y/o control en el análisis estadístico (Oakley et al., 1995; Israel, Cummings, Dignan, Heaney, Perales, Simons-Morton y colaboradores, 1995). A los estudios que cumplieron estos cuatro criterios mínimos de calidad se les aplicaron otros dos criterios adicionales: análisis de pérdidas entre el pre y el post-test (Oakley et al., 1995) y un periodo de tiempo entre el pre y el post-test igual o superior a tres meses, tiempo que permitía valorar cambios en actitudes además de en conocimientos. Los estudios que cumplieron al menos uno de estos dos criterios fueron catalogados como estudios de calidad intermedia y los que cumplieron los dos se consideraron de calidad alta.

Se valoró la **calidad de la intervención** mediante dos criterios: la utilización de un modelo teórico de cambio conductual en el desarrollo de la intervención (DiClemente, 1993) y la realización de un mínimo de 4 sesiones (Kirby et al., 1994). Se consideraron estudios de calidad de intervención alta aquellos que cumplieron los dos criterios, de calidad intermedia si cumplieron uno de ellos y de calidad baja si no cumplieron ninguno de ellos.

En total 12 de los 29 cumplieron los criterios mínimos de calidad de la evaluación, y el resto fueron catalogados como estudios de calidad de evaluación baja. Tres de los 12 estudios fueron considerados de calidad intermedia y 8 de calidad alta. La calidad de la intervención alta fue considerada en 8 estudios, intermedia en 12 y baja en 9 estudios.

Los **resultados obtenidos** en los 22 estudios de calidad intermedia o alta se describen a continuación.

### **Efectos de la intervención (aspectos cuantitativos)**

#### Conocimientos

La mayor parte de los estudios (82%) evaluaron el cambio en conocimientos. Todas las intervenciones consiguieron incrementar los conocimientos, de forma importante (55%) o moderada (44%). En algunos estudios con período de seguimiento largo, como el realizado por Kirby (1992), en el seguimiento a los 18 meses, se observó una pérdida parcial en el gran incremento de conocimientos a los 6 meses. Por el contrario, en el estudio de Mellamby (1995), se presentó un aumento de conocimientos diferencial incluso a los 2 años de la intervención.

#### Actitudes

Muchos de los estudios (82%) valoraron el cambio de actitudes y/o creencias. Las actitudes mejoraron en todas las intervenciones aunque sólo se consiguió un cambio importante en el estudio de Cáceres et al. (1994); el resto las modificaron en un 10%. En el artículo de Klepp (1994), sólo mejoraron algunas actitudes, y en el estudio de Main (1994) sólo se modificaron entre los sujetos sexualmente activos. En algunos estudios (Kirby, 1991) la mejora en actitudes favorables a la prevención encontrada a los 6 meses perdió su significación a los 18 meses; en otras intervenciones (Mellamby, 1995) la mejora de actitudes permaneció a los dos años.

#### Intención de conducta y/o autoeficacia

Diez de los once estudios que valorados como calidad de evaluación y de intervención intermedia o alta (91%), midieron la intención de conducta y/o la autoeficacia. En total un 80% de los estudios que midieron intención de conducta obtuvieron cambios favorables. Mostraron mejoras muy importantes los estudios de Cáceres (1994), Weeks (1995), Levy et al. (1995), y mejoras moderadas los estudios de Brown (1991), Walter (1993), Klepp et al. (1994), Main et al. (1994) y Schaalma et al. (1995). No mostraron cambios los estudios de Kirby (1991) y Aplasca (1995).

## Conducta

Ocho de los 11 estudios de calidad alta o intermedia (73%) evaluaron cambios de conducta. El estudio de Kirby (1991), que contó con un buen diseño, una muestra suficiente y medidas a largo plazo de 6 y 18 meses, fue el primero en demostrar cambios en conducta, posponiendo el inicio de las relaciones a los 18 meses entre los que no habían iniciado las relaciones sexuales en el pre-test, y reduciendo hasta un 40% las relaciones no protegidas entre estudiantes de bajo riesgo.

El estudio de Brown (1991), no describió los resultados en relación a la conducta porque no encontró cambios; el tiempo transcurrido entre el pre y el post-test fue de 3 semanas y utilizó un grupo comparación (331 casos) muy desequilibrado frente a los 2700 individuos del grupo experimental. Fue el único estudio no basado en un modelo de cambio conductual que midió cambios en la conducta.

El estudio de Walter (1993), presentó incremento en el uso de preservativo y una reducción del número de parejas sexuales, aunque no incrementó la abstinencia sexual. El estudio de Main (1994), mostró mejoras en el grupo de intervención en la compra y uso de preservativo a los 6 meses y una reducción del número de parejas sexuales entre los que ya eran sexualmente activos en el pre-test.

Weeks (1995) no presentó diferencias en el uso de preservativo sólo o combinado con nonoxynol-9 entre la población del grupo intervención y el grupo comparación.

En el estudio de Levy et al. (1995), que hacía referencia a una subpoblación del estudio anterior, el grupo que inició las relaciones sexuales en ese período de un año, presentó un incremento notable en el uso de preservativos con la intervención y una reducción en la frecuencia de relaciones aunque no redujo el número de parejas sexuales.

Mellanby et al., (1995) apreciaron un importante retraso del inicio de las relaciones sexuales a los dos años, en la muestra más amplia de todos los estudios.

El estudio de Schaalma et al.(1995), mostró una reducción en un índice de conducta sexual de riesgo entre los que mantenían relaciones sexuales de riesgo en el pre-test.

### **2.1.2.3. Síntesis personal**

Por lo que respecta a los programas de intervención queremos destacar:

a) Desde una perspectiva temporal, las publicaciones sobre intervenciones han ido mejorando en cuanto a cumplimiento de alta calidad. Desde 1990 a1992 solo dos estudios han sido calificados de alta calidad, y en 1995 todos los estudios han sido calificados de calidad alta o intermedia. En cuanto a la distribución territorial, seis de los programas de calidad alta se han desarrollado en EEUU, y el resto en Tanzania, Lima, Filipinas, Holanda e Inglaterra. La concentración de publicaciones norteamericanas es menos importante que al principio lo que indica por una parte, que los parámetros de calidad están siendo adoptados también en países no desarrollados, y, por otra, que los resultados son m-as generalizables y extrapolables a otros contextos.

b) Esta mejora metodológica permite verificar de forma consistente los efectos de los programas escolares de prevención de sida y (o conductas sexuales de riesgo. La revisión muestra que los estudios de calidad, de cuatro o m-as sesiones, grandes muestras y largos per-iodos de seguimiento consiguen cambios en la conducta. Aunque hace falta avanzar en el estudio de cuál es la contribución de cada componente, es posible señalar que los programas que incluyen los elementos descritos por Kirby (1992) propios de los programas de quinta generación son efectivos.

c) El impacto esperable de las intervenciones preventivas en las escuelas es modesto, pero de gran importancia poblacional (Kirby, 1995). No cabe esperar que la educación escolar lo resuelva todo, pero su eficacia es estadísticamente significativa. Por tanto, los casos evitados se traducen en un gran ahorro y los programas tienen una alta eficiencia debido a su bajo coste en comparación con los tratamientos habituales (Holtgrave et al., 1995).



## **2.2. Conducta sexual en los adolescentes-jóvenes de Barcelona**

En el momento de realizar el estudio que se presenta a continuación, los adolescentes continuaban siendo una de las poblaciones prioritarias para la prevención del embarazo, las ITS incluida la infección por el VIH/SIDA (Grunseit, 1995). Las relaciones sexuales y el consumo de algunas drogas se experimentaban a menudo en este período (Brener, Collins, 1998) (Baranowski et al., 1997) e implicaban un riesgo actual y futuro de infección por el VIH u otras infecciones de transmisión sexual y embarazo (Shrier, et al., 1996) (Diez et al., 1998). Aunque en Cataluña y Barcelona se había estudiado la conducta sexual de los estudiantes (Parera y Suris, 1997) (ICB, 1993), y también sus determinantes (Shrier, et al., 1996) (Diez et al., 1998), no se disponía hasta ese momento de estudios de determinantes en muestras representativas de estudiantes de secundaria. Se presentan los resultados de la encuesta FRESC (Factores de Riesgo en la Escuela Secundaria), que, entre otras conductas relacionadas con la salud, documentó los comportamientos asociados a la transmisión sexual del sida y sus determinantes, según la teoría de la acción razonada (Miret et al., 1997) (Basen-Engquist y Parcel, 1992) (Fishbein, 1993) y la teoría cognitivosocial (Bandura, 1990b). Esta fue la base de conocimiento de las conductas para poder diseñar posteriormente el instrumento educativo.

### **2.2.1. Características del estudio**

El objetivo fue describir las conductas e intenciones de conducta relacionadas con la transmisión sexual de sida, de otras infecciones de transmisión sexual y del embarazo en los estudiantes de cuarto de secundaria y estudiar la relación entre el uso (o la intención de uso) de preservativos

#### **Material y métodos**

Se llevó a cabo una encuesta en una muestra de aulas aleatoria y estratificada por titularidad del centro (público, privado y concertado), tipo de estudio (BUP, FP, ESO) y nivel socioeconómico del barrio de la escuela medido mediante el índice de capacidad económica familiar (ICEF) (Aluja, 1991). En el diseño muestral, estratificado y con conglomerados, se utilizó una estrategia de

autoponderación, recomendada en el muestreo polietápico (Armitage y Berry, 1992). La encuesta se llevó a cabo en abril de 1996. Los métodos fueron detallados previamente (Díez et al., 1998)<sup>8</sup>. El universo de la muestra fue de 26.173 estudiantes de cuarto de ESO, segundo de BUP y segundo de FP de Barcelona. Se seleccionaron 36 aulas. El error máximo se calculó en un 3% para un nivel de confianza del 95%.

El cuestionario se elaboró un cuestionario formado por algunos ítems creados expresamente para la ocasión y otros que constituyeron adaptaciones o que estuvieron inspirados en cuestionarios utilizados en estudios previos (Juárez y Díez, 1995) (Carter, 1990) (Schaalma et al., 1995) (Joffe y Radius, 1993) (Lawrence et al., 1990) (Kasen et al., 1992) (Basen Engquist y Parcel, 1992) (Schaalma et al., 1993) (Ordoñana y Gutierrez, 1991) (Bueno et al., 1995).

Se evaluaron tres categorías de variables: sociodemográficas, determinantes conductuales (según el modelo ASE) y conductas (ver tabla 1).

#### Variables sociodemográficas:

-Género: Varón vs. Mujer.

-Edad: En el análisis posterior de las edades, se recodificaron en tres categorías: estudiantes de 15 a 16 años, estudiantes de 17 a 18 años y estudiantes de 19 años o más.

-Titularidad del centro: pública, privada y concertada.

-Tipo de estudios: BUP, ESO y FP. En el análisis posterior se recodificaron en BUP+ ESO y FP.

-ICEF: alto y bajo.

#### Determinantes conductuales:

-Creencias:

-Susceptibilidad: Riesgo percibido en relación a infectarse por el VIH 'Creo que yo, personalmente tengo mucho riesgo de contraer el virus del SIDA' (totalmente de acuerdo, bastante de acuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo, bastante en desacuerdo, totalmente en

desacuerdo). En el análisis posterior se dicotomizó la variable en totalmente o bastante de acuerdo vs. las otras respuestas.

**Tabla 1.** Variables en estudio: definiciones, proposiciones y categorías de respuesta. Encuesta FRESC, Barcelona, 1996.

<b>Creencias</b> (acuerdo/desacuerdo)
Susceptibilidad: percepción de riesgo personal de infectarse por el VIH
Severidad: gravedad percibida del VIH/sida
<b>Expectativas de resultados:</b> beneficios y barreras del uso del preservativo (acuerdo/desacuerdo)
Evita las infecciones de transmisión sexual (ITS) y el VIH
Evita el embarazo
No reduce el placer
<b>Autoeficacia:</b> sentirse capaz de hacer algo (acuerdo/desacuerdo)
Comprar preservativos
Llevar consigo siempre preservativos
Convencer a la pareja habitual respecto a utilizar preservativos
Rechazar una relación sexual sin preservativo
Ponerse, o poner a la pareja, un preservativo correctamente
<b>Norma social</b> (acuerdo/desacuerdo)
Los jóvenes de mi edad sexualmente activos tendrían que utilizar siempre preservativo en sus relaciones sexuales con penetración
Los mejores amigos/as creen que se tiene que utilizar siempre preservativo
La pareja habitual cree que se tiene que utilizar siempre preservativo
La pareja habitual utiliza siempre preservativo
<b>Intención</b> (Sí/ no sé/no)
Intención de utilizar siempre preservativo con la pareja habitual
Intención de utilizar siempre preservativo con una pareja no habitual
Intención de rechazar una relación sexual sin preservativo
<b>Conducta sexual</b>
Frecuencia (sólo una vez, pocas veces al año, pocas veces al mes, varias veces a la semana)
Método anticonceptivo que se utiliza o se ha utilizado
Frecuencia de uso preservativo /siempre o casi siempre/la mitad de las veces, raramente y nunca)
Haber comprado preservativos (sí/no)
Haber rechazado una relación sexual por no poder utilizar preservativo (sí/no)
<b>Sociodemográficas</b>
Género (varón/mujer)
Edad (15 o 16/17 o 18/19 hasta 21 años)
Titularidad del centro (pública/privada o concertada)
Tipo de estudios (BUP o ESO/FP)

-Severidad: Gravedad percibida en relación al SIDA 'Entre las enfermedades que puedo contraer, el SIDA es la más grave' (totalmente de acuerdo, bastante de acuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo, bastante en desacuerdo, totalmente en desacuerdo). En el análisis posterior se dicotomizó la variable en totalmente o bastante de acuerdo vs. las otras respuestas.

-Expectativas de resultados:

- Beneficios percibidos: beneficios percibidos por el alumnado respecto al uso del preservativo. 'Si utilizo preservativo en mis relaciones sexuales con penetración evitaré el contagio del SIDA y otras ITS', 'Si utilizo preservativo en mis relaciones sexuales con penetración evitaré el embarazo no deseado' (totalmente de acuerdo, bastante de acuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo, bastante en desacuerdo, totalmente en desacuerdo). En el análisis posterior se dicotomizó la variable en totalmente o bastante de acuerdo vs. las otras respuestas.

- Barreras percibidas: Barreras percibidas por el alumnado respecto al uso del preservativo 'Si utilizo preservativo en mis relaciones sexuales con penetración sentiré menos placer' (totalmente de acuerdo, bastante de acuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo, bastante en desacuerdo, totalmente en desacuerdo). En el análisis posterior se dicotomizó la variable en totalmente o bastante de acuerdo vs. las otras respuestas.

-Expectativas de conducta (autoeficacia):

Sentirse capaz de realizar con éxito una conducta (totalmente capaz, bastante capaz, dudoso, bastante incapaz, totalmente incapaz). En el análisis posterior se dicotomizó la variable en totalmente o bastante capaz vs. las otras respuestas.

-Autoeficacia 'comprar preservativos': Sentirse capaz de comprar preservativos.

-Autoeficacia 'llevar siempre preservativos': Sentirse capaz de llevar siempre preservativos.

-Autoeficacia 'convencer a la pareja habitual': Sentirse capaz de convencer a la pareja habitual respecto a utilizar preservativos.

-Autoeficacia 'rechazar una relación sexual no protegida': Sentirse capaz de rechazar una relación sexual sin preservativo (no tienes o tu pareja se niega a utilizarlo).

-Autoeficacia 'ponerme (poner a mi pareja) un preservativo': Sentirse capaz de ponerse (o poner a mi pareja) un preservativo correctamente.

-Norma subjetiva:

- Norma social (general): 'Creo que los chicos de mi edad sexualmente activos tendrían que utilizar siempre preservativo en sus relaciones sexuales con penetración' (totalmente de acuerdo, bastante de acuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo, bastante en desacuerdo, totalmente en desacuerdo). En el análisis posterior se dicotomizó la variable en totalmente o bastante de acuerdo vs. las otras respuestas.

-Norma social (amigos): 'Mis mejores amigos piensan que se tiene que utilizar siempre preservativo en las relaciones sexuales con penetración' (totalmente de acuerdo, bastante de acuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo, bastante en desacuerdo, totalmente en desacuerdo). En el análisis posterior se dicotomizó la variable en totalmente o bastante de acuerdo vs. las otras respuestas.

-Norma social (pareja): 'Mi pareja habitual piensa que se tiene que utilizar el preservativo en las relaciones sexuales', 'Mi pareja habitual utiliza siempre el preservativo en las relaciones sexuales' (totalmente de acuerdo, bastante de acuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo, bastante en desacuerdo, totalmente en desacuerdo). En el análisis posterior se dicotomizó la variable en totalmente o bastante de acuerdo vs. las otras respuestas.

-Intención de conducta:

-Intención de utilizar siempre el preservativo: 'Tengo la intención de utilizar el preservativo cuando tenga relaciones sexuales con mi pareja habitual', 'Tengo la intención de utilizar el preservativo cuando tenga relaciones sexuales con una pareja esporádica (pareja no habitual o no estable) (seguro que sí, me parece que sí, indeciso, me parece que no, seguro que no). En el análisis posterior la variable se dicotomizó en seguro que sí o me parece que sí vs. las otras respuestas.

-Intención de rechazar una relación sexual no protegida: '¿Rechazaría una relación sexual si no tienes preservativo o tu pareja se niega a utilizarlo?' (seguro que sí, me parece que sí, indeciso, me parece que no, seguro que no). En el análisis posterior la variable se dicotomizó en seguro que sí o me parece que sí vs. las otras respuestas.

-Conducta sexual:

-Frecuencia de relaciones sexuales con penetración: '¿Con qué frecuencia tienes relaciones sexuales con penetración?' (No he tenido relaciones sexuales con penetración, sólo he tenido una vez, raramente -pocas veces al año-, de vez en cuando -pocas veces al mes-, varias veces por semana). En el análisis posterior la variable se dicotomizó en haber tenido relaciones sexuales vs. no y se analizaron cada una de las respuestas respecto a la frecuencia de las relaciones sexuales.

-Método anticonceptivo: ¿Qué método anticonceptivo utilizas o has utilizado en tus relaciones sexuales con penetración? (ninguno porque no he tenido relaciones sexuales con penetración, nunca los he utilizado, píldora, preservativo, diafragma, DIU, cálculo de fecha, espermicidas, marcha atrás, otro método).

-Frecuencia de uso del preservativo: ¿Con qué frecuencia utilizas el preservativo en las relaciones sexuales con penetración? (no he tenido relaciones sexuales con penetración, siempre, casi siempre, la mitad de las veces, raramente, nunca). En el análisis posterior la variable se dicotomizó en preservativos siempre o casi siempre vs. las otras respuestas.

-Haber comprado preservativos: ¿Has comprado alguna vez preservativos? (sí, no).

-Haber rechazado una relación sexual por no poder utilizar preservativo: ¿Has rechazado alguna vez una relación sexual por no haber podido utilizar preservativo (por no tener o porque tu pareja se negó a utilizarlo)? (sí, no).

En este estudio se analizaron las variables relacionadas con el comportamiento sexual de los jóvenes, aunque el cuestionario recogió otros determinantes y conductas relacionadas con la salud (actitudes, influencia social, motivación, autoeficacia, expectativas de conducta e intención de conducta, consumo de tabaco, de alcohol, de otras drogas, relaciones sexuales, uso de preservativos, uso de vehículos a motor, uso de cinturón de seguridad y casco, accidentes,

ocio, ejercicio físico) y variables sociodemográficas (edad, sexo, nivel de instrucción del padre, nivel de instrucción de la madre, barrio de residencia de la familia). En la tabla 1 se especifican las variables, definiciones y proposiciones del presente estudio, las categorías de respuesta y las categorías de referencia en los análisis bi y multivariados. Utilizo el término *determinante* en su acepción de modelo sociocognitivo, ya que un estudio transversal como el presente no permite establecer determinantes.

En primer lugar, se describen la muestra y las prevalencias de los principales determinantes y conductas (tablas 2 y 3). A continuación se estudia, mediante regresiones logísticas (Silva, 1995), la relación entre cada uno de los determinantes y el uso de preservativo, ajustando por edad y estratificando por género. La bondad del ajuste se estudia mediante la ji-cuadrado del modelo y su nivel de significación. Se estiman las OR y sus intervalos de confianza (IC) del 95%. También se estudian, como variables dependientes, la intención de usarlo con una pareja habitual, con una esporádica, y la intención de rechazar una relación.

### **2.2.2. Resultados**

Participaron 35 de las 36 aulas seleccionadas. Se encuestaron 981 entre 1.080 matriculados (91%). En la tabla 2 se describe la muestra; un 58% fueron mujeres (n=564), un 82% tenía 15-16 años de edad y un 1% (n=13) tenía 19 o más años. El 39% (n=376) estudiaba en un centro público, el 38% (n=374) en uno concertado y el 23% (n=226) en uno privado. Un 61% (n=590) estudiaba segundo de BUP, un 30% (n=288) segundo de FP y un 10% (n=98) cuarto de ESO. Un 25% (n=202) vivía en un barrio cuya riqueza media, medida por medio del índice de capacidad económica familiar (ICEF) /Armitage y Berry, 1992), era inferior a 85, un 43% (n=354) en barrios de ICEF de 85 y 111 y un 32% (n=263) de ICEF mayor de 111, presentando Barcelona un índice de 100. El 54% (n=531) de los alumnos recibía semanalmente 1.500 pts. o más y un 46% (n=445) menos de 1.500.

La tabla 3 muestra la prevalencia de los determinantes en los jóvenes. Destaca la mayoritaria percepción de los varones de que el preservativo reduce el placer. Se sentían más capaces de

comprar y llevar preservativos que las mujeres, mientras que éstas se percibían con más habilidades para convencer a su pareja o rechazar una relación sin preservativo que los varones.

**Tabla 2.** Descripción de la muestra. Estudiantes de cuarto curso de ESO o equivalente, Barcelona, 1996.

	Varones		Mujeres		Total
	n	%	n	%	%
<b>Edad</b>					
15-16 años	324	82,5	462	81,9	82,1
17-18 años	64	16,3	94	16,7	16,5
19-21 años	5	1,4	8	1,5	1,4
<b>Titularidad del centro</b>					
Público	156	38,5	220	38,5	38,5
Concertado	134	33,1	240	42,0	38,3
Privado	115	28,4	111	19,4	23,2
<b>Tipo de estudios</b>					
2º BUP	253	62,5	337	59,0	60,5
2º FP	100	24,7	188	32,9	29,5
4º ESO	52	12,8	46	8,1	10,0
<b>Estudios de la madre</b>					
Sin estudios o primer grado	29	5,5	59	10,4	9,1
Segundo grado, primer ciclo	114	28,5	175	30,8	29,9
Segundo grado, segundo ciclo	113	28,3	195	34,3	31,8
Universitario, medio o superior	91	22,8	89	15,7	18,6
No lo sabe	53	13,3	50	8,8	10,6
<b>Estudios padre</b>					
Sin estudios o primer grado	32	8,0	37	6,6	7,2
Segundo grado, primer ciclo	78	19,5	133	23,6	21,9
Segundo grado, segundo ciclo	108	27,0	189	33,6	30,8
Universitario, medio o superior	126	31,5	129	22,9	26,5
No lo sabe	56	14,0	75	13,3	13,6
<b>Riqueza del barrio de residencia familiar (ICEF*)</b>					
Baja (<85)	97	29,0	105	21,7	24,7
Media (85-111)	119	35,5	235	48,6	43,2
Alta (>111)	119	35,5	144	29,8	32,1
<b>Dinero semanal disponible</b>					
Hasta 1500 pts.	187	46,2	258	45,2	45,6
Más de 1500 pts.	218	53,8	313	54,8	54,4

\* Índice de capacidad económica familiar, Barcelona =100



**Tabla 3.** Determinantes conductuales. Estudiantes de 4º de ESO o equivalente, Barcelona 1996.

	Varones		Mujeres	
	n	%	n	%
<b>Creencias</b>				
Susceptibilidad	54	13,3	80	14,1
Severidad	329	81,4	470	83,0
<b>Expectativas de resultados</b>				
Evita las ITS y VIH	387	96,9	558	98,1
Evita embarazo	384	95,5	539	95,1
No reduce el placer	104	26,3	242	43,2
<b>Autoeficacia</b>				
Comprar preservativos	306	76,1	338	59,5
Llevar preservativos	257	63,9	252	44,4
Convencer a la pareja	318	79,5	500	88,2
Rechazar sexo sin preservativo	234	58,6	468	82,4
Poner el preservativo	327	81,7	333	58,8
<b>Norma social</b>				
Los jóvenes deberían usar	391	97,5	560	98,4
Mis amigos creen que se ha de usar	295	73,7	501	89,3
Mi pareja cree que se ha de usar*	98	89,1	149	85,6
Mi pareja habitual siempre usa*	78	70,9	110	70,9
<b>Intención</b>				
Uso preservativo con pareja habitual	344	86,7	512	90,3
Uso preservativo con pareja no habitual	382	96,2	552	98,1
Rechazo relación sexual no protegida	222	55,9	479	84,6
* Sobre los que tienen pareja				

La tabla 4 ofrece algunos comportamientos de los jóvenes relacionados con la infección por el VIH. Un 16% (n=152) afirmó haber mantenido relaciones sexuales con penetración (18% varones y 15% mujeres), lo que presentó un patrón creciente con la edad: a los 15 años, un 8% declaró haber mantenido alguna relación, a los 16 un 16%, a los 17 un 27%, a los 18 un 47% y entre los que tenían 19 o más años, un 70%. El 43% de los varones (n=31) y el 30% de las mujeres (n=24) había mantenido relaciones sexuales una sola vez; el 26% (n=19) y el 5% (n=4), respectivamente, pocas veces al año; el 15% de los varones (n=11) y el 41% de las mujeres (n=33) pocas veces al mes, y el 16% de los varones (n=12) y el 23,4% (n=19) de las mujeres varias veces a la semana. Un 7% (n=11) nunca había utilizado un método contraceptivo. El preservativo fue el método que más habían usado los jóvenes (88% de los sexualmente activos, n=134). El *coitus interruptus* fue empleado como método por un 11% de los varones (n=8) y un 36% de las mujeres (n=16). Un 11% de los estudiantes (n=16) usaba o había usado anticonceptivos orales. Entre los estudiantes

que habían tenido relaciones, un 77,4% dijo utilizar siempre o casi siempre preservativos (n=123). Un 29% de los varones (n=113) y un 11,1% de las mujeres (n=63) había comprado alguna vez preservativos y un 22% (n=77) y un 44% (n=202), respectivamente, había rechazado una relación sexual no protegida.

**Tabla 4.** Conductas sexuales. Estudiantes de 4º curso de ESO o equivalente, Barcelona, 1996.

	Varones		Mujeres	
	n	%	n	%
<b>Relaciones con penetración</b>				
Ha mantenido	71	18,3	81	14,6
<b>Frecuencia de relaciones con penetración *</b>				
Sólo una vez	31	42,5	24	30,0
Pocas veces al año	19	26,0	4	5,0
Pocas veces al mes	11	15,1	33	41,3
Varias veces a la semana	12	16,4	19	23,8
<b>Uso de métodos contraceptivos</b>				
Nunca ha utilizado	7	9,9	4	4,9
Píldora	4	5,6	12	14,8
Preservativo	62	87,3	72	88,9
Diafragma	0	0	0	0
DIU	0	0	0	0
Ogino	2	2,8	4	4,9
Espermicida	3	4,2	2	2,5
Coitus interruptus	8	11,3	29	35,8
Otro método	1	1,4	1	1,2
<b>Frecuencia uso preservativo</b>				
Siempre y casi siempre	57	78,1	66	76,7
La mitad de las veces, raramente y nunca	16	21,9	20	23,3
<b>Ha comprado preservativos</b>	113	28,8	63	11,1
<b>Ha rechazado sexo no protegido</b>	77	21,7	202	44,1
* Sobre los que habían tenido alguna vez relaciones sexuales				

La tabla 5 presenta la asociación entre los determinantes y el uso consistente (siempre o casi siempre) de preservativo entre los que tenían relaciones con penetración (n=152). Entre los chicos los determinantes asociados al uso de preservativo fueron la susceptibilidad (OR, 0,2), la autoeficacia de convencer a la pareja (OR, 14,6) y de rechazar las relaciones no protegidas (OR, 4,1), la opinión (OR, 30,8) y el uso por la pareja (OR, 14,2), la intención de utilizar un preservativo con la pareja habitual (OR, 14,6) y la intención de rechazar una oportunidad de relación coital no protegida (OR, 5,0). Entre las mujeres, destacaron la autoeficacia de rechazar una relación

no protegida (OR, 3,6), la opinión (OR, 8,8) y el uso de la pareja (OR, 15,4) y la intención de utilizar un preservativo con la pareja habitual (OR, 5,8).

**Tabla 5.** Odds ratio ajustada por edad e intervalos de confianza para las asociaciones entre los determinantes y el uso consistente de preservativo en las relaciones sexuales con penetración (n=159). Estudiantes de 4º de ESO o equivalente, Barcelona, 1996.

	Varones	Mujeres
	OR (IC del 95%)	OR (IC del 95%)
<b>Creencias</b>		
Susceptibilidad	0,2 (0,0-0,7)	0,7 (0,2-2,4)
Severidad	0,5 (0,1-2,3)	1,8 (0,3-3,4)
<b>Expectativas de resultados</b>		
Evita las ITS y VIH	1,2 (0,1-12,3)	1,1 (0,9-1,2)
Evita el embarazo	3,9 (0,5-31,1)	1,6 (0,3-9,7)
No reduce el placer	0,5 (0,1-2,2)	0,2 (0,0-0,8)
<b>Autoeficacia</b>		
Comprar preservativos	3,4 (0,8-14,9)	1,3 (0,4-4,3)
Llevar preservativos	3,0 (0,8-11,8)	1,6 (0,5-5,4)
Convencer a la pareja	14,6 (2,2-95,7)	3,5 (0,9-13,9)
Rechazar sexo sin preservativo	4,1 (1,1-14,5)	3,6 (1,1-11,6)
Poner el preservativo	7,8 (0,7-93,4)	1,1 (0,3-3,9)
<b>Norma social</b>		
Los jóvenes deberían usar	3,9 (0,5-31,1)	1,0 (0,9-1,1)
Mis amigos creen que se ha de usar	3,3 (0,8-14,6)	0,4 (0,0-3,1)
Mi pareja cree que se ha de usar	30,8 (3,9-42,2)	8,8 (2,1-37,3)
Mi pareja habitual siempre usa	14,2 (2,6-76,7)	15,4 (3,7-64,6)
<b>Intención</b>		
Uso preservativo con pareja habitual	14,6 (3,1-69,8)	5,8 (1,7-19,6)
Uso preservativo pareja no habitual	3,9 (0,5-30,5)	1,0 (0,9-1,0)
Rechazo relación sexual no protegida	5,0 (1,3-20,0)	3,0 (1,0-9,3)

En la tabla 6 se presentan las intenciones de usar preservativo en las relaciones sexuales con una pareja habitual, con una no habitual, la intención de rechazar una relación no protegida y su asociación con el resto de determinantes. Entre los varones, la intención de usar un preservativo con la pareja estable se asoció a creer que el uso del mismo evitaba las infecciones

de transmisión sexual (OR, 5,2) y los embarazos no deseados (OR, 3,9). La capacidad de convencer a la pareja (OR, 2,0), de rechazar relaciones no protegidas (OR, 2,8) y de saber ponerse un preservativo (OR, 2,4) también fueron predictivas de la intención. Todas las variables que estudiaron la norma social se relacionaron fuertemente con la intención; la creencia de que los jóvenes, en general, deberían usar preservativo (OR, 10,9), la opinión de los amigos al respecto (OR, 6,2) y la opinión (OR, 20,4) y la conducta de la pareja (OR, 9,0) fueron los principales determinantes. Entre las mujeres, destacó la percepción de la severidad del sida (OR, 2,1), la creencia en que el uso de preservativos no reducía el placer (OR, 2,5), la autoeficacia de rechazar relaciones poco seguras (OR, 2,8) y, como entre los varones, la creencia de que los jóvenes en general deberían usar preservativo (OR, 4,4), la opinión de los amigos al respecto (OR, 5,4) y la opinión (OR, 9,7) y conducta de la pareja (OR, 6,0) fueron los principales factores asociados.

En la misma tabla, en las siguientes columnas, se puede observar que la intención de utilizar preservativo con una pareja no habitual, esporádica o casual, se relacionó con determinantes diferentes a los anteriores; entre los varones la intención se asoció a su capacidad de evitar embarazos no deseados (OR, 9,9). En este caso destacaron las autoeficacias de comprar preservativos (OR, 4,2) y llevar encima un preservativo (OR, 4,0). En cuanto a la norma social, sólo destacó la creencia de que los jóvenes en general deberían usar preservativo (OR, 12,8). Para las mujeres, la intención de usar preservativo con parejas casuales se relacionó con el hecho de creer que evitan enfermedades (OR, 23,7) y embarazos (OR, 8,0), las habilidades para comprarlos (OR, 6,9) y convencer a la pareja (OR, 6,9). Los principales predictores de la intención de usar preservativo con una pareja no habitual entre las mujeres fueron la creencia de que los jóvenes en general deberían usarlos (OR, 20,5) y la opinión de esa pareja (OR, 19,5).

En las dos últimas columnas se puede ver que, entre los varones, la intención de rechazar una relación coital no protegida se asoció a la percepción de que el uso de preservativos no reducía el placer (OR, 0,6), a la creencia en la propia capacidad de convencer a la pareja (OR, 1,9) y de ser capaz de rechazar la relación (OR, 10,4). En este caso sólo destacó la opinión del individuo sobre lo que deberían hacer los jóvenes (OR, 11,9). En las mujeres, la intención de rechazar un coito sin preservativo se relacionó con la creencia en la propia capacidad de rechazar la relación (OR, 7,0). En cuanto a la norma social, destacó la opinión que se tiene sobre lo que deberían hacer los jóvenes (OR, 9,1), la opinión de los amigos (OR, 2,3) y la de la pareja (OR, 3,6).

**Tabla 6.** Odds ratio ajustadas por edad e intervalos de confianza para las asociaciones entre los determinantes y la intención de uso de preservativo en las relaciones sexuales con penetración con una pareja habitual y con una pareja esporádica, y de intención de rechazar una relación no protegida. Estudiantes de 4º curso de ESO o equivalente, Barcelona, 1996.

	Intención de usar preservativo con pareja habitual		Intención de usar preservativo con pareja no habitual		Intención de rechazar sexo no protegido	
	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres
	OR (IC del 95%)	R (IC del 95%)	R (IC del 95%)	R (IC del 95%)	R (IC del 95%)	R (IC del 95%)
<b>Creencias</b>						
Susceptibilidad	1,2 (0,5-2,9)	1,2 (0,5-2,7)	0,6 (1,6-2,2)	0,7 (0,1-3,1)	0,6 (0,4-1,2)	0,8 (0,4-1,5)
Severidad	1,1 (0,5-2,3)	2,1 (1,1-4,0)	1,7 (0,5-5,4)	1,8 (0,5-6,9)	1,2 (0,7-2,0)	1,5 (0,8-2,6)
<b>Expectativas de resultados</b>						
Evita las ITS y VIH	5,2 (1,7-15,8)	2,3 (0,5-10,8)	4,5 (0,9-22,1)	23,7 (5,3-107)	2,4 (0,8-7,3)	2,2 (0,6-8,3)
Evita el embarazo	3,9 (1,4-11,1)	0,8 (0,2-3,2)	9,9 (2,8-35,5)	8,0 (2,0-32,3)	1,9 (0,7-5,0)	2,5 (1,0-5,9)
No reduce el placer	0,7 (0,4-1,5)	0,4 (0,2-0,8)	0,7 (0,4-1,5)	0,3 (0,1-1,3)	0,6 (0,4-0,9)	0,6 (0,4-1,0)
<b>Autoeficacia</b>						
Comprar preservativos	1,3 (0,7-2,5)	0,8 (0,4-1,4)	4,2 (1,5-11,9)	6,9 (1,5-32,1)	0,9 (0,6-1,6)	0,9 (0,6-1,4)
Llevar preservativos	1,3 (0,7-2,4)	1 (0,6-1,8)	4,0 (1,3-12,2)	3,4 (0,7-15,9)	0,7 (0,4-1,0)	0,7 (0,5-1,1)
Convencer a la pareja	2,0 (1,1-3,9)	2,0 (1,0-4,2)	2,0 (0,7-6,2)	6,9 (2,0-23,3)	1,9 (1,2-3,2)	1,6 (0,8-3,0)
Rechazar sexo sin preservativo	2,8 (1,5-5,2)	2,8 (1,5-5,2)	2,9 (1,0-8,8)	2,8 (0,8-9,7)	10,4 (6,4-16,8)	7,0 (4,2-11,7)
Poner el preservativo	2,4 (1,2-4,6)	1,1 (0,6-1,9)	1,7 (0,5-5,4)	1,7 (0,5-5,5)	1,3 (0,8-2,1)	1,2 (0,8-2,0)
<b>Norma social</b>						
Los jóvenes deberían usar	10,9 (3,0-40,4)	4,4 (1,1-18,6)	12,8 (2,9-56,0)	20,5 (3,5-119)	11,9 (1,5-94,8)	9,1 (2,1-39,0)
Mis amigos creen que se ha de usar	6,2 (3,3-11,9)	5,4 (2,8-10,4)	2,8 (1,0-7,8)	3,1 (0,8-12,2)	1,5 (0,9-2,4)	2,3 (1,2-4,4)
Mi pareja cree que se ha de usar	20,4 (4,5-93,5)	9,7 (3,5-26,8)	5,2 (0,8-33,2)	19,5 (1,6-240)	3,8 (0,8-19,3)	3,6 (1,4-9,2)
Mi pareja habitual siempre usa	9,0 (2,3-35,2)	6,0 (2,4-14,9)	1,9 (0,3-11,3)	5,5 (0,5-64,7)	1,2 (0,4-3,3)	1,7 (0,8-3,7)

### 2.2.3. Síntesis personal

Del estudio se desprendieron algunas recomendaciones útiles para la práctica clínica y el desarrollo de intervenciones preventivas, que fueron utilizadas a lo largo de la investigación que nos ocupa. Los jóvenes que no tienen relaciones pueden beneficiarse de consejo u otras intervenciones educativas dirigidas a que perciban que lo normal, lo mayoritario, es que los jóvenes mantengan relaciones con preservativo, sin personalizar. Este mensaje estuvo presente en algunas campañas institucionales de prevención en España. Además, es bueno recordar que en algún momento cada uno tendrá una pareja y que esta pareja espera que quieran usar

preservativos. El grupo de amigos favorece el uso del preservativo, y puede ser muy útil promover actitudes favorables en grupos en las escuelas u otros ámbitos.

También se habría de reforzar la anticipación de beneficios en cuanto a prevenir infecciones y embarazo, especialmente entre las mujeres, que deberían mantener el uso de preservativo aun cuando tengan una pareja estable presumiblemente sana, y alertar de las indeseables consecuencias del *coitus interruptus*. Los varones se podrían beneficiar de ver, practicar y poner preservativos, para usarlos con tranquilidad con su pareja habitual. Por último, los dos géneros podrían beneficiarse del recurso de negarse a mantener relaciones sin protección, lo que se podría practicar proponiendo alternativas protegidas, ya que las inducciones a la abstinencia se han mostrado poco eficaces (Grunseit, 1997).

### **2.3. Discusión**

#### **En relación a la revisión de intervenciones y programas dirigidos a adolescentes-jovenes escolarizados:**

La prevención de la transmisión del VIH se persiguió por medio de diferentes objetivos: ciertos programas intentaban incrementar el uso de preservativos, reducir la frecuencia de parejas sexuales, posponer el inicio de las relaciones, reducir el uso simultáneo de drogas y, frecuentemente, varios objetivos a la vez. Esto pudo explicar en parte el éxito o fracaso en diferentes subpoblaciones o solamente en algunos conceptos, pero no hubo en ese momento suficientes estudios de calidad de cada tipo para extraer conclusiones con relativa certeza.

En los estudios de esta revisión, en los últimos años y aquellos de calidad alta se pudo observar un esfuerzo por sistematizar la descripción del modelo teórico usado, el número de sesiones, el tiempo entre sesiones y los test, las sesiones de recuerdo, el entrenamiento intensivo de los mediadores (profesores, personal sanitario o compañeros) y la calidad del desarrollo de las sesiones en la escuela, (por medio de observaciones), pero otros aspectos de los contenidos fueron poco descritos o cuantificados como las estrategias pedagógicas, el ambiente de la

sesión, o el tono, el atractivo y la legibilidad de los materiales, que también pudieron ser determinantes en la consecución de resultados (Stevenson y Davis, 1994).

El número de horas destinadas, que se puede considerar una medida indirecta de la intensidad del tratamiento, influyó claramente en los resultados. El estudio de Asworth (1992), de buena calidad excepto en este parámetro, pretendió modificar, y no lo consiguió, actitudes y conductas relacionadas con el consumo de drogas con una sesión. A lo largo plazo, una sola sesión ni siquiera mejoró los conocimientos (Albolfotouh, 1995).

Aunque existió cierta norma respecto a las variables en las que se pretendía obtener cambios, que se concretaba en conocimientos, actitudes, creencias, norma social, autoeficacia, percepción de riesgo, intención, expectativas de conducta, cada uno de los conceptos anteriores se midió de forma muy variable. A pesar de que las medidas diferentes dificultaron la comparabilidad internacional, tuvieron menos importancia en una revisión de la efectividad de las intervenciones, centrada en cambios relativos y mejoras entre antes y después del tratamiento.

Aunque es obvio que lo que se pretendió con las intervenciones fue modificar las conductas relacionadas con la transmisión del VIH, la baja prevalencia de relaciones sexuales entre adolescentes influyó en el diseño de los estudios. Los investigadores decidieron en ocasiones no incluir las conductas entre los parámetros a medir, ya que hubiera hecho falta una muestra de gran tamaño y un largo periodo de seguimiento para demostrar cambios, lo que implicaba una gran inversión en recursos, a veces, se estudiaron las conductas pero no se presentaron ya que no produjeron cambios tras tiempos de seguimiento breves (Brown, 1991).

El cambio de conocimientos tras una intervención en la escuela fue muy marcado, aunque, tuvo una influencia poco importante en la conducta inmediata. Prácticamente cualquier intervención sobre una pequeña muestra obtuvo efectos en los conocimientos. Por otro lado, pareció deseable mantener en los programas algunos conceptos básicos de la transmisión y explorar las deficiencias en conocimientos de cada población diana.

Las actitudes también se modificaron con las intervenciones, aunque de forma menos intensa que los conocimientos, y a veces de forma selectiva en subpoblaciones. Las intervenciones basadas en modelos teóricos modificaron mejor las actitudes que las que no los mencionaron siquiera. El cambio de actitudes también pareció relacionarse positivamente con el número de sesiones.

La intención de conducta y la autoeficacia se revelaron buenas herramientas para la evaluación de resultados. En primer lugar, los estudios de determinantes demostraron que se trataba de factores predictivos muy sólidos (Parcel, 1992), y, además, permitieron reducir la muestra necesaria para medir conductas y prever la conducta a largo plazo. Varios de los estudios de los últimos años incluyeron esos parámetros como las actitudes y las conductas, mejoraron el número de sesiones y la utilización de un modelo teórico.

En la mayoría de ensayos los efectos de las intervenciones se compararon con grupos que no recibían ninguna intervención, y en otros casos con grupos que recibían la intervención habitual en su medio, que se reveló inefectiva en ocasiones (Levy et al., 1995). La utilización de grupos de control con tratamiento alternativo hubiera solventado algunos problemas éticos que en la práctica dificultan la realización de ensayos.

El anonimato (Cáceres, 1994) y la confidencialidad de las respuestas a las preguntas relacionadas con la sexualidad se utilizaron en casi todos los estudios como elementos que mejoraban la validez y fiabilidad de las respuestas. Una forma de aumentar la potencia estadística y de reducir el error fue unir cada cuestionario del pre-test con su correspondiente post-test, de modo que cada alumno actuaba además como su propio control. Se usaron también otras estrategias, como pedir a los jóvenes que inventaran su código secreto (Main et al., 1994), hacer que los cuestionarios fueran recogidos por personas ajenas a la escuela o introducir el cuestionario en un sobre cerrado por el mismo alumno. Algunos recomendaron mantener perfectamente anónimos los cuestionarios y no emparejarlos (Sunwoo et al., 1995). El problema de las pérdidas en el seguimiento fue general, y el análisis de pérdidas fue crucial ante estos porcentajes.



La tríada sexo, escuela y adolescentes despertó controversias en todos los continentes. Klepp, en Tanzania, describió las dificultades para hablar del uso de condón en las escuelas públicas y comentó que ningún profesor mostró un condón en clase como actividad opcional (Klepp et al., 1994), cosa que tampoco hicieron los profesores holandeses (Schaalma et al., 1996). Algunos directores y autoridades educativas de Georgia (EEUU) excluyeron preguntas de conducta sexual (Ashwort, 1992). La educación sexual existe teóricamente en el currículo escolar pero no se da realmente casi nunca (Cáceres et al., 1994), y, además, los preservativos no se podían dar en clase, ya que se podría originar un conflicto con la iglesia católica (Aplasca et al., 1995). Curiosamente, no se describió ninguna reacción negativa de los padres (Klepp et al., 1994) sino más bien positiva (Kirby et al., 1991). En general, los propios investigadores diseñaron las intervenciones de forma adaptada a los valores de las autoridades educativas, religiosas, profesores o padres, lo que mejoró la factibilidad de las intervenciones, aunque impidió a veces que las evaluaciones fueran de suficiente calidad metodológica.

En numerosas revisiones y artículos publicados se exploró si la educación sexual en la escuela condujo a la práctica de relaciones sexuales precoces, en contestación a posiciones ideológicas contrarias a la educación sexual en las escuelas. Aunque no siempre se demostraron efectos en la adopción de conductas preventivas, es un hecho aceptado que los programas de educación sexual en la escuela no tienen efectos contrarios a los deseados, no reducen la edad de inicio de las relaciones sexuales ni incrementan su frecuencia (Wellings, Wadsworth Johnson, Field, Whitaker y Field, 1995), (Holtgrave et al., 1995) excepto en el caso de los programas que proponen exclusivamente la castidad (Grunseit, 1994 < Kirby, 1995).

Los resultados de esta revisión sugieren que los estudios metodológicamente correctos en cuanto a la evaluación y a la intervención, aunque todavía escasos, ofrecen resultados positivos. Contrariamente a lo que sucedía años atrás (Reid, 1982) hay programas que consiguen reducir las prácticas de riesgo. Aunque hace falta avanzar en el estudio de cuál es la contribución de cada componente en estos efectos, es posible señalar que los programas que incluyen los elementos descritos por Kirby (1992), como característicos de los programas de quinta generación son efectivos. Por último, la modestia de los resultados en términos de cambio de conducta no ha de hacer olvidar la importancia del posible impacto poblacional de las intervenciones escolares bien hechas (Kirby, 1995), y, además, de su eficiencia, ya que un

programa efectivo presenta un coste muy bajo frente a los tratamientos habituales (Holtgrave et al., 1995).

Entre las limitaciones de la revisión debe comentar se la heterogeneidad de las poblaciones diana, los objetivos a cubrir, las estrategias educativas, las medidas de evaluación utilizadas, la validez y fiabilidad de los instrumentos, la comparabilidad de los grupos de tratamiento y el posible sesgo de publicación en favor de las intervenciones con éxito. Las poblaciones diana de las intervenciones, aunque limitadas en la edad y acotadas en el ámbito escolar, son muy diferentes entre sí. Las conductas sexuales de los jóvenes de 13 años son completamente distintas a las conductas de los mismos jóvenes cuando tienen 19 años. Además de la edad y el género, los patrones culturales y la clase social influyen en estos comportamientos. Por ejemplo, el porcentaje de adolescentes sexualmente activos es de un 11% a los 14 años en el estudio de Filipinas (Aplasca et al., 1995) y de un 82% los 17 años en el estudio de Colorado. De todos modos, se puede apreciar que el aumento gradual de la conducta sexual sigue un patrón similar al de otras conductas de los adolescentes, como el consumo de drogas legales e ilegales y que, salvando extremos, en los estudios publicados existe un incremento que se sitúa alrededor del 10% anual en el inicio de las relaciones sexuales hasta llegar a la prevalencia de la población adulta, desplazándose únicamente la edad media de inicio. Por lo tanto, algunas de las conclusiones de estudios llevados a cabo en diferentes países quizá podrían ser aplicadas en otros contextos si se adaptan al estadio de desarrollo juvenil y a las características culturales.

### **En relación al estudio sobre la conducta sexual en los adolescentes-jóvenes de Barcelona**

Aunque un aula se negó a participar, la representatividad de la muestra pudo considerarse preservada, ya que este centro no presentaba ninguna característica diferencial y adujo no poder participar por haber colaborado poco tiempo atrás en otra encuesta. La relación entre los alumnos presentes y los matriculados fue alta, aunque es posible que los ausentes tuvieran más relaciones sexuales (Centers for Disease Control and Prevention, 1992), por lo que fue necesario considerar el sesgo hacia la infraestimación de conductas de riesgo. En cuanto a la validez interna, se llevó a cabo una prueba piloto en 95 alumnos de 2 centros y 14 entrevistas personales en profundidad que permitieron mejorar la aceptabilidad, comprensión, factibilidad y longitud

del cuestionario (May y Foxcroft, 1995). La concordancia entre las respuestas a preguntas repetidas sobre el uso de preservativo fue alta (\*=94%).

Los cuestionarios autoadministrados sobre conducta sexual en estudiantes de secundaria se consideran fiables y válidos, aunque algunos adolescentes de sexo masculino tienden a sobre declarar su conducta sexual, al contrario que las de sexo femenino (Siegel, 1998) (Davoli et al., 1992). La tasa de no respuestas y la consistencia interna fueron aceptables, tanto en la prueba piloto como en la encuesta final. Probablemente esto se relacionó con la utilización de cuestionarios validados y con el proceso de administración, en que se destacó la utilidad futura, el anonimato y la confidencialidad. Entre las limitaciones del estudio hay que tener en cuenta las propias de las encuestas transversales, en cuanto al sentido de las relaciones descritas, especialmente en el estudio de determinantes psicosociales. Desde el punto de vista estadístico, aunque se realizaron hasta 17 regresiones logísticas, no es fácil que surgiese un problema de comparaciones múltiples, ya que todos los contrastes siguieron el plan de análisis previsto en el diseño (Armitage y Berry, 1992). Una posible limitación del estudio fue el escaso número de alumnos que había mantenido relaciones coitales, lo que pudo relacionarse con un número de efectivos muy bajo en los análisis de subgrupos y en las regresiones, que pudo afectar la determinación de OR, aunque los resultados concordaron globalmente en sentido e intensidad con otros.

Un 16% de los jóvenes encuestados afirmó haber mantenido relaciones sexuales con penetración. Este porcentaje concordó con otras encuestas españolas hechas a estudiantes en los ámbitos local, autonómico o nacional, que oscilaban en un 13-18% (Parera y Suris, 1997) (Miret et al., 1997) (Mendoza et al., 1994) (Ordoñana y Gutierrez, 1991), pero fue muy inferior a lo declarado por estudiantes de otros países europeos no mediterráneos o de Estados Unidos (Cremer, 1998) (Kann et al., 1996). Si bien la diferencia no fue significativa, más varones que mujeres (18 y 15%, respectivamente) declararon haber mantenido alguna relación sexual como en otras encuestas (Mendoza et al., 1994). Respecto a la frecuencia de las relaciones coitales, los varones declararon frecuencias menores (sólo una vez y pocas veces al año) que las mujeres; una vez iniciadas las relaciones sexuales con penetración, las últimas las mantenían con mayor frecuencia que los varones, lo que coincidió con la bibliografía (Parera y Suris, 1997). Los resultados señalaron, de acuerdo con otros estudios, que los preservativos eran el método

anticonceptivo más utilizado por los estudiantes (Parera y Suris, 1997) (Miret et al., 1997) (Ordoñana y Gutierrez, 1991) (Mendoza et al., 1994). Un 88% de los 159 encuestados sexualmente activos afirmó haberlo usado alguna vez. Los encuestados sexualmente activos utilizaban el *coitus interruptus* como método anticonceptivo, lo cual es preocupante y coincidente con otra encuesta (Parera y Suris, 1997). Un 77% de los jóvenes que habían mantenido relaciones afirmó usar siempre o casi siempre preservativo, de acuerdo con otras encuestas locales (Parera y Suris, 1997), lo cual resultó obviamente mejorable.

Respecto a los determinantes, en el ámbito nacional había pocas encuestas que los hubieran analizado en diferente medida (Miret et al., 1997) (Mendoza et al., 1994) (Ordoñana y Gutierrez, 1991) (Oñorbe et al., 1993), aunque se habían realizado estudios extensos de determinantes en usuarios de drogas por vía parenteral (Rodes, 1998). Las mujeres se consideraban más capaces de rechazar una relación no protegida, y los varones de comprar preservativos (Kasen, et al., 1992) (Walter et al., 1992) (Wellings y Field, 1996). Concuera con otros estudios, en los que las chicas se sabían más asertivas verbalmente para comunicar sentimientos negativos y para rechazar relaciones sexuales, pero no para insistir e iniciar una relación sexual y para llevar e introducir el asunto de usar preservativos (Grunseit, 1997). Tanto los varones como las mujeres esperaban que fueran ellas quienes estuviesen más atentas respecto a las conductas sexuales seguras, pero al mismo tiempo a ellas les costaba más llevar e introducir la utilización de preservativos. La responsabilidad de la contracepción y de la protección frente a las infecciones de transmisión sexual estaba depositada en las mujeres. Esto mostró una clara contradicción, ya que se esperaba que las mujeres asegurasen el uso del preservativo y rechazasen prácticas que implicasen la penetración en culturas en las que tradicionalmente el rol de las mujeres era pasivo (Grunseit, 1997). Los varones apreciaban más barreras al placer en el uso de preservativos. Respecto a la norma social, más mujeres opinaban que sus amigos estaban a favor del uso de preservativos. En paralelo a la autoeficacia, los varones no tenían una intención tan clara como las mujeres de rechazar sexo no protegido.

Los resultados del análisis de factores relacionados con el uso de preservativo mostraron que entre los varones, y también entre las mujeres, que alguna vez han tenido una relación coital (n=152), los mejores determinantes de usar un preservativo con la pareja habitual fueron, con mucho, la percepción de lo que opina y hacia ésta. La intención se mostró a asimismo

fuertemente asociada a la conducta actual, de acuerdo con el modelo teórico (Fishbein,1993). El uso de preservativo también se asoció fuertemente, en los dos géneros, a la autoeficacia de convencer a la pareja. Entre los varones también a la percepción de que evitaba el embarazo. En el mismo sentido, la norma social se convirtió en el principal determinante de la intención, incluyendo los que habían tenido y no habían tenido relaciones sexuales (n=981). Además de la opinión y costumbre de la pareja, la opinión de los amigos y la percepción de lo que los jóvenes en general deberían hacer también contribuyeron de forma importante. En ambos sexos la intención se asoció a la autoeficacia de convencer a la pareja y de rechazar el sexo sin preservativo, y entre los varones a sentirse capaz de ponérselo.

Los patrones de asociación cambiaron cuando se refirieron a la intención de uso con parejas ocasionales. En este caso prevaleció la percepción de lo que los jóvenes debían hacer, y la opinión de la pareja sólo tenía valor entre las mujeres. En ambos géneros la intención de usar preservativo en una relación casual pretendía evitar embarazos e infecciones. En ambos sexos se asoció también la creencia en que uno o una era capaz de ir a comprarlos; algunas tareas se repartían: en los varones se asoció a llevarlos consigo, y en las mujeres a convencer a su pareja.

Por último, la intención de rechazar sexo no protegido, tanto con la pareja estable como con una ocasional, se relacionó fuertemente en ambos sexos con lo que atribuyen como norma en los jóvenes (éstos deberían usarlos), con la opinión de la pareja y, en las mujeres, con lo que opinen sus amigas y amigos. El hecho de sentirse capaz de convencer a la pareja también fue un gran predictor. En los varones se asoció a la creencia de que no se experimentaba menos placer, y podría estar relacionado con la intención de transformar el rechazo del sexo poco seguro en sexo seguro, huyendo de la abstinencia.

En resumen, entre los estudiantes que ya mantenían relaciones, la norma social se concentró en lo que pensaba y hacía la pareja. En cuanto a la intención de usar preservativo, tanto en los que ya tenían como en los que no tenían relaciones, la norma social también operó fuertemente, en este caso referida a la opinión de los amigos y de valores atribuidos a los jóvenes, además de las opiniones y costumbres de la futura pareja habitual. Las intenciones de las mujeres

dependieron más de la opinión del varón en una relación circunstancial, y las de éstos más de la opinión de su pareja en una relación estable.

Los varones utilizaban o utilizarían preservativo en su momento para evitar el embarazo y las infecciones con cualquier pareja. Las mujeres consideraban el preservativo un buen método para evitar infecciones y embarazos con parejas poco estables, pero para evitar el embarazo con su pareja estable parecían preferir otros métodos anticonceptivos. El saber comprar y llevar encima preservativos sólo tuvo importancia en las relaciones casuales, y el saber cómo convencer a la pareja tuvo importancia en cualquier caso. El asunto de saber cómo poner un preservativo sólo se asoció, en los varones, con la intención de usarlos con la pareja habitual.

Se destacó que ni la severidad ni la susceptibilidad se relacionaron, como sugiere el modelo teórico, con conductas o intenciones. En el caso del uso de preservativos se requeriría estudiar más extensamente la contribución de estos conceptos, ya que los jóvenes que no mantenían prácticas de riesgo, por ejemplo, los que no tenían relaciones sexuales, difícilmente podrían sentirse en riesgo de infectarse.

## **PARTE EMPIRICA**





## Capítulo 3. Planteamiento de la investigación y metodología

### 3.1. Planteamiento del estudio

Como ya se ha dicho en la introducción, hacia 1984 aparecieron en Barcelona los primeros casos de sida, crecían las evidencias de la transmisión sexual del VIH (virus de la inmunodeficiencia humana) y el interés por proteger a los jóvenes de la infección. En un país donde la educación sexual no se encuentra incluida en el currículum escolar, el sida significó un detonante para la acción. Padres, madres, familias, profesores y, en general toda la comunidad se enfrentaron a un reto que no podían ignorar o delegar. Las respuestas comunitarias crecieron.

PARTE TEORICA	
-Modelos teóricos de cambio conductual -Programas de prevención del embarazo, ITS y VIH/SIDA	
<b>PARTE EMPIRICA</b>	
Hipótesis y objetivos	
Procedimientos	Intervenciones
1ª FASE	
-Evaluación de necesidades -Evaluación de la efectividad -Evaluación del proceso de implementación -Diseminación (2004-10)	'PRESSEC' (1993) Adolescentes-jóvenes 15-16 años
-Reevaluación de necesidades -Evaluación de la efectividad -Evaluación del proceso de implementación -Diseminación (2004-10)	'Parlem Clar' (2001) Adolescentes-jóvenes 16-18 años
2ª FASE	
-Reevaluación de necesidades -Evaluación del proceso de implementación -Diseminación (2010-14)	'Parlem-ne; no et tallis!' (2010) Adolescentes-jóvenes 16-18 años
Conclusiones	

Las asociaciones de homosexuales fueron las primeras en dar soporte a los infectados y enfermos, en reclamar la atención pública y en incorporar la educación y las campañas preventivas en sus acciones. En paralelo, otras asociaciones de profesionales y de afectados dedicaron sus esfuerzos a la prevención y al estudio. Mientras las tasas de incidencia del sida aumentaban hasta llegar a ser uno de los países europeos con más afectados, las autoridades sanitarias pusieron en marcha programas específicos de vigilancia epidemiológica y estructuraron el soporte de las entidades que trabajaban en el tema sida.

Cuando un individuo contrae el virus del sida, se presentan graves problemas físicos, psicológicos y sociales y se hace necesario tomar medidas efectivas de tipo preventivo (DiClemente et al., 1986; Schinke et al., 1990; Jemmott et al., 1992; Kelly et al., 1989). La información y la educación fueron los instrumentos clave para evitar que el número de casos continuara creciendo (Aggleton et al., 1994; DiClemente et al., 1992) debido a la inexistencia de una vacuna y un tratamiento eficaces (Marshall, 1988).

En el momento de iniciar la investigación la incidencia de sida en Barcelona se debía principalmente a la transmisión entre usuarios de drogas por vía parenteral y le seguía la transmisión por vía sexual. La distribución por distritos seguía un patrón similar al de los embarazos adolescentes (Ajuntament de Barcelona, 1995). En ese momento, las relaciones heterosexuales eran la única vía de transmisión que aumentaba, aunque no era la principal (Ajuntament de Barcelona, 1995). El incremento afectó sobre todo a los adultos jóvenes, que probablemente fueron infectados en la adolescencia.

Las relaciones sexuales no protegidas entre los jóvenes presentaban otros efectos, como los embarazos no deseados. En Barcelona, a finales de 1992, al rededor del 21% de los jóvenes entre 15 y 18 años afirmaba haber mantenido relaciones sexuales con penetración y sólo un poco más de la mitad declaraba haber utilizado siempre el preservativo (Ajuntament de Barcelona, 1993).

La elección de las escuelas como centros de difusión de actividades preventivas respondió a las recomendaciones mundiales (WHO 1992) por motivos logísticos y de credibilidad social; el poder llegar prácticamente a la totalidad del alumnado, y el hecho que los profesores eran los profesionales preparados para educar. Por otro lado, en la escuela secundaria era donde se encontraban y se encuentran actualmente los jóvenes en la edad de experimentación o previa a las primeras relaciones sexuales, y este era el momento idóneo para conseguir resultados preventivos (Schaalma et al. 1993). La magnitud de los cambios conseguidos por estos programas educativos era limitada, pero el impacto podía ser extraordinario si los programas llegaban a gran número de jóvenes (Kirby, 1993).

En el ámbito educativo, empezaron a aparecer iniciativas de diferentes instituciones, algunas basadas en campañas preventivas en los medios de comunicación, y otras ofreciendo a los profesores formación intensiva y de calidad, todo y en su mayoría no contemplaron los efectos entre el alumnado.

### 3.2. Hipótesis de la Investigación

En función del planteamiento teórico y la revisión ya presentada en los dos primeros capítulos, las principales hipótesis del estudio son:

1. Se puede reducir el riesgo sexual de los jóvenes mediante programas preventivos.
2. Con información y educación podemos actuar para reducir las conductas inseguras
3. Los modelos teóricos de cambio conductual ofrecen instrumentos para reducir las conductas sexuales de riesgo.
4. El rol educativo tanto del profesorado como de los jóvenes educadores (*peers*) formados previamente, es una estrategia válida para reducir las conductas sexuales de riesgo.
5. Es posible encontrar cambios efectivos en la conducta sexual de los jóvenes, así como en los determinantes conductuales.
6. La mejora y la adaptación de los programas preventivos y de promoción de la salud a lo largo del tiempo asegura el mantenimiento y vigencia de las medidas preventivas.

PARTE TEORICA	
-Modelos teóricos de cambio conductual -Programas de prevención del embarazo, ITS y VIH/SIDA	
<b>PARTE EMPIRICA</b>	
<b>Hipótesis y objetivos</b>	
Procedimientos	Intervenciones
1ª FASE	
-Evaluación de necesidades -Evaluación de la efectividad -Evaluación del proceso de implementación -Diseminación (2004-10)	'PRESSEC' (1993) Adolescentes-jóvenes 15-16 años
-Reevaluación de necesidades -Evaluación de la efectividad -Evaluación del proceso de implementación -Diseminación (2004-10)	'Parlem Clar' (2001) Adolescentes-jóvenes 16-18 años
2ª FASE	
-Reevaluación de necesidades -Evaluación del proceso de implementación -Diseminación (2010-14)	'Parlem-ne; no et tallis!' (2010) Adolescentes-jóvenes 16-18 años
Conclusiones	

### 3.3. Objetivos generales y específicos

#### Objetivos generales

1. Diseñar una intervención de educación para la salud centrada en la prevención de conductas sexuales de riesgo, dirigida a jóvenes escolarizados en Secundaria, ajustándola al momento

evolutivo, para reducir sus conductas sexuales inseguras (embarazo adolescente, infección por una ITS, incluida la infección por el VIH/Sida).

2. Evaluar el impacto y la efectividad conseguidos por la aplicación de la intervención.
3. Evaluar el proceso de implementación y diseminación de la intervención para identificar e incorporar mejoras a lo largo del tiempo.

### **Objetivos específicos**

1.1. Diseñar el programa partir de modelos teóricos de cambio conductual de eficacia demostrada en el ámbito de la prevención de conductas sexuales de riesgo en jóvenes y de la metodología más efectiva según la literatura científica.

(Referido a las hipótesis 1, 2, 3, 4)

1.2. Diseñar un programa dirigido a adolescentes-jóvenes escolarizados en Secundaria ajustándonos a su etapa evolutiva (edad de experimentación o previa a las primeras relaciones sexuales, momento idóneo para conseguir resultados preventivos).

(Referido a las hipótesis 1, 2)

1.3. Diseñar un programa adecuado para su implementación en el aula dinamizado por el profesorado y/o jóvenes educadores (*peers*).

(Referido a las hipótesis 1, 2, 3, 4)

2.1. Evaluar la efectividad de la intervención sobre los determinantes conductuales o variables intermedias (intención de conducta, actitudes, norma subjetiva, autoeficacia) mediante un estudio de diseño cuasi experimental, con pre-post y con grupo intervención y grupo comparación.

(Referido a hipótesis 1, 2, 3, 4, 5)

2.2. Evaluar la efectividad de la intervención sobre la conducta sexual segura mediante un estudio de diseño cuasi experimental, con pre-post y con grupo intervención y grupo comparación.

(Referido a las hipótesis 1, 2, 3, 4, 5)

3.1. Evaluar la implementación de la intervención a partir de métodos cuantitativos y cualitativos.

(Referido a las hipótesis 2, 4, 6)

3.2. Evaluar la diseminación de la intervención a partir de métodos cuantitativos y cualitativos.

(Referido a las hipótesis 1, 4, 6)

#### **3.4. Diseño general de la investigación**

Estudio transversal realizado a partir de los datos disponibles a lo largo de los años 1992-2014 de los programas 'PRESSEC', 'Parlem Clar' y 'Parlem-ne no et tallis!', implementados en centros escolares de Educación Secundaria de la ciudad de Barcelona (ver figura 9).

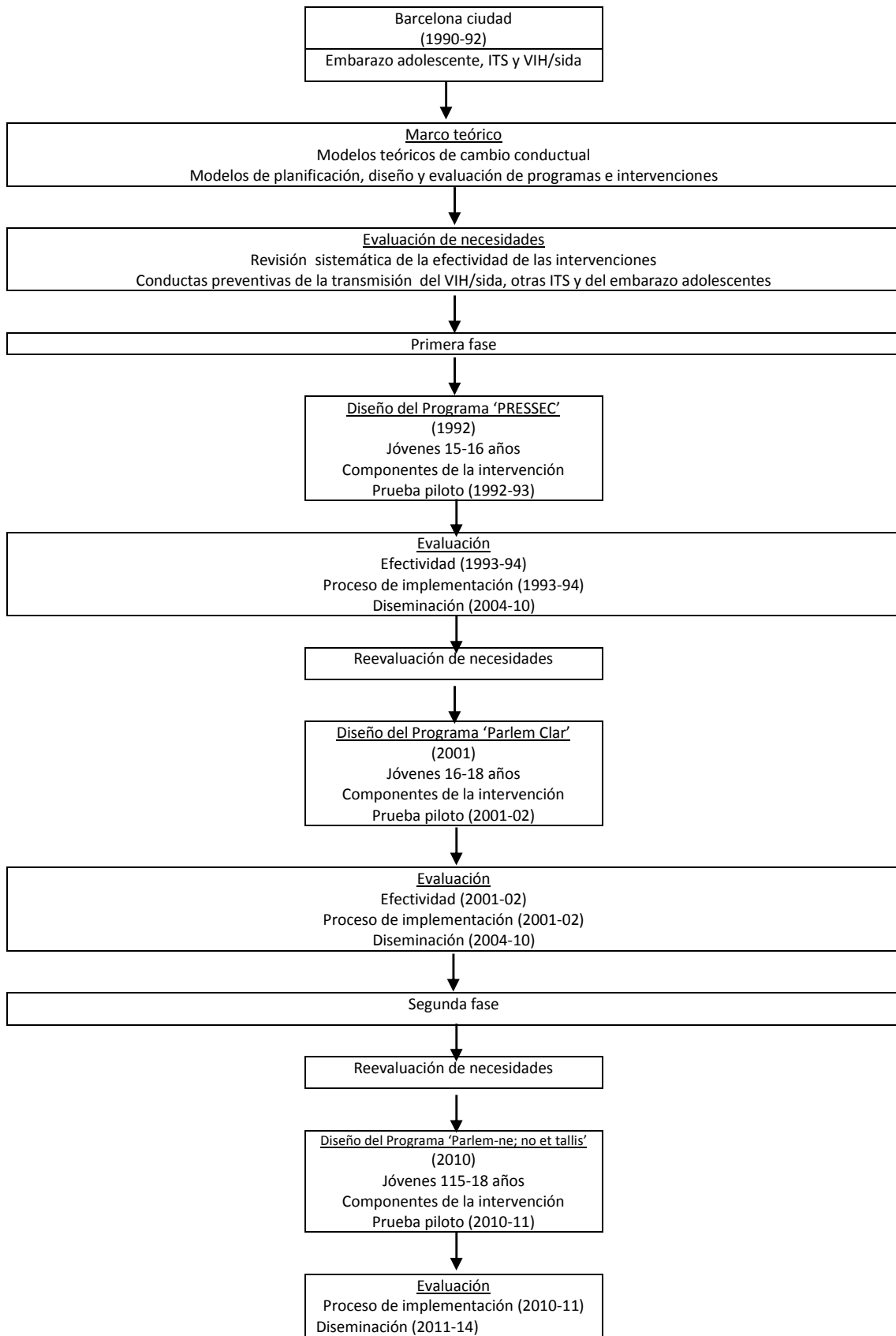
Dividiremos la investigación en dos fases:

1ª fase:

Evaluación de necesidades, diseño, implementación y evaluación del programa 'PRESSEC' y del programa 'Parlem Clar'.

2ª fase:

Reevaluación de necesidades, diseño, implementación y evaluación del programa 'Parlem-ne; no et tallis!'



**Figura 9.** Diseño general de la investigación

### 3.5. Metodología básica

#### 3.5.1. Primera fase de la investigación: Diseño, implementación y evaluación del programa ‘PRESSEC’ y el programa ‘Parlem Clar’

##### 3.5.1.1. Programa ‘PRESSEC’

##### Evaluación de necesidades

**-Revisión sistemática de programas de prevención del embarazo, las ITS incluida la infección por el VIH/SIDA en jóvenes escolarizados:**

Se realizó una revisión sistemática de la efectividad de las intervenciones y programas centrados en la prevención del embarazo no deseado así como en la prevención de las ITS, incluida la infección por el VIH/sida (Juárez y Díez, 1999). Esta revisión ya ha sido explicada en el capítulo 2 de esta tesis.

PARTE TEORICA	
-Modelos teóricos de cambio conductual -Programas de prevención del embarazo, ITS y VIH/SIDA	
PARTE EMPIRICA	
Hipótesis y objetivos	
Procedimientos	Intervenciones
1ª FASE	
-Evaluación de necesidades -Evaluación de la efectividad -Evaluación del proceso de implementación -Diseminación (2004-10)	‘PRESSEC’ (1993) Adolescentes-jóvenes 15-16 años
-Reevaluación de necesidades -Evaluación de la efectividad -Evaluación del proceso de implementación -Diseminación (2004-10)	‘Parlem Clar’ (2001) Adolescentes-jóvenes 16-18 años
2ª FASE	
-Reevaluación de necesidades -Evaluación del proceso de implementación -Diseminación (2010-14)	‘Parlem-ne; no et tallis!’ (2010) Adolescentes-jóvenes 16-18 años
Conclusiones	

La revisión se centró en los programas evaluados de prevención del SIDA entre adolescentes escolarizados de 13 a 19 años de edad, publicados entre 1990 y 1995, con el objetivo de analizar la calidad de cada evaluación e intervención, valorar su efectividad y establecer los elementos que influyeron en su efecto. Esta revisión se realizó como parte de la evaluación de necesidades previa al diseño, implementación y evaluación del programa ‘PRESSEC’. Los elementos identificados como favorecedores de resultados positivos fueron incorporados en el diseño posterior del ‘PRESSEC’.

Los resultados de esta revisión sugirieron que los estudios metodológicamente correctos en cuanto a la evaluación y a la intervención, ofrecían resultados positivos. Contrariamente a lo que sucedía años atrás (Reid, 1982) existían programas que conseguían reducir las prácticas de

riesgo. Aunque se hacía necesario avanzar en el estudio de cuál fue la contribución de cada componente en estos efectos, fue posible señalar que los programas que incluían los elementos descritos por Kirby (1992), como característicos de los programas de quinta generación eran efectivos.

Los elementos deseables en el diseño de intervenciones dirigidas a prevenir el SIDA resultaron ser: estar centrados en conductas de riesgo específicas, usar modelos teóricos reconocidos (TAS, TCS, TAR), utilizar métodos pedagógicos interactivos e incluir la clarificación de valores, la resistencia a la presión social y el entrenamiento en habilidades de comunicación. Posteriormente, el mismo autor incluyó entre los factores recomendados el trabajo de la percepción de riesgos y dar formación previa a las personas que llevan a cabo el programa (Kirby, 1995). Más adelante DiClemente y la Comisión Nacional de SIDA de los EE.UU. suscribieron y ampliaron las recomendaciones anteriores: los programas escolares de prevención de SIDA deberían presentar las características de desarrollo y contenidos mencionados y contar además con un procedimiento de evaluación apropiado, mediante diseños experimentales verdaderos o cuasiexperimentales y medidas de pre-test y post-test (DiClemente, 1993).

Otra de las conclusiones extraídas de la revisión y que impulsó el diseño posterior del 'PRESSEC' fue que aunque la magnitud del cambio conseguido con estos programas educativos fue limitada, el impacto podía ser extraordinariamente positivo si los programas llegaban a un gran número de jóvenes (Kirby, 1995). Además un programa efectivo presentaba un coste muy bajo frente a los tratamientos habituales (Holtgrave et al., 1995).

#### **-Recomendaciones de WHO (WHO, 1992):**

Las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre las intervenciones dirigidas a reducir las prácticas sexuales de riesgo también sirvieron como base de la evaluación de necesidades de cara al posterior diseño del 'PRESSEC'. Estas recomendaciones afirmaban que los programas debían cumplir una serie de criterios para garantizar su calidad:

-Ser desarrolladas siempre que fuera posible, después de proporcionar a los jóvenes una educación afectiva y sexual.



-Estar basadas en modelos teóricos de cambio conductual, de eficacia demostrada en el ámbito de la prevención del embarazo, ITS y VIH/SIDA entre jóvenes.

-Tener una duración mínima de cuatro horas, separadas entre sí.

-Utilizar técnicas de aprendizaje dinámicas.

-Ser desarrolladas por personas que habitualmente estén en contacto con los jóvenes (profesorado, educadores, otros jóvenes), con formación previa.

-Partir de las necesidades e intereses de los propios jóvenes.

-Los mejores resultados se obtenían entre los jóvenes que aún no habían iniciado las relaciones sexuales con penetración, ya que todavía no se han convertido en hábitos, mucho más difíciles de modificar.

#### **-Conducta sexual de los adolescentes-jóvenes**

Para conocer en la medida de lo posible cuales eran las características de la población a la que iba a ir dirigido el programa, se estudiaron los resultados de algunas encuestas de ámbito nacional e internacional. Esto permitió hacernos un perfil de la conducta sexual de los jóvenes escolarizados y poder decidir con mayor criterio a que curso se debía dirigir.

Las encuestas españolas hechas a estudiantes en los ámbitos local, autonómico o nacional, realizadas en el momento de iniciar la investigación, señalaban que los jóvenes entre 15 y 16 años que afirmaba haber iniciado las relaciones sexuales con penetración oscilaba entre un 13-18% (Parera y Suris, 1997) (Miret et al., 1997) (Mendoza et al., 1994) (Ordoñana y Gutierrez, 1991). Más varones (18%) que mujeres (15%) declaraban haberlas iniciado (Mendoza et al., 1994). Estos porcentajes eran inferiores a lo declarado por estudiantes de otros países europeos no mediterráneos o de Estados Unidos (Cremer, 1998) (Kann et al., 1996).

Respecto a la frecuencia de las relaciones coitales, los varones declararon frecuencias menores (sólo una vez y pocas veces al año) que las mujeres; una vez iniciadas las relaciones sexuales con penetración, las últimas las mantenían con mayor frecuencia que los varones (Parera y Suris,

1997). Los preservativos eran el método anticonceptivo más utilizado por los estudiantes (Parera y Suris, 1997) (Miret et al., 1997) (Ordoñana y Gutierrez, 1991) (Mendoza et al., 1994). Un porcentaje preocupante de encuestados sexualmente activos afirmaba haber usado el *coitus interruptus* alguna vez como método anticonceptivo (Parera y Suris, 1997). Un porcentaje elevado (alrededor de un 77% de los jóvenes que habían mantenido relaciones) afirmó usar siempre o casi siempre preservativo (Parera y Suris, 1997).

Respecto a los determinantes, en el ámbito nacional había pocas encuestas que los hubieran analizado en diferente medida (Miret et al., 1997) (Mendoza et al., 1994) (Ordoñana y Gutierrez, 1991) (Oñorbe et al., 1993), aunque se habían realizado estudios extensos de determinantes en usuarios de drogas por vía parenteral (Rodes, 1998).

Las mujeres se consideraban más capaces de rechazar una relación no protegida, y los varones de comprar preservativos (Kasen, et al., 1992) (Walter et al., 1992) (Wellings y Field, 1996). Las mujeres se sabían más asertivas verbalmente para comunicar sentimientos negativos y para rechazar relaciones sexuales, pero no para insistir e iniciar una relación sexual y para llevar e introducir el asunto de usar preservativos (Grunseit, 1997). Tanto los varones como las mujeres esperaban que fueran ellas quienes estuviesen más atentas respecto a las conductas sexuales seguras, pero al mismo tiempo a ellas les costaba más llevar e introducir la utilización de preservativos. La responsabilidad de la contracepción y de la protección frente a las infecciones de transmisión sexual estaba depositada en las mujeres. Los varones apreciaban más barreras al placer en el uso de preservativos. Respecto a la norma social, más mujeres opinaban que sus amigos estaban a favor del uso de preservativos. En paralelo a la autoeficacia, los varones no tenían una intención tan clara como las mujeres de rechazar sexo no protegido.

#### **-Entrevistas hechas a expertos en programas de Promoción de la salud**

Para acabar de perfilar al máximo las necesidades de la población y del entorno en el que debía diseñar el programa preventivo, realicé diferentes entrevistas a expertos en: diseño de

programas de promoción de la salud, programas educativos, directores y profesorado de Secundaria Obligatoria y cursos equivalentes.

El diseño del programa 'PRESSEC' será explicado en el capítulo 4 de esta tesis.

### **Prueba piloto del programa**

Previamente a la experimentación del Programa 'PRESSEC' en el curso escolar 1993-94, y para valorar la eficacia del instrumento de educación para la salud diseñado, se hizo una prueba piloto, en dos escuelas de Barcelona.

El pre-test de materiales se considera un paso necesario previo a la experimentación. En este caso se realizó una prueba piloto tanto del cuestionario que serviría posteriormente para evaluar el programa como de la intervención. Estos resultados permitieron una primera aproximación al conocimiento de lo que pensaban los jóvenes y una valoración sobre la adecuación y factibilidad del 'PRESSEC'.

Se diseñó un cuestionario basado en los modelos TAR, MCS y la teoría cognitivo social de Bandura, para disponer de una mínima aproximación cuantitativa de los niveles de conocimientos, actitudes e intención de conducta del alumnado. También se diseñaron cuestionarios para los docentes con el objetivo de conocer su percepción sobre las actividades de cada una de las unidades, su factibilidad, el tiempo empleado y la respuesta de la clase. Se trató de hacer un pre-test de la verdadera novedad respecto a los programas informativos existentes, el módulo de comportamiento.

Hacia la mitad del curso 1992-1993, los equipos directivos de dos institutos de la ciudad de Barcelona, aceptaron participar en la prueba piloto del módulo relacionado con aspectos de comportamiento personal, centrado en la toma de decisiones, la resistencia a la presión de grupo y de la pareja y el estilo de conducta asertivo, entre el alumnado de 2º de BUP. El cuestionario fue implementado por el alumnado de uno de los centros antes y después de la aplicación del material en el aula. El alumnado de 2º de BUP del otro instituto implementó el

mismo cuestionario sin realizar ninguna intervención, con la finalidad de ampliar el número de casos y comparar eventualmente los resultados. Se presentan los resultados de la prueba piloto sobre 168 alumnos.

Sujetos: El cuestionario previo a la intervención fue implementado por 88 alumnos de 2º de BUP de 15-16 años de edad (50% chicos) del IES Dr. Puigvert de Barcelona y 80 de 2º de BUP de la misma edad (52% chicos) del grupo que no recibió la intervención del IES Joan Boscà.

Cuestionario dirigido al alumnado: Fue implementado de forma individual por el alumnado siguiendo idénticas instrucciones. El tiempo previsto para implementarlo fue de 20 minutos.

Se probó una versión preliminar del cuestionario en la prueba piloto y pre-test del material entre los 168 alumnos de los dos centros participantes. Con ello se quiso evaluar la comprensión, la factibilidad y la longitud del cuestionario. Se estudió la concordancia de las respuestas a dos preguntas repetidas, que presentaron kappas elevadas (K 94%). También se entrevistó individualmente durante una hora a 17 jóvenes de los centros para mejorar la aceptabilidad y comprensión general del cuestionario (May y Foxcroft, 1995). Posteriormente el cuestionario fue modificado en función de los resultados de la prueba piloto.

El cuestionario se compuso de 32 ítems sobre conocimientos y actitudes relativas a métodos contraceptivos, VIH y otras ITS, toma de decisiones, presión de grupo y asertividad. Cada pregunta tenía cuatro categorías de respuesta: seguro que sí, me parece que sí, me parece que no, seguro que no; o bien: totalmente de acuerdo, bastante de acuerdo, poco de acuerdo, nada de acuerdo.

Las preguntas se agruparon en cuatro bloques: conocimientos sobre métodos contraceptivos, conocimientos sobre sida i otras ITS, actitudes sobre métodos contraceptivos y sida actitudes sobre toma de decisiones, presión de grupo y estilo de conducta asertiva.

Procedimiento: En horario escolar un miembro del equipo investigador explicó las instrucciones para implementar el cuestionario, que implementaron en 15 minutos. En el grupo intervención, después de la última sesión se volvió a administrar siguiendo las mismas instrucciones.

Análisis: Las respuestas del alumnado en el cuestionario fueron codificadas e introducidas en una base de datos informatizada. Se hizo un análisis descriptivo de todas las variables.

Cuestionario dirigido a los docentes: Recogió aspectos como aceptación de la unidad por parte del alumnado, adecuación del material para facilitar la participación y la motivación del alumnado, grado de participación, lo mejor de la unidad, aspectos negativos de la unidad y cómo se podían evitar, interés de la unidad, objetivos pedagógicos conseguidos y otras sugerencias.

### **Evaluación de la efectividad del programa 'PRESSEC'**

Sujetos: En 1993 los servicios personales de los distritos de Barcelona propusieron la participación en la evaluación del programa a la dirección de las escuelas de su distrito. 17 centros escolares de 6 de los 12 distritos de Barcelona aceptaron participar en el estudio.

Diseño: Se trató de un estudio cuasi experimental, con pre y post test y grupos intervención y control. Las escuelas participantes fueron asignadas a tres grupos experimentales: el grupo intervención parcial que desarrollaba dos sesiones educativas; el grupo intervención completa que desarrollaba 7 sesiones educativas y el grupo comparación que no desarrollaba ninguna intervención. Los grupos intervención fueron asignados por el equipo investigador teniendo en cuenta el tipo de estudio (BUP o FP), el nivel socioeconómico del barrio y la disponibilidad horaria del profesorado participante. Un total de 593 estudiantes recibieron la intervención parcial, 220 la intervención completa y 402 no recibieron ninguna intervención. La muestra permitió detectar diferencias de + - 9%, con un poder estadístico del 80% y un nivel de confianza del 95%.

Cuestionario: El alumnado participante contestó un cuestionario anónimo administrado por el profesorado. Los estudiantes fueron informados de la confidencialidad de las respuestas. El cuestionario incluyó 43 ítems sobre conocimientos, creencias (susceptibilidad, severidad, beneficios y barreras percibidas sobre el uso del preservativo), actitudes, autoeficacia, intención de conducta y conductas relacionadas con la prevención del embarazo, las ITS incluida la infección por el VIH. Los ítems fueron agrupados en escalas; la fiabilidad de las escalas se estimó con el coeficiente de consistencia interna alfa de Cronbach, sobre las variables del primer cuestionario.

- Conocimientos: El alumnado respondió a 6 ítems (alfa=0,46) sobre transmisión del VIH/sida, 1 ítem sobre ITS y 4 sobre embarazo y contracepción (alfa=0,50). Las respuestas podían ser: totalmente de acuerdo, bastante de acuerdo, bastante en desacuerdo y totalmente en desacuerdo. Las categorías se asignaron a valores de 1 a 4. La puntuación de las escalas es la mediana de las variables que constituyen cada escala (puntuación mínima 1 y máxima 4).

- Creencias: El alumnado contestó a un ítem para medir la autopercepción de riesgo o susceptibilidad.

- Actitudes: El alumnado respondió a 5 ítems sobre actitudes relacionadas con el uso del preservativo, que se resumieron en una escala (alfa=0,52) (puntuación mínima 1 y máxima 4).

- Intención de conducta: 2 ítems midieron la intención de uso del preservativo si la pareja lo pidiera (pareja esporádica y pareja habitual) y otro si propondría el uso a su pareja, los cuales constituyeron una escala (alfa=0,63). Un ítem recogió la intención de rechazar una relación sexual no protegida (puntuación mínima 1 y máxima 3).

- Conductas: El alumnado contestó una pregunta formada por 9 ítems centrada en la práctica de relaciones sexuales y el uso de métodos contraceptivos, incluido el preservativo entre los que habían mantenido relaciones sexuales con penetración. Las prácticas y el uso de métodos contraceptivos se expresaron en proporciones de 0 a 1. El uso de preservativo se estudió separando al alumnado que ya tenían experiencia sexual en la primera encuesta (cuestionario

pre) y los que se iniciaron en este periodo comprendido entre el cuestionario pre y post intervención.

- Análisis estadístico: Los efectos de las intervenciones parcial y completa en los conocimientos, las creencias, las actitudes, la autoeficacia y las intenciones fueron estudiadas mediante la diferencia neta (el post test menos el pre test) entre cada intervención y el grupo comparación, con pruebas de comparación de medias (T-test). Los efectos sobre las conductas se midieron mediante la diferencia entre cada grupo intervención y el grupo comparación y pruebas de comparación de proposiciones (test de Chi cuadrado). Este método permitió calcular el efecto de las condiciones experimentales teniendo en cuenta las puntuaciones iniciales de los grupos y la evolución 'natural' del grupo.

### **Evaluación del proceso de implementación**

Existen diversos métodos para valorar el proceso de implementación de los programas, basados en variables e indicadores del desarrollo de la intervención en el aula. Aportan información sobre las estrategias, recursos y componentes del programa que se ha aplicado, el tiempo dedicado, el número de actividades preventivas realizadas, la aceptación y satisfacción con el programa así como el grado de seguimiento del diseño inicial.

Se han definido dos dimensiones de la implementación: cuantitativa y cualitativa (Resnicow, 1998). La dimensión cuantitativa, también conocida como *cumplimiento o dosis*, aporta información sobre qué cantidad de la intervención ha sido aplicada y normalmente se expresa como el porcentaje del total del contenido que ha sido efectivamente implementado. Por otro lado, la dimensión cualitativa o *fidelidad de implementación* ha sido descrita como el grado en que los profesores y otros profesionales que aplican los programas los implementan tal y como señala su diseño y evaluación piloto.

En los últimos años un elevado número de estudios han señalado la importancia de evaluar la fidelidad del proceso de implementación de las intervenciones preventivas escolares (Dusenbury et al., 2005). Su evaluación nos puede conducir a un mejor entendimiento del éxito

o fracaso de un programa ya que la obtención de los resultados esperados está estrechamente vinculada a la intensidad y calidad de la implementación (Payne y Gottfredson, 2006). (Sanchez et al., 2007) (Resinocow et al., 1993).

Una intervención con un buen diseño metodológico puede tener un efecto atenuado si al ser aplicada se produce una inadecuada implementación. De igual forma, una pobre fidelidad a la hora de implementación también dificulta conocer qué componentes contribuyen al éxito de un programa, en caso de conseguir resultados positivos (Mc Grath et al., 2006). No obstante, son escasos los programas preventivos que realizan una evaluación del proceso de implementación tras su aplicación y, cuando se hace, generalmente carecen del rigor necesario para garantizar la correcta aplicación de la intervención en el aula. Mucho menos conocidos son los programas que desarrollan curso tras curso un seguimiento de la evaluación del proceso de implementación seguido en el aula por los profesionales o las personas que desarrollan las actividades en el aula y una evaluación de la satisfacción percibida por los implicados (profesorado, alumnado que recibe la intervención, jóvenes educadores).

En la presente investigación, además de estudiar los cambios en los conocimientos, creencias, actitudes, intención de conducta y conducta en el alumnado, se recogieron las opiniones y sugerencias del profesorado participante a cerca de los materiales y el programa, así como indicadores del proceso de implementación del programa en el aula mediante un cuestionario autoadministrado. Tras el primer curso de implementación del 'PRESSEC' se realizó una evaluación del proceso de implementación más exhaustiva.

### **Primer curso de implementación del programa 'PRESSEC'**

Cuestionario del profesorado: El cuestionario autocontestado por parte del profesorado, es un método válido para medir el cumplimiento. Para valorar la fidelidad suele utilizarse en mayor medida la observación no participativa de las sesiones (fidelidad observada o fidelidad objetiva), aunque en ocasiones, como es nuestro caso, también puede ser valorada a través de los cuestionarios a los participantes (fidelidad autodeclarada o fidelidad subjetiva) (Sánchez Martínez, 2010).



Para recoger esta información respecto al primer curso de implementación del programa, se utilizaron tres cuestionarios:

-Cuestionario de valoración previa: centrado en datos del profesor, motivación para realizar el programa y características del centro escolar y el alumnado.

-Cuestionario de valoración del proceso/implementación: centrado en opiniones y sugerencias sobre diferentes aspectos del material propuesto y su aplicación en el aula.

-Cuestionario de valoración global: centrado en opiniones y sugerencias sobre el programa y sentimientos del profesorado al desarrollar el programa en el aula.

Estos cuestionarios fueron autoadministrados. Se realizaron llamadas telefónicas de seguimiento. Una vez implementados los cuestionarios, el profesorado nos los hizo llegar al equipo de investigación.

Los centros escolares fueron categorizados según el tipo de estudio que realizaban en dos categorías: BUP, COU, ESO y Bachillerato fueron asignados a la categoría (BUP y FP) y escuelas taller a la categoría (FP).

Por lo que se refiere al proceso los cuestionarios se agruparon en dos categorías: relativos a las sesiones 1 y 2, que formaban el módulo informativo y correspondían a la intervención parcial, y los cuestionarios de las unidades 3, 4, 5, 6 y 7, que formaban el módulo centrado en el comportamiento personal y se desarrollaron durante la intervención completa (este grupo realizaba estas unidades y el módulo informativo).

### **Diseminación y evaluación del proceso de implementación (2004-10)**

En esta investigación se recogieron indicadores de la diseminación del programa 'PRESSEC' y del

proceso de implementación para cada curso escolar. Nos centramos en los cursos (2004-05 al 2009-10).

Para analizar el grado de diseminación del programa entre las escuelas de Secundaria de Barcelona ciudad, se recogieron para cada curso escolar: escuelas, profesorado, aulas y alumnos inscritos al programa y, la participación por distritos de Barcelona mediante las inscripciones al programa y un cuestionario autoadministrado.

Los objetivos específicos de la evaluación del proceso de implementación se centraron en describir los componentes de la intervención, la percepción del profesorado en relación al funcionamiento de las actividades en el aula, al programa en sí, la satisfacción global, su intención de volver a aplicar el programa en el futuro y describir los parámetros cuantitativos y cualitativos que permiten valorar la exhaustividad y calidad de la aplicación de la intervención.

Registro de inscripción al programa: Se creó una base de datos en la que el profesorado interesado en implementar el programa en el aula, vía internet, debía inscribirse indicando los datos requeridos (nombre escuela, titularidad (publica, concertada, privada), distrito en el que estaba ubicada, nombre y apellidos profesorado inscrito, edad, espacio educativo en el que tenía previsto desarrollar las actividades del programa (asignatura), aulas, número de alumnos por aula, curso).

Cuestionario autocumplimentado: Una vez finalizada la implementación del programa en el aula el profesorado contestaba un cuestionario en el que indicaba entre otros datos, los indicadores sobre el proceso de implementación del programa e indicadores de satisfacción. Mediante este cuestionario se recogieron los mismos indicadores que en la inscripción al programa pero de aquellos participantes (escuelas, profesorado, aulas) que implementaron el programa y los alumnos que recibieron la intervención. Esto nos permitió cuantificar la cobertura del programa en Barcelona y por distritos.

Este cuestionario nos permitió recoger los indicadores siguientes:

-Escuelas participantes, distrito en el que está ubicada, profesorado participante, aulas en las que se desarrolla el programa 'PRESSEC', alumnado que recibe la intervención.

-Datos sobre el profesorado que imparte en el aula el programa: edad, sexo, participación en la formación previa.

-Características del momento y espacio en el que se desarrollan las sesiones y actividades: curso escolar en el que se desarrolla la intervención en el aula, momento de aplicación (trimestre) y espacio educativo.

-Características de la intervención: cumplimiento (si el profesorado ha realizado cada una de las sesiones contenidas en el programa), la fidelidad autodeclarada (tiempo dedicado a cada una de las actividades, comprobando que la dedicación mínima sea de 50 minutos, tiempo mínimo recomendado), uso de otros recursos complementarios, realización de la actividad de entorno propuesta y centro en el que se realiza.

-Satisfacción del profesorado con las actividades desarrolladas: su idoneidad para el alumnado, adecuación al alumnado de los contenidos educativos, percepción de haber conseguido los objetivos del programa, percepción sobre la aceptación de las actividades por parte del alumnado e interés mostrado.

-Satisfacción de los profesores con la intervención: puntuación que ellos otorgaban al programa de forma global (0 mínimo, 10 máximo), intención de volver a aplicar el programa en un futuro.

Diseño: Se trata de un estudio de cortes transversales. Se recogieron los anteriores indicadores de diseminación del programa de forma transversal, es decir, para cada curso escolar estudiado (2004-05 hasta 2009-10).

### 3.5.1.2. Programa 'Parlem Clar'

#### Reevaluación de necesidades

**-Revisión de los resultados de la evaluación del programa 'PRESSEC': evaluación de la efectividad, evaluación del proceso de implementación y diseminación:**

Se realizó una revisión de los resultados obtenidos por el programa 'PRESSEC', dirigido a adolescentes-jóvenes escolarizados de 15-16 años. La metodología básica utilizada en la evaluación del el programa 'PRESSEC' ha sido

explicada en el punto anterior del presente capítulo y sus resultados se presentaran en el capítulo 4.

PARTE TEORICA	
-Modelos teóricos de cambio conductual -Programas de prevención del embarazo, ITS y VIH/SIDA	
PARTE EMPIRICA	
Hipótesis y objetivos	
Procedimientos	Intervenciones
1ª FASE	
-Evaluación de necesidades -Evaluación de la efectividad -Evaluación del proceso de implementación -Diseminación (2004-10)	'PRESSEC' (1993) Adolescentes-jóvenes 15-16 años
<b>-Reevaluación de necesidades -Evaluación de la efectividad -Evaluación del proceso de implementación -Diseminación (2004-10)</b>	<b>'Parlem Clar' (2001) Adolescentes-jóvenes 16-18 años</b>
2ª FASE	
-Reevaluación de necesidades -Evaluación del proceso de implementación -Diseminación (2010-14)	'Parlem-ne; no et tallis!' (2010) Adolescentes-jóvenes 16-18 años
Conclusiones	

Los resultados y recomendaciones surgidas nos sirvieron para partir de unos conocimientos y experiencia indispensable para diseñar el programa 'Parlem Clar'. Este programa dirigido a jóvenes de mayor edad (Bachillerato y Ciclos Formativos) incorporó mejoras y acciones diferentes a las utilizadas en el Programa 'PRESSEC' basándose en los aprendizajes de todo el proceso anterior.

El programa 'Parlem Clar, diseñado en el 2001, partió de las recomendaciones de la OMS y otros estudios y facilitó la participación activa de los jóvenes en el desarrollo de las actividades que lo formaban.

Se utilizaron las estrategias que habían funcionado mejor y se mejoraron aquellas que habían demostrado limitaciones en la evaluación del 'PRESSEC'. También se incluyeron estrategias novedosas como el introducir a los 'peers' jóvenes de la propia aula, seleccionados por ser los líderes sociales del grupo como parte del equipo, junto al profesorado que desarrollaría las actividades en el aula, dándoles mayor protagonismo. Estos jóvenes eran formados previamente

al igual que el profesorado para capacitarlos en el desarrollo posterior de las acciones del programa 'Parlem Clar'.

Por otro lado, un gran número de estudios que evaluaban la efectividad de las intervenciones educativas en el marco de la prevención recomendaban la introducción de acciones complementarias a las intervenciones diseñadas para ser aplicadas en el aula. Como otras intervenciones de promoción de la salud en la escuela, la introducción de medidas en el entorno escolar aumentaba los efectos positivos de las intervenciones convencionales en el aula (Kirby, 1992).

Si los programas de prevención del embarazo, las ITS incluida la infección por el VIH habían sido desarrollados con la intención de reducir las conductas sexuales de riesgo entre los adolescentes, era adecuado poner al alcance de los jóvenes los recursos necesarios para que se cumpliera este objetivo. Además de recibir la información necesaria y correcta, sentirse en riesgo de tener un embarazo o de infectarse por una ITS incluida la infección por el VIH/sida, tener una percepción correcta sobre la conducta y opiniones de las personas importantes para él/ella, aprender a afrontar situaciones difíciles, a comunicarse, etc. era necesario que los jóvenes conocieran los centros donde podían ir en caso de necesitar información y pudieran acceder fácilmente a los recursos que les permitieran evitar las conductas sexuales de riesgo.

Así como los adolescentes podían conseguir preservativos en numerosos espacios de la comunidad, el acceso desde la escuela tenía la gran ventaja de estar supervisado por profesionales formados previamente que podían proveer de información y mensajes preventivos adecuados. Algunos centros de enseñanza de Barcelona en ese momento habían puesto en marcha experiencias para distribuir preservativos entre el alumnado más mayor, con buenos resultados. Las actividades de entorno escolar variaban en modalidad, intensidad y duración, y cada escuela, en función de diferentes criterios, escogían la/las más adecuada/s.

#### **-Conducta sexual en los adolescentes-jóvenes de Barcelona:**

El diseño del cuestionario FRESC 96, así como sus resultados, ya han sido expuestos en el capítulo

2 de la presente tesis. Todo y haberlos presentado como parte del marco teórico, para comprender las características de los adolescentes-jóvenes que forman la población diana de la tesis, temporalmente formó parte de la reevaluación de necesidades que nos llevaron al diseño del programa 'Parlem Clar'.

FRESC 96 (Factores de Riesgo en la Escuela Secundaria), documentó los comportamientos asociados a la transmisión sexual del sida y sus determinantes, según el modelo ASE. Describió las conductas e intenciones de conducta relacionadas con la transmisión sexual de sida, de otras ITS y del embarazo en los estudiantes secundaria y relación entre el uso (o la intención de uso) de preservativos con algunas actitudes, creencias y experiencias anteriores.

Sujetos: muestra de aulas aleatoria y estratificada por titularidad del centro (público, privado y concertado), tipo de estudio (BUP, FP, ESO) y nivel socioeconómico del barrio de la escuela medido mediante el índice de capacidad económica familiar (ICEF) (Aluja, 1991). El universo de la muestra fue de 26.173 estudiantes de cuarto de ESO, segundo de BUP y segundo de FP de Barcelona. Se seleccionaron 36 aulas. El error máximo se calculó en un 3% para un nivel de confianza del 95%.

Cuestionario: elaborado con algunos ítems creados expresamente para la ocasión y otros que constituyeron adaptaciones o que estuvieron inspirados en cuestionarios utilizados en estudios previos (Juárez y Díez, 1995) (Carter, 1990) (Schaalma et al., 1995) (Joffe y Radius, 1993) (Lawrence et al., 1990) (Kasen et al., 1992) (Basen Engquist y Parcel, 1992) (Schaalma et al., 1993) (Ordoñana y Gutierrez, 1991) (Bueno et al., 1995).

Las variables estudiadas fueron: sociodemográficas, determinantes conductuales (según el modelo ASE) y conductas.

## **- Prevención del SIDA en la Escuela Secundaria: recopilación y valoración de programas**

El siguiente estudio (Fernández, Juárez y Díez, 1999), forma parte de la evaluación de necesidades previa al diseño, desarrollo, implementación y evaluación del programa 'Parlem Clar'.

A final de los años 90, como en el resto de países industrializados, la incidencia de sida se estaba reduciendo pero España seguía siendo el país europeo con más afectados (European Center for the Epidemiological Monitoring of AIDS, 1998). La infección por el VIH seguía siendo muy importante en nuestro medio, especialmente entre los adolescentes y adultos jóvenes (European Center for the Epidemiological Monitoring of AIDS, 1998), (Parras, 1998). La prevención de la infección por el virus del sida entre los jóvenes era todavía la herramienta fundamental para frenar la epidemia (Grunseit, 1999).

Uno de los ámbitos idóneos para trabajar la prevención del sida con los adolescentes era la escuela, debido a su organización, sus recursos materiales y a la presencia de profesionales con formación para desarrollar esta tarea. Los docentes, además, convivían muchas horas con los jóvenes (Peersman, Sogolow y Harden, 1999) y formaban parte de sus modelos sociales. Por otra parte, los adolescentes pasaban la mayor parte de su tiempo en los centros educativos e iniciaban las relaciones interpersonales con sus iguales. A finales de los 90, diferentes revisiones permitieron identificar un conjunto de características que facilitaban el éxito en la aplicación de los programas preventivos (Oakley, Fullerton y Holland, 1995), (Juárez y Díez, 1999). En respuesta a la epidemia, se desarrollaron en todo el mundo gran cantidad de intervenciones preventivas en la escuela.

El objetivo del estudio fue describir y valorar los programas educativos de prevención del SIDA dirigidos a la Escuela Secundaria editados en España entre los años 1990 y 1997.

Criterios de inclusión: Programas dirigidos a estudiantes de enseñanza secundaria obligatoria y post-obligatoria, profesores y comunidad escolar; Editados en España entre 1990 y 1997; En cualquier lengua de las comunidades autónomas del estado; Dirigidos específicamente a la

prevención del sida o bien materiales de educación afectivo-sexual que incluyeran el tema del sida y que generaran un trabajo en el aula superior a 30 minutos.

Procedimientos: se utilizaron siete vías para la obtención de información sobre materiales susceptibles de ser incluidos en el estudio: catálogos o revisiones anteriores (Higueras y Manuel, 1996); Centro de Investigación y Documentación Operativa del Ministerio de Educación y Ciencia; centros de documentación como Sida-Studi e Idea Prevención; coordinadores de los programas de prevención y control del sida de las Comunidades Autónomas (CCAA); entidades y Organizaciones no gubernamentales (ONG's) de España; Centros de Recursos Pedagógicos de la ciudad de Barcelona, que disponen de mediateca dirigida a los profesores de primaria y secundaria y responsables de la prevención del sida de los ayuntamientos del área metropolitana de Barcelona. Se exploraron las vías o entidades indicadas por todas las personas con las que se estableció contacto.

Para cada programa se elaboró una ficha descriptiva, con la información siguiente: título del programa, institución o entidad que lo publica, año de edición, idioma, población diana, objetivos y materiales.

Criterios para valorar la calidad de la intervención educativa: según algunos estudios que identificaron características de los programas que favorecen el éxito de la intervención (Grunseit, 1997), (Oakley, Fullerton y Holland, 1995) y (Juárez y Díez, 1999). Los criterios fueron: aspectos que se trabajan (información, actitudes y habilidades); persona que aplica el programa (profesor, igual o persona externa al centro escolar); metodología interactiva; número de sesiones  $\geq$  4.

Aspectos destacables y a mejorar de cada programa: se consideraron aspectos destacables del programa la referencia a la realización de una evaluación y el haberse basado en un modelo teórico. La aplicabilidad del programa se estableció según las siguientes categorías excluyentes:

a) programa completo: el programa posee suficiente calidad y cantidad de material para constituir una intervención preventiva sin el apoyo de otros materiales.



b) material complementario: el programa se puede utilizar como complemento de otros programas, como introducción a un programa preventivo, para llevar a cabo acciones puntuales o como material de apoyo para que el profesor diseñe su propia intervención o programa.

Cada uno de los programas fue revisado individualmente por la autora principal y al menos una de las coautoras. Se realizó un análisis de las discrepancias y solo se incluyeron aquellas conclusiones a las que habían llegado al menos dos personas.

### **Evaluación de la efectividad**

La evaluación de la efectividad del programa 'Parlem Clar', se desarrolló mediante un estudio pre-post, con grupo intervención y grupo comparación.

Procedimiento: la participación en el estudio fue ofrecida a todos los centros de secundaria Barcelona. Los centros que aceptaron a participar, fueron asignados de forma aleatoria a las condiciones de grupo intervención y grupo comparación.

Muestra: 10 centros de estudios de secundaria participaron, todos ellos concertados. La muestra estuvo formada por un total de 601 estudiantes. Se administró un cuestionario autoadministrado en dos ocasiones (cuestionario pre y post) el primero en Diciembre del año 2000 y el cuestionario post 4 meses más tarde, es decir en Abril del 2001). Pudieron emparejarse un total de 442 cuestionarios (74%).

Variables estudiadas: conocimientos sobre embarazo, ITS incluida la infección por VIH/sida, creencias (susceptibilidad y severidad), actitudes, norma subjetiva, autoeficacia, intención de conducta y conducta. También se recogieron datos sociodemográficos (edad, sexo, etc.)

Se realizó un análisis multivariado ajustando por sexo y otros datos demográficos

## Evaluación del proceso de implementación

### **Primer curso de implementación del programa 'Parlem Clar'**

-Cuestionario autoadministrado: Se diseñaron cuestionarios autoadministrados, dirigidos al profesorado participante, los jóvenes educadores (peers) que compartían el desarrollo de la intervención con el profesorado y profesionales de centros de planificación familiar en donde se desarrollaba la actividad de entorno que formaba parte de la intervención.

Se recogió información sobre el desarrollo de cada una de las actividades, tiempo de dedicación, las dificultades detectadas en el desarrollo, aspectos que más habían gustado y aspectos que menos habían gustado.

-Registro estándar de dispensación de material preventivo en escuelas: Se recogió información del material preventivo dispensado (preservativos y folletos informativos). Se diferenció entre las distintas modalidades propuestas (profesorado o puntos de información juvenil).

-Entrevistas personales: Se recogió información de los adolescentes que habían actuado como jóvenes educadores de sus compañeros, dinamizando y llevando a cabo actividades en el grupo aula en dos sesiones diferentes.

-Grupos de discusión: Se recogió información mediante grupos de discusión de los adolescentes que habían recibido la intervención (2 sesiones desarrolladas en el aula por parte del profesorado y dos sesiones desarrolladas por una pareja de jóvenes del mismo aula, los líderes sociales del grupo o 'peers'). Se planificaron, organizaron, desarrollaron y analizaron cuatro grupos de discusión. Todos los grupos fueron gestionados por profesionales externos al equipo de investigación. Se tuvo en cuenta el género, organizando grupos diferentes para chicas y para chicos. Se incluyeron de 4 a 10 estudiantes de diferentes centros educativos participantes. Las variables que se analizaron fueron variables de satisfacción en relación al programa, la valoración y la evaluación de la consecución de los objetivos planteados al inicio de la

intervención y la valoración personal del papel que habían desarrollado los jóvenes educadores en el desarrollo de las dos sesiones que tuvieron asignadas así como en el conjunto de la intervención.

#### **-Diseminación y evaluación del proceso de implementación (2004-10)**

Se recogieron indicadores del proceso de implementación para cada curso escolar. Nos centramos en los cursos (2004-05 al 2009-10).

Para analizar el grado de diseminación del programa entre las escuelas de Secundaria de Barcelona ciudad, se recogieron para cada curso escolar: escuelas, profesorado, aulas y alumnos inscritos al programa y, la participación por distritos de Barcelona mediante las inscripciones al programa y un cuestionario autoadministrado.

Los objetivos específicos de la evaluación del proceso de implementación se centraron en describir los componentes de la intervención, la percepción del profesorado en relación al funcionamiento de las actividades en el aula, al programa en sí, la satisfacción global, su intención de volver a aplicar el programa en el futuro y describir los parámetros cuantitativos y cualitativos que permiten valorar la exhaustividad y calidad de la aplicación de la intervención.

Registro de inscripción al programa: Se creó una base de datos en la que el profesorado interesado en implementar el programa en el aula, vía internet, debía inscribirse indicando los datos requeridos (nombre escuela, titularidad (pública, concertada, privada), distrito en el que estaba ubicada, nombre y apellidos profesorado inscrito, edad, espacio educativo en el que tenía previsto desarrollar las actividades del programa (asignatura), aulas, número de alumnos por aula, curso).

Cuestionario autocumplimentado: La recogida de información se realizó mediante un cuestionario autocumplimentado por el profesorado participante una vez desarrollado el programa en el aula. Este cuestionario nos permitió recoger los indicadores siguientes:

-Escuelas participantes, distrito en el que está ubicada, profesorado participante, aulas en las que se desarrolla el programa 'Parlem Clar', datos de los jóvenes educadores (*peers*), alumnado que recibe la intervención.

-Datos sobre el profesorado que imparte en el aula el programa: edad, sexo, participación en la formación previa.

-Características del momento y espacio en el que se desarrollan las sesiones: curso escolar en el que se desarrolla la intervención en el aula, momento de aplicación y espacio educativo.

-Características de la intervención: cumplimiento (si el profesorado ha realizado cada una de las sesiones contenidas en el programa), la fidelidad autodeclarada (tiempo dedicado a cada una de las actividades (dedicación mínima de 50 minutos), uso de otros recursos complementarios, realización de la actividad de entorno propuesta y centro en el que se realiza.

- Satisfacción del profesorado: a) con las actividades desarrolladas: su idoneidad para el alumnado, adecuación al alumnado de los contenidos educativos, percepción de haber conseguido los objetivos del programa, percepción sobre la aceptación de las actividades por parte del alumnado e interés mostrado b) con la intervención: puntuación que ellos otorgaban al programa de forma global (0 mínimo, 10 máximo), intención de volver a aplicar el programa en un futuro.

Diseño: Se trata de un estudio de cortes transversales. Se recogieron los anteriores indicadores de diseminación del programa de forma transversal, es decir, para cada curso escolar estudiado (2004-05 hasta 2009-10).

**3.5.2. Segunda fase de la investigación: Diseño, desarrollo y evaluación del programa  
'Parlem-ne; no et tallis!'**

**Evaluación de necesidades**

- **Estudio cualitativo con directores y profesorado** (Egea, et al., 2008):

Aunque se valora necesario el profesorado y otros profesionales de la educación secundaria, realicen también educación dirigida a prevenir la aparición de problemas de salud entre el alumnado, desde el sector educativo la respuesta no es homogénea y depende del interés y la motivación del profesorado y en algunos casos de la dirección del centro.

PARTE TEORICA	
-Modelos teóricos de cambio conductual -Programas de prevención del embarazo, ITS y VIH/SIDA	
<b>PARTE EMPIRICA</b>	
Procedimientos	Intervenciones
Hipótesis y objetivos	
1ª FASE	
-Evaluación de necesidades -Evaluación de la efectividad -Evaluación del proceso de implementación -Diseminación (2004-10)	'PRESSEC' (1993) Adolescentes-jóvenes 15-16 años
-Reevaluación de necesidades -Evaluación de la efectividad -Evaluación del proceso de implementación -Diseminación (2004-10)	'Parlem Clar' (2001) Adolescentes-jóvenes 16-18 años
<b>2ª FASE</b>	
-Reevaluación de necesidades -Evaluación del proceso de implementación -Diseminación (2010-14)	'Parlem-ne; no et tallis!' (2010) Adolescentes-jóvenes 16-18 años

Los objetivos planteados por el estudio fueron: Conocer cómo adaptar los programas de promoción de la salud a la situación de cambio social y a la oferta/competencia actual. En este sentido interesó a entre otras cuestiones conocer qué necesita el profesorado y el alumnado, el proceso de aplicación real de los programas y conocer cómo implicar a las familias.

Este estudio cualitativo se llevó a cabo mediante grupos de discusión y entrevistas en profundidad en Barcelona ciudad en 2007.

Sujetos: La población diana fueron los directores / as y el profesorado de centros educativos de la ciudad.

Procedimiento: Se hicieron grupos de discusión de cada uno de los segmentos determinados. Esta técnica de recogida de datos promueve que los participantes sean una parte activa del proceso de recogida y que se consigan diferentes puntos de vista, teniendo en cuenta que la

característica de estos grupos es la interacción entre los participantes, bajo el liderazgo del moderador /dinamizador (básicamente con rol de facilitador).

Se recogió información mediante 3 grupos de discusión y 7 entrevistas en profundidad de 10 directivos/as de centros escolares y 30 profesores/as o tutores o coordinadores, de ellos el 50% habían hecho programas de la ASPB en alguna ocasión y el 50% no.

La formación y segmentación de los grupos se hizo según las variables siguientes:

'Fidelización': Se consideró que un centro escolar estaba fidelizado cuando en los últimos tres cursos había hecho al menos un programa de promoción de la salud ofrecido por la ASPB (centros fidelizados y centros no fidelizados).

'Cargo en el centro escolar': Se segmentó entre profesorado/tutor/coordinador y director/a.

De esta forma se formaron 4 segmentos de población objeto del estudio como resultado de las variables mencionadas:

Segmento 1: Tutores/as-profesores/as en activo de un centro escolar fidelizado de Barcelona.

Segmento 2: Tutores/as-profesores/as en activo de un centro escolar no fidelizado de Barcelona.

Segmento 3: Directores/as en activo de un centro escolar fidelizado de Barcelona.

Segmento 4: Directores/as en activo de un centro escolar no fidelizado de Barcelona.

Se consiguieron realizar 3 grupos de discusión (de 13, 12 y 5 participantes cada uno), y un total de 30 participantes, obteniendo información de los segmentos 1, 2 y 3. No se consiguieron captar participantes suficientes para realizar el grupo de discusión previsto para el segmento 4, razón por la cual se optó por realizar 7 entrevistas individuales en profundidad.

Las sesiones grupales y las entrevistas siguieron la organización marcada por el guion preestablecido que recogió información sobre: importancia de la prevención en la escuela, conocimientos sobre prevención en general y sobre temas concretos, profesionales más adecuados para llevarla a cabo, beneficios percibidos, barreras percibidas, norma social (opinión, conducta de la Junta Directiva escolar, profesorado, etc.), autoeficacia de la propia capacidad; habilidades requeridas para desarrollar un programa preventivo en el aula y propuestas por parte de los directores.

Se dio un incentivo a cada participante para gratificar su colaboración: un vale por valor de 20 euros de un establecimiento comercial.

Se realizaron 7 entrevistas en profundidad a informantes clave para validar los resultados de los grupos de discusión y completar la información obtenida (enero-febrero del 2008). Los informantes clave que participaron en el estudio fueron expertos en el desarrollo o aplicación de programas preventivos.

El método de análisis fue interpretativo desde la metodología socio constructivista. La interpretación de la información se hizo mediante la técnica de análisis del contenido, identificando los elementos que configuran la realidad estudiada, describiendo las relaciones entre ellos y sintetizando el conocimiento resultante.

El procedimiento que se utilizó para desarrollar el análisis del contenido fue la Teoría Fundamentada (Glaser y Strauss, 1967), que permitió generar conceptos, proposiciones e hipótesis a partir de los datos. El proceso de análisis se desarrolló no sólo al final si no durante el transcurso del proceso de recogida de información con la finalidad de teorizar sobre problemas concretos que tienen los participantes de los grupos.

El corpus textual del análisis se construyó con la transcripción literal de los 3 grupos focales realizados. La interpretación de la información se realizó mediante un análisis del contenido temático de los textos de los 3 grupos, junto con la escucha de las grabaciones de las 7 entrevistas individuales del segmento 4 de la población de nuestro estudio.

Para desarrollar el análisis, el marcaje y la codificación de textos, búsqueda de las unidades codificadas, creación de categorías, análisis de las propiedades de las categorías y relaciones entre las categorías y los sujetos, se utilizó el Software Atlas Ti.

La categorización fue abierta y emergió de los textos. El análisis, se hizo triangulando los datos con 3 investigadores.

Una vez creadas y estudiadas las categorías y sus relaciones se elaboró un marco explicativo o mapa de significados que explicasen por qué ocurre lo que está pasando y la implantación de los programas de promoción de la salud en las aulas.

#### **-Revisión de los resultados de la evaluación del proceso de implementación de los programas 'PRESSEC' y 'Parlem Clar' entre 2004 y 2010:**

Sobre este aspecto ya hemos hablado en puntos anteriores de este capítulo y sus resultados se exponen en el capítulo siguiente. Los recordamos aquí porque fue donde se identificaron aspectos concretos a mejorar respecto a los programas 'PRESSEC' y 'Parlem Clar' y aspectos a mantener.

Mediante los autoinformes recogidos en cada curso escolar, una vez el profesorado y/o los jóvenes educadores (*peers*) en el caso del 'Parlem Clar', había aplicado alguno de los programas en el aula, se fue recogiendo información muy valiosa de cara a actualizar y mejorar los programas de promoción de la salud sexual 'PRESSEC' y 'Parlem Clar'.

Muestra: Los centros escolares que formaron la muestra a lo largo de cada curso escolar tienen titularidad pública, concertada o privada, aunque la más frecuente a lo largo de los años fueron los centros escolares de titularidad pública.



**-Estudio cualitativo con profesorado, jóvenes educadores y alumnado, mediante grupos de discusión y entrevistas grupales y personales:**

En el momento de la reevaluación de necesidades del programa 'Parlem-ne; no et tallis!', se valoró necesario conocer la opinión del profesorado que había aplicado alguno de los programas ('PRESSEC' y 'Parlem clar') durante los dos últimos cursos escolares. Ellos tendrían una idea clara de los aspectos que habían funcionado de forma adecuada en el aula y por lo tanto habría que mantener en la actualización y aquellos que habían mostrado alguna dificultad y por lo tanto eran susceptibles de ser mejorados.

De la misma manera se consideró imprescindible recoger la opinión de los jóvenes educadores que habían compartido la aplicación del programa 'Parlem Clar' y del alumnado, que en el mismo periodo que el profesorado, había recibido la intervención de uno de los dos programas a actualizar. Los participantes recordarían bien cómo habían vivido el desarrollo del programa en el aula y cómo habían funcionado las actividades.

Objetivos: identificar aquellos aspectos de ambos programas que debían mantenerse a la hora de actualizar los programas, identificar los aspectos a mejorar y la opinión sobre otros aspectos concretos ya descritos en este mismo capítulo (Egea et al., 2008).

Metodología: Este estudio cualitativo se llevó a cabo mediante grupos de discusión y entrevistas grupales en Barcelona ciudad en el curso escolar 2009-10.

Sujetos: La población diana fue el profesorado de centros educativos de la ciudad que habían aplicado alguno de los dos programas 'PRESSEC' o 'Parlem Clar' en los dos cursos anteriores (2007-08) y (2008-09), jóvenes educadores que habían aplicado junto con el profesorado el programa 'Parlem Clar' en el mismo periodo y alumnado que había recibido la intervención ('PRESSEC' o 'Parlem Clar').

Procedimiento: Para conseguir los objetivos fijados, se hicieron grupos de discusión de cada uno de los segmentos determinados.

-Se recogió información sobre el programa 'PRESSEC' mediante:

3 grupos de discusión con profesorado de centros escolares que habían aplicado el programa 'PRESSEC' los dos cursos anteriores, profesorado de los distritos 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8 y 10 de Barcelona.

7 grupos de discusión con alumnado de centros escolares de Barcelona que habían recibido la intervención en el aula. Alumnado de los distritos 7 y 8 de Barcelona.

- Se recogió información sobre el programa 'Parlem Clar' mediante:

1 grupo de discusión con profesorado de centros escolares que habían aplicado el programa 'Parlem Clar' los dos cursos anteriores, profesorado del distrito 5 de Barcelona.

2 entrevistas grupales con profesorado de centros escolares que habían aplicado el programa 'Parlem Clar' los dos cursos anteriores, profesorado de los distritos 1 y 3 de Barcelona.

1 grupo de discusión con jóvenes educadores de centros escolares de Barcelona que habían aplicado conjuntamente con el profesorado el programa 'Parlem Clar' los dos cursos anteriores, alumnado del distrito 5 de Barcelona.

1 entrevista grupal a con jóvenes educadores de centros escolares de Barcelona que habían aplicado conjuntamente con el profesorado el programa 'Parlem Clar' los dos cursos anteriores, alumnado del distrito 1 de Barcelona.

1 grupo de discusión con alumnado de centros escolares de Barcelona que habían recibido la intervención en el aula. Alumnado del distritos 5 de Barcelona.

En total hablamos de información cualitativa recogida mediante:

-grupos de discusión y entrevistas a 32 profesores/as de los distritos 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 10, que durante los dos cursos anteriores a este estudio habían aplicado el programa 'PRESSEC' o el programa 'Parlem Clar'.

-grupos de discusión y entrevistas a 14 jóvenes educadores de los distritos 1 y 5 que durante los dos cursos anteriores a este estudio habían aplicado el programa 'Parlem Clar' junto con el profesorado.

-grupos de discusión y entrevistas a 79 alumnos/as de los distritos 5, 7 y 8 que durante los dos cursos anteriores a este estudio habían recibido la intervención en el aula.

- La formación y segmentación de los grupos se hizo según las variables siguientes:

Programa 'PRESSEC': Se consideró que un profesor o un alumno pertenecía a este grupo cuando había aplicado o recibido (respectivamente) el programa 'PRESSEC' a lo largo de los dos últimos cursos escolares anteriores a este estudio.

Programa 'Parlem Clar': Se consideró que un profesor, un joven educador o un alumno pertenecía a este grupo cuando había aplicado o recibido (respectivamente) el programa 'Parlem Clar' a lo largo de los dos últimos cursos escolares anteriores a este estudio.

De esta forma se formaron diferentes segmentos de población objeto del estudio como resultado de las variables mencionadas:

Segmento 1: Profesorado que ha aplicado el programa 'PRESSEC'

Segmento 2: Alumnado que ha recibido la intervención del programa 'PRESSEC'.

Segmento 3: Profesorado que ha aplicado el programa 'Parlem Clar'

Segmento 4: Jóvenes educadores que ha aplicado el programa 'Parlem Clar'

Segmento 5: Alumnado que ha recibido la intervención del programa 'Parlem Clar'.

Se consiguieron realizar 13 grupos de discusión (de entre 4 y 5 participantes cada uno), y un total de 108 participantes, obteniendo información de todos los segmentos.

Se realizaron 3 entrevistas grupales a un total de 7 participantes de los segmentos 3 y 4.

Las sesiones grupales y las entrevistas siguieron la organización marcada por el guion preestablecido que recogió información sobre:

- 1) Aspectos a mejorar del Programa, en relación a las actividades propuestas.
- 2) Aspectos a mejorar del Programa, en relación a las situaciones propuestas en las actividades.
- 3) Aspectos a mejorar del Programa, en relación a los contenidos trabajados.
- 4) Aspectos a mejorar del Programa, en relación a los materiales que se ofrecen.
- 5) Otros aspectos destacables a mejorar.
- 6) Aspectos a mantener del Programa, en relación a las actividades propuestas.
- 7) Aspectos a mantener del Programa, en relación a las situaciones propuestas en las actividades
- 8) Aspectos a mantener del Programa, en relación a los contenidos trabajados.
- 9) Aspectos a mantener del Programa, en relación a los materiales que se ofrecen.
- 10) Otros aspectos destacables a mantener.
- 11) Opinión sobre las propuestas:

1ª Propuesta: En lugar de promover dos programas diferentes ('PRESSEC' y 'Parlem Clar'), qué os parecería si propusiéramos un sólo programa de prevención del embarazo no deseado, prevención de ITS incluida la infección por el VIH/sida, pero que dependiendo de las características concretas del grupo con el que se ha de trabajar y las características del profesorado se pudieran aplicar diferentes metodologías?.

2ª propuesta: qué os parecería si el programa se ofreciese a diferentes cursos (3º, 4º de ESO, Bachillerato o Ciclos Formativos), que su aplicación dependiese de las características de los jóvenes en concreto y fuese la escuela quien valorara en qué momento conviene aplicarlo

3ª propuesta: Para facilitar al profesorado la adaptación de las actividades, se facilitará un grupo de situaciones clasificadas según diferentes características: diferentes situaciones para grupos donde la mayoría no ha iniciado las relaciones sexuales con penetración, para grupos donde la mitad ha iniciado las relaciones sexuales con penetración, grupos donde la mayoría ha iniciado las relaciones sexuales con penetración, grupos donde hay presencia de alumnos de diferentes culturas, grupos donde se ha detectado la necesidad de trabajar el tema de la homosexualidad u otros contenidos concretos, etc. ¿Qué os parece?

4ª propuesta: ¿Qué pensaríais si se incorporase al programa de forma explícita una última sesión que fuese la visita al PASSIR (programa de asesoramiento a la salud sexual y reproductiva) o al CJAS? ¿Que se garantizara que tanto visitando un recurso como el otro, el esquema básico de la sesión y los contenidos fuesen los mismos?

5ª propuesta: Para facilitar que el profesorado pueda seleccionar la metodología más adecuada para trabajar el tema con sus alumnos, proporcionaremos un listado con las características a tener en cuenta o condiciones, recomendaciones, etc. ¿Qué os parece?

6ª propuesta: Indicaremos de manera explícita las sesiones y actividades imprescindibles a desarrollar para conseguir los objetivos del programa (intervención básica) y la intervención recomendada ¿Qué os parece?

7ª propuesta: Los materiales que formarán el programa serán: una guía para el profesorado, carpetas o cuadernos con el material para el alumnado y un documento con recursos complementarios ¿Qué os parece?

8. ¿Qué situaciones planteadas en las actividades se acercarían más a la realidad actual del alumnado y facilitarían la adaptación del material a las características de los diferentes tipos de jóvenes con los que trabajáis habitualmente?

9. ¿Se os ocurre algún título que pudiera resultar atractivo al alumnado y reflejara las características de la nueva propuesta que representa esta adaptación?

Se dio un incentivo a cada participante para gratificar su colaboración: un vale por valor de 20 euros de un establecimiento comercial.

Se realizaron entrevistas a informantes clave (personal de enfermería del Servicio de Salud Comunitaria) en contacto habitual con los centros escolares y con el profesorado, que recibe en primera persona los comentarios acerca de los programas de promoción de la salud de la ASPB para validar los resultados de los grupos de discusión y completar la información obtenida.

El método de análisis fue interpretativo desde la metodología socioconstructivista. La interpretación de la información se hizo mediante la técnica de análisis del contenido,

identificando los elementos que configuran la realidad estudiada, describiendo las relaciones entre ellos y sintetizando el conocimiento resultante.

El corpus textual del análisis se construyó con la transcripción literal de los grupos focales realizados. La interpretación de la información se realizó mediante un análisis del contenido temático de los textos de los grupos, junto con la escucha de las grabaciones de las entrevistas grupales.

Para desarrollar el análisis, el marcaje i la codificación de textos, búsqueda de las unidades codificadas, creación de categorías, análisis de las propiedades de las categorías y relaciones entre las categorías y los sujetos, se utilizó el Software Atlas. Ti.

La categorización fue abierta y emergió de los textos. El análisis, se hizo triangulando los datos con diferentes investigadores. Una vez creadas y estudiadas las categorías y sus relaciones se elaboró un marco explicativo o mapa de significados que recogiese la opinión de los participantes a lo largo del proceso

#### **-Recogida de la opinión de los Equipos de Salud Comunitaria en los distritos.**

El perfil de las profesionales del SESAC a las que se preguntó, fueron casi en su totalidad personal de enfermería comunitaria. Mediante entrevistas individuales y autorregistros contestados y enviados a través de Internet, las 40 profesionales de los Equipos de Salud Comunitaria nos hicieron llegar información sobre ambos programas. Se trataba de recoger su experiencia y percepción sobre aspectos mejorables y aspectos a mantener que de forma explícita o implícita pensaba el profesorado y que de alguna manera les había transmitido. Fue la manera de validar los resultados recogidos mediante los grupos de discusión y las entrevistas grupales.

#### **Evaluación del proceso de implementación**

##### **Primer curso de implementación del programa ‘Parlem-ne; no et tallis!’**

### **-Evaluación del profesorado:**

Sujetos: Profesorado de 3º y 4º de ESO, Bachillerato y Ciclos Formativos que ha aplicado en el aula el programa 'Parlem-ne; no et tallis!', ya sea el Itinerario 1 o el Itinerario 2, durante el curso escolar 2010-11.

Diseño: Estudio descriptivo transversal.

Procedimiento: Al final del curso escolar 2010-11 se entregó un cuestionario a cada profesor/a que había implementado el programa 'Parlem-ne; no et tallis!'. Las respuestas, recibidas vía correo electrónico o postal, se introdujeron en una base de datos (SPSS).

Cuestionario del profesorado: Para evaluar la implementación del primer curso de aplicación del programa 'Parlem-ne; no et tallis!', durante el curso escolar 2010-11, el profesorado participante evaluó diferentes aspectos mediante un cuestionario anónimo y autoadministrado. Se recogieron variables sociodemográficas (edad y sexo), nombre de la escuela, distrito de la escuela, conocimiento anterior de los programas 'PRESSEC' y 'Parlem Clar', participación o no en la formación previa recomendada por el programa, identificación de los objetivos del programa, valoración con una puntuación de 0 a 10 del título, las imágenes, los colores, el lenguaje, el tipo de letra, los mensajes preventivos. También se recogió su grado de acuerdo con diferentes consideraciones sobre el programa: interés, utilidad, comprensibilidad, información, claridad, duración, etc.

Análisis: Se hizo un análisis univariado descriptivo de las variables cuantitativas. Se informatizaron los textos literales de respuesta de las preguntas abiertas. Dos técnicos los revisaron y agruparon por categorías

### **Evaluación del alumnado:**

Al alumnado participante, que en el marco del programa 'Parlem-ne; no et tallis!', habían ido a

un centro de salud sexual y reproductiva de Barcelona, se les pidió que valorasen el taller desarrollado en dicho centro.

Sujetos: Alumnado de 3º y 4º de ESO, de bachillerato y ciclos formativos que ha recibido en el aula el programa 'Parlem-ne; no et tallis!', ya sea el Itinerario 1 o el Itinerario 2, durante el curso escolar 2010-11 y que en el marco del programa, han ido a un centro de salud sexual a hacer un taller.

Diseño: Estudio descriptivo transversal.

Cuestionario: Se diseñó de forma consensuada, por profesionales de diferentes centros de salud sexual de Barcelona ciudad, un cuestionario anónimo y autoadministrable.

Se recogen variables sociodemográficas (edad, sexo), nombre de la escuela, distrito de la escuela, valoración del título, las imágenes, los colores, el lenguaje, el tipo de letra, los mensajes preventivos, con puntuaciones de 0 a 10. Grado de acuerdo con diferentes consideraciones sobre el programa: interesante, útil, comprensible, informativo, claro, largo, etc.

Procedimiento: Al final del curso 2010-11 los equipos de profesionales de los diferentes centros de salud sexual y reproductiva participantes, nos enviaron las valoraciones implementadas de forma individual por el alumnado de cada grupo clase que había ido a su centro a hacer un taller en el marco del programa 'Parlem-ne; no et tallis!' a lo largo del curso. Las respuestas, fueron introducidas en una base de datos (SPSS).

Análisis: Se hizo un análisis univariado y bivariado de las variables cuantitativas. Se informatizaron los textos literales de respuesta de las preguntas abiertas. Dos técnicos los revisaron y agruparon por categorías.

#### **-Diseminación y evaluación del proceso de implementación (2011-14)**

Se recogieron indicadores de diseminación del programa en las escuelas de Barcelona e



indicadores de implementación/proceso para cada curso escolar. Nos centramos en los cursos (2011-12 al 2014-14).

Para analizar el grado de diseminación del programa entre las escuelas de Secundaria de Barcelona ciudad, se recogieron para cada curso escolar: escuelas, profesorado, aulas y alumnos inscritos al programa y, la participación por distritos de Barcelona mediante las inscripciones al programa y un cuestionario autoadministrado.

Los objetivos específicos de la evaluación de proceso/implementación se centraron en describir los componentes de la intervención, la percepción del profesorado en relación al funcionamiento de las actividades en el aula, al programa en sí, la satisfacción global, su intención de volver a aplicar el programa en el futuro y describir los parámetros cuantitativos y cualitativos que permiten valorar la exhaustividad y calidad de la aplicación de la intervención.

Registro de inscripción al programa: A través de una base de datos on line el profesorado interesado en implementar el programa se inscribió indicando los datos que se requirieron: nombre escuela, titularidad (publica, concertada, privada), distrito en el que estaba ubicada, nombre y apellidos profesorado inscrito, edad, espacio educativo en el que tenía previsto desarrollar las actividades del programa (asignatura), aulas, número de alumnos por aula, curso).

Cuestionario autoadministrado: Una vez finalizada la implementación del programa en el aula el profesorado contestaba un cuestionario en el que indicaba entre otros datos, los indicadores sobre la implementación/proceso del programa e indicadores de satisfacción. Mediante este cuestionario se recogieron los mismos indicadores que en la inscripción al programa pero de aquellos participantes que implementaron el programa y los alumnos que recibieron la intervención. Esto nos permitió cuantificar la cobertura del programa en Barcelona y por distritos.

Los indicadores recogidos fueron:

-Escuelas participantes, distrito en el que está ubicada, profesorado participante, aulas en las que se desarrolla el programa 'Parlem-ne; no et tallis!', itinerario implementado en el aula, alumnado que recibe la intervención.

-Datos sobre el profesorado que imparte en el aula el programa: edad, sexo, participación en la formación previa.

-Características del momento y espacio en el que se desarrollan las sesiones y actividades: curso escolar en el que se desarrolla la intervención en el aula, momento de aplicación (trimestre) y espacio educativo.

-Características de la intervención: cumplimiento (si el profesorado ha realizado cada una de las sesiones contenidas en el programa), la fidelidad autodeclarada (tiempo dedicado a cada una de las actividades, comprobando que la dedicación mínima sea de 50 minutos, tiempo mínimo recomendado), uso de otros recursos complementarios, realización de la actividad de entorno propuesta y centro en el que se realiza.

- Satisfacción del profesorado con las actividades desarrolladas: su idoneidad para el alumnado, formación previa recibida, adecuación al alumnado de los contenidos educativos, percepción de haber conseguido los objetivos del programa, percepción sobre la aceptación de las actividades por parte del alumnado e interés mostrado.

- Satisfacción de los profesores con la intervención: puntuación que ellos otorgaban al programa de forma global (0 mínimo, 10 máximo), intención de volver a aplicar el programa en un futuro.

Diseño: Se trata de un estudio de cortes transversales. Se recogieron los anteriores indicadores de diseminación del programa de forma transversal, es decir, para cada curso escolar estudiado (2011-12 hasta 2014-15).

## Capítulo 4. Programa ‘PRESSEC’ y ‘Parlem Clar’

**Primera fase de la investigación: Diseño, resultados de la evaluación del proceso de implementación, de la evaluación de la efectividad y diseminación de los programas ‘PRESSEC’ y ‘Parlem Clar’**

### 4.1. Programa ‘PRESSEC’

#### 4.1.1. Resultados de la evaluación de necesidades

**-Revisión sistemática de programas de prevención del embarazo, las ITS incluida la infección por el VIH/SIDA en jóvenes escolarizados:**

Como ya se ha comentado en capítulos anteriores, se realizó una revisión sistemática de la efectividad de las intervenciones y programas centrados en la prevención del embarazo no deseado así como en la prevención de las ITS, incluida la infección por el VIH/sida (Juárez y Díez, 1999). Esta revisión ya ha sido explicada en el capítulo 2 de esta tesis.

La revisión se realizó como parte de la evaluación de necesidades previa al diseño, implementación y evaluación del programa ‘PRESSEC’. Los elementos identificados como favorecedores de resultados positivos fueron incorporados en el diseño del ‘PRESSEC’.

Los resultados de esta revisión sugirieron que los estudios metodológicamente correctos en cuanto a la evaluación y a la intervención, ofrecían resultados positivos y fue posible señalar que los programas que incluían los elementos descritos por Kirby (1992), como característicos de los programas de quinta generación eran efectivos.

Los elementos deseables en el diseño de intervenciones dirigidas a prevenir el SIDA y que se incorporan en el diseño del programa ‘PRESSEC’ fueron: estar centrado en conductas de riesgo

PARTE TEORICA	
-Modelos teóricos de cambio conductual -Programas de prevención del embarazo, ITS y VIH/SIDA	
PARTE EMPIRICA	
Hipótesis y objetivos	
Procedimientos	Intervenciones
1ª FASE	
-Evaluación de necesidades -Evaluación de la efectividad -Evaluación del proceso de implementación -Diseminación (2004-10)	<b>‘PRESSEC’ (1993)</b> <b>Adolescentes-jóvenes</b> <b>15-16 años</b>
-Reevaluación de necesidades -Evaluación de la efectividad -Evaluación del proceso de implementación -Diseminación (2004-10)	‘Parlem Clar’ (2001) Adolescentes-jóvenes 16-18 años
2ª FASE	
-Reevaluación de necesidades -Evaluación del proceso de implementación -Diseminación (2010-14)	‘Parlem-ne; no et tallis!’ (2010) Adolescentes-jóvenes 16-18 años
Conclusiones	

específicas, usar modelos teóricos reconocidos de base para el diseño (TAS, TCS, TAR), uso de métodos pedagógicos interactivos, incluir la clarificación de valores, la resistencia a la presión social y el entrenamiento en habilidades de comunicación, trabajo de la percepción de riesgos, formación previa de las personas que implementan el programa, contar con un procedimiento de evaluación apropiado, mediante diseños experimentales o cuasi experimentales y medidas de pre-test y post-test.

#### **-Recomendaciones de WHO (WHO, 1992)**

De la revisión de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre las intervenciones dirigidas a reducir las prácticas sexuales de riesgo también se extrajeron otros elementos que sirvieron para el diseño del 'PRESSEC'. Las recomendaciones tenidas en cuenta, y que garantizarían su calidad fueron: las intervenciones debían ser desarrolladas cuando fuera posible, después de proporcionar a los jóvenes una educación afectiva y sexual, tener una duración mínima de cuatro horas, separadas entre sí, utilizar técnicas de aprendizaje dinámicas, ser desarrolladas por personas que habitualmente estén en contacto con los jóvenes (profesorado, educadores, otros jóvenes), partir de las necesidades e intereses de los propios jóvenes, ser implementada entre jóvenes que aún no hayan iniciado las relaciones sexuales con penetración.

#### **-Conducta sexual de los adolescentes-jóvenes**

Para conocer en la medida de lo posible cuales eran las características de la población a la que debía ir dirigido el programa, se estudiaron los resultados de algunas encuestas de ámbito nacional e internacional. Esto permitió identificar un perfil de la conducta sexual de los jóvenes escolarizados y poder decidir con mayor criterio a que curso dirigirse.

Las encuestas españolas hechas a estudiantes en los ámbitos local, autonómico o nacional, realizadas en el momento de iniciar la investigación, señalaron que el inicio de las relaciones sexuales con penetración entre los jóvenes se daba entre los 15 y 16 años. Esta fue la edad de la población diana a la que se dirigió el programa.

## **-Entrevistas hechas a expertos en programas de Promoción de la salud**

Las entrevistas a expertos en programas de promoción de la salud también ayudaron a identificar las necesidades de la población diana y del entorno en el que debía diseñar el programa preventivo.

### **4.1.2. Descripción de la intervención: Estructura de contenidos de la primera versión del programa 'PRESSEC'**

La primera versión del material educativo se compuso de dos módulos, el primero centrado en aspectos biológicos relativos a sexualidad, contracepción, sida, otras ITS, (formado por 2 unidades) y el segundo centrado en aspectos relativos al comportamiento personal (toma de decisiones, descripción de situaciones, estilos de conducta y de comunicación, recursos para afrontar situaciones difíciles y entrenamiento en habilidades de comunicación y asertividad) formado por 6 unidades (ver figura 10).

El módulo centrado en aspectos relativos al comportamiento personal presentó dos niveles diferentes que facilitaron la adaptación del material a las características del alumnado. En ambos niveles se trabajó el mismo tipo de actividades, pero las situaciones planteadas eran diferentes. El nivel 1 trabajó situaciones no relacionadas con el comportamiento sexual, como ir en moto o disponer de intimidad para estudiar. El nivel 2 presentó situaciones relacionadas con el comportamiento sexual de los jóvenes, como por ejemplo mantener o no relaciones sexuales o utilizar o no preservativo.

Las actividades realizadas por los alumnos en la intervención fueron: implementación individual de fichas, trabajo en grupos reducidos, discusión en gran grupo y escenificación de situaciones.

El seguimiento del profesorado sobre el nivel de aprendizaje de cada sesión se hizo mediante la corrección de las fichas que el alumnado realizaba después de cada unidad.

MÓDULO 1	
Aspectos biológicos relativos a sexualidad, contracepción, sida, otras ITS	
Unidad 1	Unidad 2
MÓDULO 2	
Aspectos relativos al comportamiento personal (toma de decisiones, descripción de situaciones, estilos de conducta y de comunicación, recursos para afrontar situaciones difíciles y entrenamiento en habilidades de comunicación y asertividad)	
NIVEL 1	NIVEL 2
Situaciones no relacionadas con el comportamiento sexual	Situaciones relacionadas con el comportamiento sexual
Unidad 1	Unidad 1
Unidad 2	Unidad 2
Unidad 3	Unidad 3
Unidad 4	Unidad 4
Unidad 5	Unidad 5
Unidad 6	Unidad 6

**Figura 10.** Estructura de contenidos de la primera versión del programa 'PRESSEC'

#### 4.1.3. Resultados de la prueba piloto de la primera versión del programa 'PRESSEC'

Durante el curso 1992-1993, los equipos directivos de dos institutos de la ciudad de Barcelona, aceptaron participar en la prueba piloto del módulo relacionado con aspectos de comportamiento personal, entre el alumnado de 2º de BUP.

##### 4.1.3.1. Resultados del cuestionario dirigido al alumnado

El cuestionario fue implementado por el alumnado de uno de los centros antes y después de la aplicación de la intervención en el aula (88 alumnos de 2º de BUP de 15-16 años de edad, 50% chicos, del IES Dr. Puigvert de Barcelona). El alumnado de 2º de BUP del otro instituto implementó el mismo cuestionario sin realizar ninguna intervención, con la finalidad de ampliar el número de casos y comparar eventualmente los resultados (80 alumnos de 2º de BUP, 52% chicos, del IES Joan Boscà. Se presentan los resultados de la prueba piloto sobre 168 alumnos. Un 30,3% del alumnado afirmó haber recibido con anterioridad en alguna ocasión información sobre sexualidad, contracepción, sida y otras ITS (ver tabla 7).

**Tabla 7.** Información previa recibida por el alumnado sobre sexualidad, contracepción, sida y otras ITS. Prueba piloto, programa ‘PRESSEC’

	Intervención		Control		Todos	
	%	n	%	n	%	n
Información previa	22,8	20	38,8	31	30,3	168

En la tabla 8 se observa que un 89,8% del alumnado de 2º de BUP consideró que no todos los métodos contraceptivos eran igual de seguros y un 95,2% que no todos eran igual de perjudiciales para la salud. Un 75,0% afirmó que no todos los métodos evitan las ITS incluyendo el sida, y un 81,9% que la marcha atrás no es un método anticonceptivo seguro. Respecto al uso de un método contraceptivo en las relaciones sexuales con penetración casuales, un 99,4% respondió que su uso es recomendable. El 89,6% del alumnado afirmó que había riesgo en las primeras relaciones sexuales con penetración.

**Tabla 8.** Conocimientos sobre métodos contraceptivos. Prueba piloto, programa ‘PRESSEC’

	Intervención		Control		Todos	
	%	n	%	n	%	n
No todos los MC son igual de seguros	86,4	76	93,8	75	89,8	168
No todos los MC son igual de perjudiciales	94,3	83	96,3	77	95,3	168
No todos los MC evitan las ITS y el sida	73,9	65	76,3	61	75,0	168
La marcha atrás no es un MC seguro	90,8	79	88,4	69	89,6	165
Hay riesgo de embarazo en las primeras RS	85,1	74	78,4	62	81,9	166
Es recomendable el uso del condón en las RS esporádicas	98,9	87	100,0	80	99,4	168

MC: métodos contraceptivos; ITS: infecciones de transmisión sexual; RS: relaciones sexuales con penetración

En la tabla 9 se observa que respecto a la transmisión del VIH, un 97,02% del alumnado afirmó que una persona puede transmitir el VIH u otra ITS aunque no presente síntomas. Un 89,2% contestó que no era posible saber a simple vista si una persona era portadora del VIH u otra ITS.

En relación a los fluidos del organismo capaces de transmitir el VIH: un 99,4% reconoció la sangre, un 96,4% el semen y un 96,4% el flujo vaginal. Respecto a los fluidos del organismo incapaces de transmitir el VIH, el alumnado conocía que la orina (63,4%) y la saliva (79,0%) no lo transmitían.

Un 94,0% del alumnado conocía que los vasos y cubiertos utilizados por una persona infectada no lo transmitía y un 99,4% que dar la mano o un abrazo a una persona infectada por el VIH tampoco. La posibilidad de transmisión del VIH mediante el uso de útiles para el afeitado o el cepillo de dientes utilizados por una persona infectada fue conocida por un 80,9% de los jóvenes.

Un 97,6% del alumnado afirmó que en ese momento el sida no tenía curación, un 91,6% que estaba provocado por un virus y un 94,0% que destruía el sistema de defensa del organismo.

Un 80,2% del alumnado supo que algunas ITS podían provocar esterilidad si no son tratadas.

**Tabla 9.** Conocimientos sobre sida y otras ITS. Prueba piloto, programa 'PRESSEC'

	Intervención		Control		Todos	
	%	n	%	n	%	n
Transmisión sin síntomas	86,5	85	97,5	78	97,0	168
No se ve si una persona es VIH+	84,0	74	95,1	76	89,2	168
Transmisión por sangre	100,0	88	98,8	79	99,4	168
Transmisión por semen	98,8	87	93,8	75	96,4	168
Transmisión por flujo vaginal	97,7	86	95,0	75	96,4	167
No transmisión por orina	66,6	58	59,7	46	63,4	164
No transmisión por saliva	79,3	69	78,8	63	79,0	167
No transmisión por vasos y cubiertos	91,9	80	96,3	77	94,0	167
Transmisión por cepillo de dientes	80,7	71	81,3	65	80,9	168
No transmisión al dar la mano	100,0	88	98,8	79	99,4	168
El sida no tiene curación	98,9	87	96,3	77	97,6	168
El sida es causado por un virus	95,4	83	92,5	74	94,0	167
El VIH destruye el sistema de defensa	98,8	86	97,5	77	98,1	166
Las ITS pueden causar esterilidad	79,3	69	81,3	65	80,2	167

En la tabla 10 se observa que un 85,7% del alumnado mostraron su desacuerdo con el hecho que muchos chicos opinaban que si una chica utilizaba métodos contraceptivos era una chica 'fácil'. Un 95,8% no está de acuerdo en el hecho que una forma de demostrar amor de verdad



es mantener relaciones sexuales con penetración sin utilizar un método contraceptivo. El 69,0% del alumnado afirmó que una persona que rechaza utilizar preservativo es egoísta.

Se aprecia una actitud favorable respecto al uso del preservativo, ya que el 99,4% del alumnado consideró que el preservativo reducía el riesgo de contraer el sida u otra ITS y el 82,6% no consideró difícil obtener preservativos.

Un 95,8% afirmó que el sida se podía prevenir, un 98,8% que las ITS podían afectar las personas jóvenes y a un 96,4% del alumnado les preocupaba contraer el VIH.

**Tabla 10.** Actitudes relativas a métodos contraceptivos y sida. Prueba piloto, programa 'PRESSEC'

	Intervención		Control		Todos	
	%	N	%	n	%	n
Una chica que utiliza MC no es una 'chica fácil'	85,2	75	86,3	69	85,7	168
Tener RC sin utilizar MC no es una forma de demostrar amor de verdad	95,4	84	96,3	77	95,8	168
Los preservativos no son difíciles de conseguir	80,5	70	85,0	68	82,6	167
Una persona que rechaza usar preservativo es egoísta	68,2	60	70,1	56	69,0	168
Me preocupa contraer el VIH	98,8	87	93,8	75	96,4	168
Las ITS pueden afectar a los jóvenes	98,9	87	98,8	79	98,8	168
El preservativo reduce el riesgo de contraer una ITS i el VIH	100,0	88	98,8	79	99,4	168
El contagio por VIH se puede prevenir	95,4	84	96,2	76	95,8	167

MC: métodos contraceptivos; ITS: infecciones de transmisión sexual; RS: relaciones sexuales con penetración

En la tabla 11 se observa que respecto a las actitudes sobre la toma de decisiones, la presión de grupo y la asertividad, un 76,0% del alumnado mostró su desacuerdo ante 'parece apropiado seguir la opinión de la mayoría', un 98,8% afirmó que al tomar una decisión es importante valorar las ventajas y los inconvenientes, y un 77,3% consideró egoísta a una persona que rechaza utilizar preservativo.

**Tabla 11.** Actitudes relativas a la toma de decisiones, presión de grupo y estilo de conducta asertivo. Prueba piloto, programa 'PRESSEC'

	Intervención		Control		Todos	
	%	n	%	n	%	n
No siempre resulta apropiado seguir la opinión de la mayoría	72,4	63	80,0	64	76,0	167
Al tomar una decisión importante valorar ventajas e inconvenientes	97,7	86	100,0	80	98,8	168
Las personas agresivas no consiguen más fácilmente sus objetivos	77,3	68	77,6	62	77,3	168

#### 4.1.3.2. Resultados del cuestionario dirigido a los docentes

El cuestionario recogió aspectos como aceptación de la unidad por parte del alumnado, adecuación del material para facilitar la participación y la motivación del alumnado, grado de participación, lo mejor de la unidad, aspectos negativos de la unidad y cómo se podían evitar, interés de la unidad, objetivos pedagógicos conseguidos y otras sugerencias.

Las opiniones del profesorado participante en la prueba piloto respecto al nivel de conocimientos del alumnado sobre los diferentes contenidos de la intervención, coincidieron con los resultados obtenidos mediante el cuestionario administrado al alumnado: nivel de conocimientos sobre sida alto, nivel de conocimientos sobre métodos contraceptivos bastante altos, actitudes favorables a la prevención.

El nivel de interés mostrado por el alumnado en la implementación de la intervención y el nivel de participación del alumnado fueron en ambos casos muy elevado. Estos resultados indicaron la conveniencia de organizar sesiones relativas a conocimientos, mejorar la recogida de información sobre temas comportamentales e incluir conductas sexuales y expectativas de conducta.

La aplicación de la totalidad de las unidades se llevó a cabo en 5 sesiones de 50 minutos cada una. El profesorado consideró que el alumnado podía asimilar los contenidos de más de una

sesión y en tres ocasiones se desarrollaron dos unidades en la misma sesión. Esto hizo que se redujeran el número de sesiones propuestas, unificando las unidades didácticas tal y como había sugerido el profesorado en la prueba piloto.

#### **4.1.4. Descripción de la intervención: Estructura de contenidos y materiales de la segunda versión del programa 'PRESSEC'**

La prueba piloto realizada sobre la primera versión del 'PRESSEC' y los resultados observados mediante la administración del cuestionario para el alumnado participante, hizo que se diseñara una versión más adecuada y de aplicación más factible del programa 'PRESSEC' que a continuación se describe.

La segunda versión del programa 'PRESSEC' estuvo formada por 7 unidades. Se calculó que la implementación de las actividades que formaban una unidad, requeriría una duración de unos 50 minutos aproximadamente. Esto implicaba que el profesorado necesitaba un total de 7 horas aproximadamente para implementar totalmente la intervención

Los contenidos y materiales educativos que formaron el 'PRESSEC' consistieron (ver figura 11):

-Guía para el profesorado: Las 7 unidades que formaban la intervención fueron muy sistematizadas en términos de objetivos, materiales y métodos.

Unidad 1: conceptos informativos y conocimientos básicos.

Unidad 2: percepción del riesgo de tener un embarazo, de infectarse por una ITS incluida la infección por el VIH/sida.

Unidad 3 y 4: factores que influyen en la toma de decisiones y en las conductas personales.

Unidad 5, 6 y 7: desarrollo progresivo de habilidades de comunicación, necesarias para afrontar situaciones difíciles (conducta asertiva, negociación y afrontamiento de situaciones difíciles).

La mayoría de las actividades pedagógicas se desarrollan en grupos reducidos para incrementar la participación del alumnado y discusiones en gran grupo para llegar a las ideas clave. Incluían ejercicios para realizar una vez acabada la sesión, escenificaciones, etc.

-Material informativo de soporte: contenía información básica sobre los contenidos trabajados en la guía e iba dirigido al profesorado.

-Audiovisual: describía las principales formas de transmisión del VIH/sida, la forma de prevenir las infecciones de transmisión sexual y cómo prevenir el embarazo adolescente. El objetivo del audiovisual era motivar al alumnado y promover la participación y la discusión entre ellos/ellas.

Como parte del programa PRESSEC el profesorado fue formado previamente mediante una sesión de 2 horas de duración, en la cual se fomentaba la revisión y manejo del material y se solucionaban las dudas planteadas respecto a su aplicación posterior en el aula.

<b>FORMACION PREVIA DEL PROFESORADO</b>			
<b>GUIA PARA EL PROFESORADO</b>			
Unidad 1		Unidad 2	
Conceptos informativos básicos sobre MC, ITS y VIH, actitudes		Percepción del riesgo de embarazo, ITS y VIH	
NIVEL 1		NIVEL 2	
Situaciones no relacionadas con el comportamiento sexual		Situaciones relacionadas con el comportamiento sexual	
Unidad 3	Factores que influyen en la toma de decisiones y en las conductas personales	Unidad 3	Factores que influyen en la toma de decisiones y en las conductas personales
Unidad 4		Unidad 4	
Unidad 5	Desarrollo progresivo de habilidades de comunicación, necesarias para afrontar situaciones difíciles (conducta asertiva, negociación y afrontamiento de situaciones difíciles).	Unidad 5	Desarrollo progresivo de habilidades de comunicación, necesarias para afrontar situaciones difíciles (conducta asertiva, negociación y afrontamiento de situaciones difíciles).
Unidad 6		Unidad 6	
Unidad 7		Unidad 7	
<b>MATERIAL INFORMATIVO DE SOPORTE (para el profesorado)</b>			
<b>AUDIOVISUAL 'Joves, Sida i plaer' (informativo, dirigido al alumnado)</b>			

**Figura 11.** Estructura de contenidos y materiales de la segunda versión del programa 'PRESSEC'

#### **4.1.5. Resultados de la evaluación de la efectividad de la segunda versión del programa 'PRESSEC'**

Como ya se explicó en el capítulo 3, en 1993 los servicios personales de los distritos de Barcelona propusieron la participación en la evaluación de la efectividad del programa 'PRESSEC' a la dirección de las escuelas de su distrito. 17 centros escolares de 6 de los 12 distritos de Barcelona aceptaron participar en el estudio.

Antes de entrar a detallar los resultados de dicha evaluación, se presentan los resultados de la encuesta previa a la implementación de la intervención para conocer en mayor medida la población diana a la que se dirigió el programa 'PRESSEC'.

##### **4.1.5.1. Resultados de la encuesta previa a la implementación del 'PRESSEC'**

En un principio la muestra estudiada estuvo formada por 1702 adolescentes de 17 centros escolares de secundaria de Barcelona ciudad, públicos y privados.

Las escuelas participantes se ubicaban en 6 de los 10 distritos de la ciudad de Barcelona. El alumnado de los centros participantes hacían en ese momento BUP, COU, FP, ESO y dos eran escuelas taller. Las escuelas accedieron de forma voluntaria a la experimentación. El alumnado implementó el cuestionario durante el primer trimestre de 1994.

El rango de edad de la muestra fue de 15 a 22 años. Se excluyeron 55 estudiantes mayores de 22 años. Finalmente la muestra se compuso de 785 chicos y 862 chicas de 16 años de edad media. Tal y como se observa en las tablas 12 y 13 no se encontraron diferencias significativas entre sexos, etapa educativa, ni por grupos de edad.

La fiabilidad del cuestionario fue estudiado analizando la coherencia entre las respuestas a dos preguntas (alfa de Cronbach de 0,99 y 0,95).

**Tabla 12.** Escolares del pre-test del programa 'PRESSEC', según edad y sexo

Edad	Chicos		Chicas		Total	
	%	n	%	n	%	n
15-16	49,2	425	50,8	438	52,4	863
17-18	48,4	258	51,6	275	32,4	533
19-20	38,5	45	61,5	72	7,1	117
21-22	42,5	57	57,5	77	8,1	134

Diferencias no significativas

**Tabla 13.** Escolares del pre-test del programa 'PRESSEC', según etapa educativa y sexo

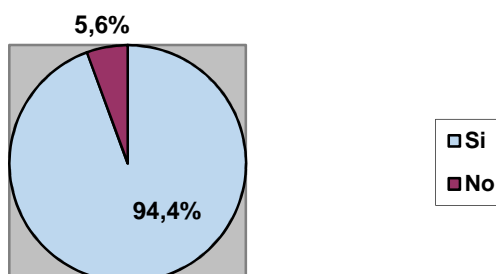
Etapa educativa	Chicos		Chicas		Total	
	%	n	%	n	%	n
BUP	48,7	504	51,3	530	62,8	1034
FP	45,8	281	54,2	332	37,2	613

Diferencias no significativas

Los resultados obtenidos de los 1647 cuestionarios analizados fueron:

Conocimientos:

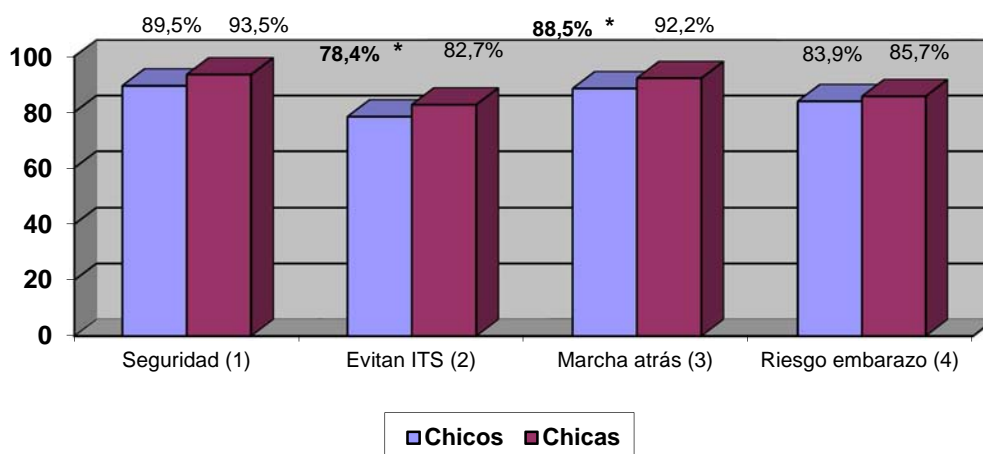
Como se observa en la figura 12, un 94,4% del alumnado (92,7% chicos y 95,9% chicas,  $p < 0,05$ ) afirmó haber recibido en alguna ocasión información sobre alguno de los temas siguientes: sexualidad, contracepción, sida y otras ITS.



**Figura 12.** Han recibido en alguna ocasión información sobre sexualidad, contracepción, sida u otras ITS. Pre- test, evaluación de la efectividad del programa 'PRESSEC'

Un 91,6% del alumnado (89,5% chicos y 93,5% chicas,  $p < 0,01$ ) consideró que no todos los métodos contraceptivos eran igual de seguros y un 80,6% (78,4% chicos y 82,7% chicas,  $p < 0,05$ ) que no todos evitaban las ITS, incluida la infección por el VIH. Un 90,4% (88,5% chicos y 92,2% chicas,  $p < 0,05$ ) opinó a que la marcha atrás no era un método contraceptivo seguro. Respecto al riesgo de embarazo en las primeras relaciones sexuales con penetración, un 84,8% estuvo de acuerdo con dicha afirmación, ver figura 13.

Respecto a la transmisión del VIH, en la tabla 14 se observa que un 94,9% del afirmó que una persona podía transmitir el VIH u otras ITS aunque no presentase síntomas. Un 89,1% respondió que no era posible saber a simple vista si una persona era portadora del VIH u otra ITS (87,2% chicos y 90,9% chicas,  $p < 0,05$ ).



(\*) Diferencias estadísticamente significativas; (1) No todos los métodos contraceptivos son igual de seguros; (2) No todos los métodos contraceptivos evitan las infecciones de transmisión sexual i el VIH/Sida; (3) La marcha atrás no es un método contraceptivo seguro; (4) Hay riesgo de embarazo en las primeras relaciones sexuales con penetración.

**Figura 13.** Conocimientos sobre métodos contraceptivos. Pre-test, evaluación de la efectividad del programa ‘PRESSEC’

Los fluidos del organismo capaces de transmitir el VIH fueron conocidos ampliamente por el alumnado. Un 99,4% reconoció la sangre como vehículo transmisor, un 97,2% el semen y un 94,9% el flujo vaginal (96,3% chicos y 93,8% chicas,  $p < 0,05$ ). Respecto a la orina y la saliva, fluidos del organismo incapaces de transmitir el VIH, reconocieron la no transmisión un 61,1% de los chicos y un 80,5% de las chicas y no se apreciaron diferencias estadísticamente significativas entre géneros.

**Tabla 14.** Conocimientos sobre VIH/sida y otras Infecciones de transmisión sexual (ITS). Pre-test, evaluación de la efectividad del programa 'PRESSEC'

	Chicos		Chicas		p	Total	
	%	n	%	n		%	n
El virus del sida (VIH) y otras ITS se pueden transmitir sin síntomas	95,6	746	94,3	809	N.S.	94,9	1555
A primera vista no se puede saber si un individuo tiene el VIH u otras ITS	87,2	680	90,9	780	<,05	89,1	1460
El VIH se puede transmitir por la sangre	99,1	774	99,7	859	N.S.	99,4	1633
El VIH se puede transmitir por el semen	97,0	756	97,3	837	N.S.	97,2	1593
El VIH se puede transmitir por el flujo vaginal	96,2	751	93,8	806	<,05	94,9	1557
El VIH no se puede transmitir por la orina	59,0	455	63,0	537	N.S.	61,1	992
El VIH no se puede transmitir por la saliva	80,8	630	80,3	687	N.S.	80,5	1317
El VIH no se puede transmitir por el uso de vasos y cubiertos	88,2	689	92,6	798	<,05	90,5	1487
El VIH se puede transmitir por el uso de cepillo de dientes o útiles de afeitado	85,6	666	87,3	750	N.S.	86,5	1416
Las ITS pueden afectar a los jóvenes	98,6	772	98,7	847	N.S.	98,7	1619
Algunas ITS pueden causar esterilidad si no son tratadas	74,4	571	75,4	630	N.S.	74,9	1201

Un 90,5% del alumnado (88,2% chicos y 92,6% chicas,  $p < 0,05$ ) reconocieron la no transmisión del VIH mediante los vasos o cubiertos utilizados por una persona infectada. La posibilidad de transmisión del VIH por medio del uso de los útiles para afeitarse o del cepillo de dientes utilizados por una persona infectada fue conocida por un 86,5% del alumnado. Un 98,7% del alumnado afirmó que las ITS podían afectar a las personas jóvenes y un 74,9% supo que alguna ITS podían causar esterilidad si no son tratadas.

#### Actitudes:

En la tabla 15, un 89,6% del alumnado (91,2% chicos y 88,1% chicas,  $p < 0,05$ ) mostró su acuerdo respecto al hecho que si una chica utiliza métodos contraceptivos no es una chica "fácil". Un 95,7% (93,2% chicos y 98,0% chicas,  $p < 0,05$ ) mostró su acuerdo con que una forma de mostrar amor de verdad era tener relaciones sexuales con penetración utilizando un método contraceptivo.



Se apreció una actitud favorable al uso de preservativo, ya que un 86,6% (83,9% chicos y 89,1% chicas,  $p < 0,01$ ) afirmó que utilizando el preservativo era posible que una pareja tuviese relaciones sexuales satisfactorias, un 93,6% (92,3% chicos y 94,9% chicas,  $p < 0,05$ ) estuvo de acuerdo con que era recomendable para un hombre llevar preservativos y un 89,6% estuvo de acuerdo con que era recomendable para una mujer llevar preservativos. Un 89,1% del alumnado encuestado consideró que los preservativos no eran difíciles de obtener y a un 91,9% del alumnado le preocupaba contraer el VIH.

**Tabla 15.** Actitudes sobre anticoncepción, uso del preservativo i VIH/sida. Pre-test, evaluación de la efectividad del programa 'PRESSEC'

	Chicos		Chicas		p	Total	
	%	n	%	n		%	n
Una chica que utiliza métodos contraceptivos no es una chica 'fácil'	91,2	712	88,1	755	<,05	89,6	1467
Una forma de demostrar amor de verdad es tener relaciones sexuales con penetración utilizando un método contraceptivo	93,2	730	98,0	842	<,001	95,7	1572
Utilizando preservativo es posible que una pareja tenga relaciones sexuales satisfactorias	83,9	655	89,1	763	<,001	86,6	1418
Es recomendable para un chico llevar preservativos	92,3	722	94,9	811	<,05	93,6	1533
Es recomendable para una chica llevar preservativos	89,6	701	89,5	769	N.S.	89,6	1470
Los preservativos son difíciles de obtener	89,3	698	89,0	764	N.S.	89,1	1462
Me preocupa contraer el VIH	92,1	722	91,7	789	N.S.	91,9	1511

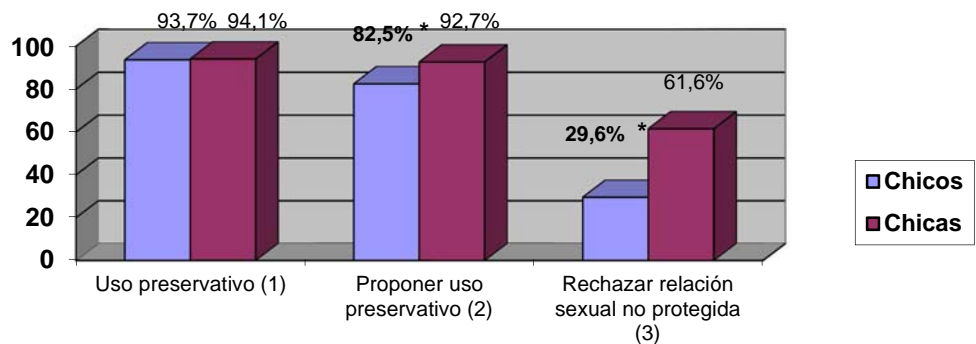
#### Intención de conducta:

Se apreciaron diferencias significativas entre sexos en relación a la intención de conducta. Un 87,8% del alumnado (82,5% chicos y 92,75% chicas,  $p < 0,001$ ) afirmó que propondría a su pareja utilizar preservativos en sus relaciones sexuales con penetración y un 46,3% (29,6% chicos y 61,6% chicas,  $p < 0,0001$ ) rechazaría una relación sexual si su pareja se negara a utilizar preservativo. No se observaron diferencias significativas entre sexos respecto a "si mi pareja me pidiera utilizar el preservativo en nuestras relaciones sexuales, lo utilizaría" y un (29% chicos

y 61,6% de las chicas,  $p < 0,0001$  afirmó que rechazaría una relación sexual si su pareja se negase a utilizar preservativo (ver figura 14).

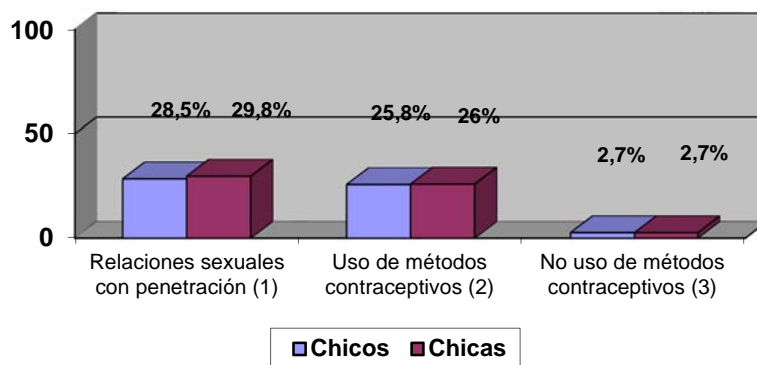
Conducta:

En la figura 15 se observa que un 22,7% del alumnado encuestado afirmó mantener relaciones sexuales con penetración, un 25,8% utilizó algún MC, un 2,6% del alumnado declaró mantener relaciones sexuales con penetración y no utilizar ningún método contraceptivo.



(\*) Diferencias estadísticamente significativas; (1) Si mi pareja me pidiera utilizar preservativo en nuestras relaciones sexuales lo utilizaría; (2) Propondría a mi pareja utilizar preservativo en nuestras relaciones sexuales; (3) Rechazaría una relación sexual si mi pareja se negara a utilizarlo

**Figura 14.** Intención de conducta. Pre-test, evaluación de la efectividad del programa 'PRESSEC'

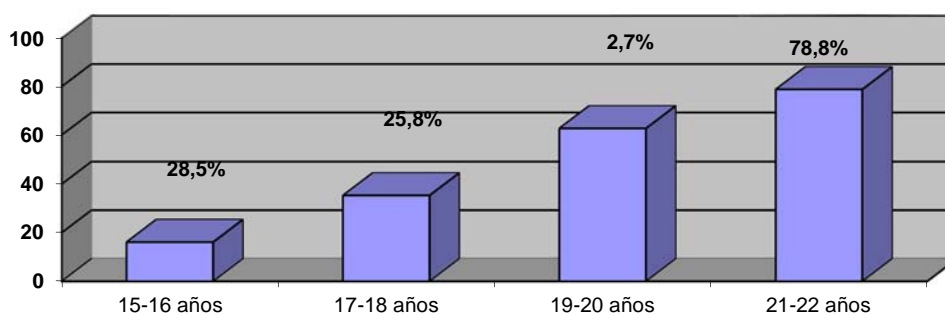


(1) Tienen relaciones sexuales con penetración; (2) Tienen relaciones sexuales con penetración y utilizan algún método contraceptivo; (3) Tienen relaciones sexuales con penetración y no utilizan ningún método contraceptivo.

**Figura 15.** Conductas. Pre-test, evaluación de la efectividad del programa 'PRESSEC'

En la figura 16 podemos observar la conducta sexual de los jóvenes según la edad. Un 16,1% del alumnado de 15-16 años afirmó tener relaciones sexuales con penetración, un 35,3% entre 17 y 18 años, un 62,7% entre 19 y 20 años y un 78,8% entre 21 y 22 años. La diferencia entre estos grupos de edad resultó significativa ( $p < 0,001$ ).

Respecto a la conducta del alumnado según la etapa educativa que cursaban (BUP, COU i ESO, ante FP y otros) se observa que en la tabla 16 que un 21,2% del alumnado de BUP afirmó haber mantenido relaciones sexuales con penetración ante un 44,1% del alumnado de FP. La diferencia entre ambos fue significativa ( $p < 0,001$ ).



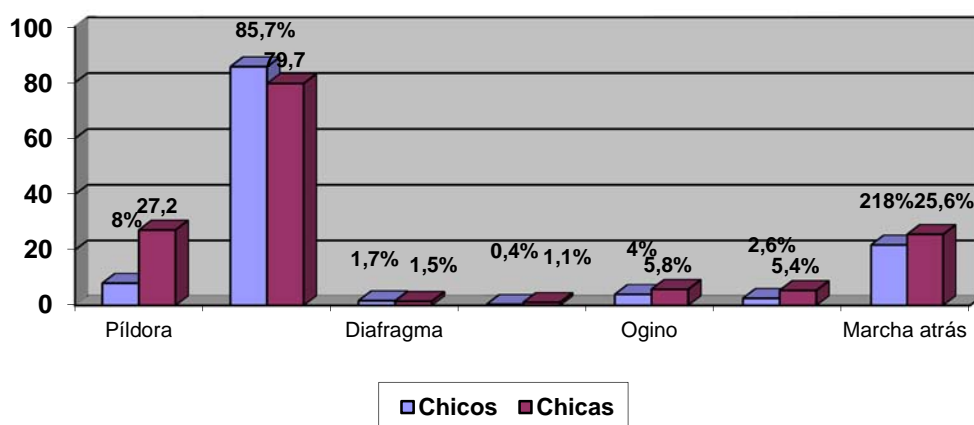
**Figura 16.** Relaciones sexuales según la edad. Pre-test, evaluación de la efectividad del programa 'PRESSEC'

**Tabla 16.** Relaciones sexuales según etapa educativa. Pre-test, evaluación de la efectividad del programa 'PRESSEC'

Relación/Etapa educativa	BUP		FP	
	%	n	%	n
Si	21,2	216	44,1	277
No	78,8	803	55,9	351
Total	61,9	1019	38,1	628

$P < 0,001$

Como se observa en la figura 17 el método más utilizado era el preservativo, un 84,2% del alumnado que tenían relaciones sexuales con penetración declaró utilizarlo (85,7% chicos y 79,7% chicas,  $p < 0,01$ ). La píldora era utilizada por el 18,6% de los encuestados que mantenían relaciones sexuales con penetración, el diafragma por un 1,6%, el DIU por un 0,8%, el método ogino por un 5,09%, un 4,2% utilizaba espermicidas. La marcha atrás era utilizada por un 24,4% del alumnado con relaciones sexuales con penetración). Las respuestas sobre el uso de métodos contraceptivos no eran excluyentes.



**Figura 17.** Uso de métodos contraceptivos. Pre-test, evaluación de la efectividad del programa 'PRESSEC'

#### 4.1.5.2. Resultados del estudio cuasi experimental, con pre y post test y grupos intervención y comparación

El cuestionario previo al desarrollo del programa en el aula, fue implementado por 1673 alumnos y el cuestionario posterior a la intervención por 1561 alumnos. En total se pudieron emparejar 1241 cuestionarios (un 74,2% respecto al cuestionario pre). La concatenación se hizo en base a un código formado por la fecha de nacimiento del alumno/alumna y las iniciales del nombre del padre y la madre. El alumnado mayor de 22 años fue excluido del estudio y finalmente la muestra quedó en 1215 alumnos.

Las escuelas participantes fueron asignadas a tres grupos experimentales: el grupo intervención parcial que desarrolló dos unidades didácticas (unidad 1 y 2); el grupo intervención completa que desarrolló las 7 unidades didácticas que formaban el 'PRESSEC' y el grupo comparación que no desarrollaba ninguna intervención. Los grupos intervención fueron asignados por el equipo investigador teniendo en cuenta la etapa educativa o tipo de estudio (BUP o FP), el nivel socioeconómico del barrio y la disponibilidad horaria del profesorado participante. Un total de 593 estudiantes recibieron la intervención parcial, 220 la intervención completa y 402 no recibieron ninguna intervención. La muestra permitió detectar diferencias de  $\pm 9\%$ , con un poder estadístico del 80% y un nivel de confianza del 95%.

Los efectos de las intervenciones parcial y completa en los conocimientos, las creencias, las actitudes, la autoeficacia y las intenciones fueron estudiadas mediante la diferencia neta (el post test menos el pre test) entre cada intervención y el grupo comparación, con pruebas de comparación de medias (T-test). Los efectos sobre las conductas se midieron mediante la diferencia entre cada grupo intervención y el grupo comparación y pruebas de comparación de proposiciones (test de Chi cuadrado). Este método permitió calcular el efecto de las condiciones experimentales teniendo en cuenta las puntuaciones iniciales de los grupos y la evolución 'natural' del grupo.

La concordancia en las respuestas a 2 ítems repetidos del alumnado fue elevada ( $\alpha=0,99$  para el hecho de tener relaciones sexuales con penetración y  $\alpha=0,95$  para el uso de preservativo). Un 1,2% afirmó haber tenido relaciones sexuales con penetración en el cuestionario pre intervención y negaba haberlas mantenido en el cuestionario post intervención.

En la tabla 17 se presenta el análisis de las diferencias entre los grupos de intervención. No se encontraron diferencias entre las puntuaciones en las escalas del primer cuestionario, excepto en 2 ítems sobre conocimientos, el centrado en el sida, inferior en la intervención parcial y el centrado en el embarazo superior en la intervención completa.

**Tabla 17.** Análisis de las diferencias entre los grupos de intervención en la situación inicial (cuestionario pre). Evaluación de la efectividad del programa 'PRESSEC'

	Control	I. Parcial	I. Completa	F	p
Conocimientos					
Sida	3,41	3,35	3,41	3,5	0,03
ITS	3,47	3,44	3,50	1,4	NS
Embarazo	2,90	2,87	3,01	3,2	0,04
Actitudes					
Preservativo	3,56	3,56	3,55	0,03	NS
Susceptibilidad	3,67	3,67	3,75	1,3	NS
Intención					
Demanda	2,89	2,90	2,93	1,1	NS
Rechazo	2,35	2,33	2,35	0,1	NS
Conducta <span style="float: right;">X<sup>2</sup></span>					
Relac. sexuales	28%	24%	26%	1,9	NS
Uso preservativo	93%	89%	87%	2,9	NS

En la tabla 18 se presentan las puntuaciones medias de las escalas y las proporciones en la situación previa a la intervención (cuestionario pre) y en la situación posterior a la intervención (cuestionario post).

El estudio del cambio neto se puede ver en la tabla 19. A las medias de las diferencias entre el cuestionario post y el cuestionario pre de cada grupo intervención se les resta la diferencia encontrada entre el entre el cuestionario post y el pre del grupo comparación. En la intervención parcial ( $\chi^2=1,4$ ;  $p<0,001$ ) y en el grupo comparación ( $\chi^2=14,2$ ;  $p<0,01$ ) se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el uso de preservativo en los que iniciaron las relaciones

sexuales y los que ya tenían relaciones sexuales al inicio (cuestionario pre); pero los porcentajes se igualaron entre los que fueron objeto de la intervención completa ( $\chi^2=0,7$ ;  $p= 0,4$ ).

**Tabla 18.** Puntuaciones medias de las escalas según el tipo de intervención. Evaluación de la efectividad del programa 'PRESSEC'

	Control		Intervención parcial		Intervención completa	
	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post
<b>Conocimientos</b>						
Sida	3,1	3,43	3,35	3,60	3,42	3,65
Embarazo	3,47	3,54	3,44	3,60	3,49	3,71
ITS	2,90	3,02	2,87	2,95	3,01	3,24
<b>Actitudes</b>						
Preservativo	3,56	3,65	3,56	3,65	3,55	3,68
Susceptibilidad	3,67	3,62	3,67	3,71	3,75	3,71
<b>Intención de conducta</b>						
Demanda	2,89	2,91	2,90	2,93	2,93	2,95
Rechazo	2,35	2,36	2,33	2,42	2,35	2,47
<b>Conducta</b>						
Relaciones sexuales	28%	33%	24%	27%	26%	31%
Uso preservativo	93%	85%	89%	82%	86%	85%
Nuevos <sup>(1)</sup>		62%		65%		79%
Antiguos <sup>(2)</sup>	93%	91%	89%	89%	87%	87%

(1)Nuevos hace referencia a los que iniciaron sus relaciones sexuales con penetración en este periodo. (2) Antiguo hace referencia a los que ya tenían relaciones sexuales con penetración en la situación inicial (pre)

**Tabla 19.** Ganancia neta de las escalas. Evaluación de la efectividad del programa ‘PRESSEC’

	Parcial - Control			Completa – Control		
	Diferencia neta	t	p	Diferencia neta	t	p
<b>Conocimientos</b>						
Sida	0,23	9,27	<0,001	0,21	6,89	<0,001
Embarazo	0,10	3,47	<0,01	0,14	3,52	<0,001
ITS	-0,03	0,55	0,58	0,10	1,41	0,16
<b>Actitudes</b>						
Preservativo	0,04	1,67	0,09	0,08	2,41	0,02
Susceptibilidad	0,06	1,46	0,14	0,01	0,21	0,83
<b>Intención de conducta</b>						
Demanda	0,02	0,94	0,35	0	-0,03	0,97
Rechazo	0,07	1,7	0,08	0,10	1,84	0,06
<b>Conducta</b>			$\chi^2$	$\chi^2$		
Relaciones sexuales	-2%	2,45	0,11	0%	0,03	0,98
Uso preservativo	1%	3,48	0,11	2%	2,36	0,12

#### 4.1.6. Resultados de la evaluación del proceso de implementación del programa ‘PRESSEC’ (1993-94)

##### Resultados del primer curso de implementación del programa ‘PRESSEC’

En total participaron 17 centros escolares de secundaria y 44 profesores. En cuanto a la titularidad del centro, 11 de las 17 escuelas participantes en la experimentación del programa ‘PRESSEC’ fueron públicas y 4 privadas/concertadas. Los centros escolares accedieron voluntariamente a participar y se recogieron todas las demandas recibidas. Según el tipo de



estudio, 11 centros escolares eran de BUP y 6 de FP. Según el grupo experimental quedaron de la siguiente manera: 5 de BUP y 2 de FP en la intervención parcial, 3 de BUP y 3 de FP en la intervención completa y 3 de BUP y 1 de FP en el grupo comparación (ver tabla 20).

**Tabla 20.** Escuelas según etapa educativa que realizaba el alumnado y profesorado participante en la experimentación. Evaluación del proceso de implementación del programa 'PRESSEC', curso escolar 1993-94

	Escuelas según etapa educativa		Profesorado
	BUP	FP	
Intervención parcial	5	20	2
Intervención completa	3	12	3
Control	3	12	1
Total	11	44	6

La proporción de profesoras participantes fue superior a la de profesores del programa PRESSEC en ambos grupos del estudio (tabla 21).

**Tabla 21.** Sexo del profesorado participante. Evaluación del proceso de implementación del programa 'PRESSEC', curso escolar 1993-94

	Sexo del profesorado participante	
	Hombre	Mujer
Grupo del estudio:		
Intervención parcial	5	15
Intervención completa	6	6
Control	1	11
Etapa educativa		
BUP	8	4
FP	17	15

El número de fichas de valoración previa del profesorado fue de 34 sobre las 48 previstas, ya que se pidió al profesorado que si implementaban la intervención a más de un grupo, rellenaran una ficha para cada uno de ellos.

El profesorado participante implemento la intervención en diferentes espacios educativos: ética, religión, EATP, educación física, ciencias naturales, biología, filosofía, tutoría, asignaturas de ciencias y de letras de COU, higiene, administración, automoción, vídeo, laboratorio, electricidad, sanidad, delineación, rotulación, jardinería, etc.

Se pidió al profesorado que indicaran el tiempo que llevaban en la escuela trabajando. Las respuestas obtenidas mostraron que su participación en la experimentación no se vio favorecida por el mentor tiempo en la escuela: 9 profesores hacía menos de un curso que estaban en ese centro escolar, 10 entre 1 y 10 cursos y 15 más de 3 cursos.

A la pregunta 'En general, ¿estás satisfecho de tu tarea educativa?' 26 de los 34 profesores que enviaron las fichas contestaron 'bastante' y 7 'mucho'. Sólo un profesor respondió que estaba 'poco' satisfecho con su tarea educativa y ninguno respondió que estuviera 'nada' satisfecho.

Respecto a si estaban ilusionados con participar en la experimentación del programa PRESSEC, 26 de los 34 contestaron que 'bastante' y 8 'mucho'.

Se realizaron dos preguntas referentes al centro escolar: si había un proyecto educativo integral para la formación del alumnado, a la cual 20 profesores respondieron que 'sí' y 15 que 'no', y la otra referida al ambiente del aula, donde se preguntaba si era abierto, relajado y agradable. A ésta 29 de las respuestas en las fichas previas fue afirmativa.

Respecto al módulo informativo (unidades 1 y 2), el profesorado puntuó de 0 a 10 las tres primeras preguntas de la ficha. En éstas se valoraban diferentes aspectos relativos al alumnado. Las medias de las puntuaciones fueron de 8,4 (aceptación de las sesiones por parte del

alumnado), de 7,2 (adecuación del material para facilitar la participación y motivación del alumnado) y 7,4 (participación activa del alumnado).

En relación a si les había parecido interesante la realización de estas dos sesiones, todo el profesorado participante respondió afirmativamente. En la pregunta en la que se preguntaba si creían haber conseguido los objetivos propuestos por la intervención en relación al alumnado, todos excepto uno contestaron afirmativamente.

Las respuestas a la pregunta sobre lo que les parecía mejor de la unidad se categorizaron en 6 grupos: vídeo (visionado y discusión posterior), tipo de información (visual y escrita correcta e idónea, exposición clara y detallada, realista y bastante objetiva, etc.), el tema trabajado (interés para todos, útil porque lo comentan entre ellos y con otros jóvenes de fuera de la escuela), respecto al alumnado (curiosidad e interés, participativos y motivados), cuestionario (como una pauta para el profesorado) y otros.

Se preguntó al profesorado si creían factible aplicar las unidades en cualquier centro escolar. De los 33 profesores que respondieron a esta pregunta, 32 contestaron 'sí, es factible' (11 respondieron únicamente 'sí' y 21 hicieron comentarios al respecto). Los comentarios más destacados fueron: 'también se podría realizar en cursos inferiores'; 'factible y deseable para cualquier escuela'; 'a partir de los 15-16 años se ha de motivar al alumnado y explicarles la finalidad del trabajo'; 'con algunos alumnos puede resultar más difícil'. Uno de los profesores contestó que no era factible realizar estas unidades en cualquier escuela si no se adaptaba al grupo con el que se quería trabajar.

En relación a las preguntas '¿Has apreciado algún aspecto negativo? ¿Cuál/cuáles? ¿Cómo se podrían evitar?' De los 32 profesores que contestaron, 17 afirmaron no haber encontrado ningún aspecto negativo, los otros 15 hicieron alguna sugerencia. Estas sugerencias se agruparon en 5 categorías: vídeo (dar más importancia a las prácticas sexuales igualmente satisfactorias sin necesidad de penetración), información (algunos alumnos ya estaban muy informados por los medios de comunicación, por haber trabajado el tema en clase o haber utilizado otros documentos sobre el tema anteriormente; en otros centros pensaban que era

necesario profundizar más sobre algunas informaciones), cuestionario (algunas preguntas estaban más expresadas), material (el material se podría presentar de forma más ágil y ser más concreto, será positivo personalizar algunas situaciones en las actividades), otros afirmaban (falta de madurez de algunos alumnos al ver el vídeo y sugirieron que se podría tratar el tema en casa; un profesor afirmó que había prejuicios educacionales y contra los homosexuales en el material).

En cuanto a la valoración del módulo centrado en aspectos comportamentales (unidades 3, 4, 5, 6, 7), el profesorado tenían que puntuar de 0 a 10 las tres primeras preguntas de la ficha, relacionadas con el alumnado.

Se obtuvieron las medias de las puntuaciones de cada pregunta y los resultados fueron los siguientes: la media respecto a la aceptación de las sesiones fue de 7,5; la adecuación del material para facilitar la participación y la motivación del alumnado, de 6,9, y el grado de valoración de la participación activa de los alumnos obtuvo una media de 6,3.

En relación a la pregunta de si les había parecido interesante la realización de estas sesiones, todo el profesorado respondió que 'sí' (n=41). También se les preguntó sobre si creían que habían conseguido los objetivos planteados en la intervención y todos respondieron afirmativamente (n=37).

Lo que consideraron 'lo mejor de las unidades' fue que los alumnos habían estado en general, muy motivados y participativos.

A la pregunta '¿Crees factible aplicar las unidades en cualquier centro escolar?', de 24 profesores que contestaron, todos respondieron únicamente 'sí' y 18 hicieron algún comentario: es factible y deseable en cualquier escuela pero se ha de tener cuidado del ambiente de la clase; desde los 15 años se ha de explicar al alumnado la finalidad del trabajo; dependiendo del alumnado puede resultar más o menos difícil; con alumnos entre 15 y 17 años y también con alumnos con menor madurez.

Respecto a las preguntas '¿Has apreciado algún aspecto negativo? , ¿Cuál/cuáles?, ¿Cómo se podría evitar?', de los 24 profesores que respondieron, 15 afirmaron no haber encontrado ningún aspecto negativo y los otros 9 hicieron alguna sugerencia. Estas se agruparon en dos categorías: el material (la despersonalización de las situaciones se podría evitar dando un nombre a los personajes femeninos y masculinos, en el material se jugaba con iniciales para no concretar el sexo de los protagonistas y de este modo poder plantear diferentes situaciones, algunas situaciones que se repetían se podrían evitar trabajando otras situaciones; alguna situación es poco nueva para algunos alumnos, da la sensación que han estado en situaciones similares; ha costado hacer la elaboración del guion y el análisis y resolución de conflictos) y los alumnos (falta de madurez de algunos alumnos, reír cuando se habla de preservativo, se podría evitar hablando del tema y quitándole importancia; esperaba que algunos alumnos participasen más en las discusiones; otros comentaron que el alumnado era excesivamente extravertidos para escenificar cualquier situación).

En cuanto a la valoración global, se pidió al profesorado que puntuasen de 0a 10 las tres primeras preguntas de la ficha. Estas preguntas valoraban cuestiones referidas al alumnado. Respondieron 25 profesores. Se obtuvieron las medias de las puntuaciones para cada pregunta y los resultados fueron los siguientes: la media respecto a la aceptación de las sesiones por parte del alumnado fue de 8,5 y la participación activa de los alumnos obtuvo una media de 7,5.

Respecto a si les había parecido interesante la realización de la intervención, todos los profesores contestaron afirmativamente (n=22).

Ante la pregunta '¿La realización de alguna sesión te ha hecho sentir incómodo en tu relación con los alumnos?' todos contestaron negativamente (n=22), pero algunos hicieron otros comentarios: hizo más familiar la relación con los alumnos; a medida que hacían el programa, el clima de comunicación y sinceridad ha aumentado; algunos alumnos se sentían más seguros contestando por escrito.

Esta ficha tenía un apartado para que el profesorado pudiera incluir otro tipo de comentarios, como por ejemplo: el programa es más adecuado para la población joven y entre la pubertad y

la adolescencia y también para los primeros cursos de universidad; se encuentra a faltar un programa amplio y eficaz de la administración que resulte idóneo para la prevención del sida, que pueda ser explicado de manera sencilla en clase por el profesorado sensibilizado y con soporte audiovisual para mitigar las carencias que tiene la población joven la gran indefensión ante la tremenda responsabilidad de las primeras relaciones sexuales; este programa hecho desde la clase de ética ha permitido hablar de una cuestión muy importante para los adolescentes como es la sexualidad y considerarla como una cosa natural; el grupo marca mucho el buen funcionamiento de la clase y el aprovechamiento de la información dada; los alumnos en cada sesión se ven más hábiles que en la anterior; he observado respuestas parecidas tanto por parte de los alumnos de letras como de ciencias.

El profesorado considero que las situaciones que se planteaban hacían que los alumnos se implicasen y fuesen espontáneos, ya que consideraban que tenían un lenguaje muy real. Las síntesis de las sesiones fueron consideradas una buena herramienta ya que servía para establecer la metodología seguir. Los materiales fueron útiles para el profesorado para conocer más a sus alumnos, sobre todo las actividades de estilos de conducta. Los casos planteados, el role-playing, las discusiones y el trabajo grupal fueron muy aceptados por el profesorado y el alumnado.

#### **4.1.7. Descripción de la intervención resultante: tercera versión del programa 'PRESSEC'**

Tras la evaluación de la efectividad del programa 'PRESSEC' y la evaluación del proceso de implementación, se introdujeron cambios en el material didáctico. En este apartado presentamos la nueva versión del 'PRESSEC'.

Los objetivos planteados para el profesorado fueron: Facilitar un material educativo que permitiera al profesorado implementar una intervención en el aula, que redujera el riesgo del alumnado a un embarazo no deseado, una ITS incluida la infección por el VIH.



**Figura 18.** Materiales del programa 'PRESSEC'

Los objetivos para el alumnado fueron: Reducir su riesgo a un embarazo no deseado, una ITS incluida la infección por el VIH.

'PRESSEC' proponía una serie de unidades para su intervención en el aula y una actividad de entorno que reforzaba la implementación del profesorado.

La intervención en el aula contó con una guía dirigida al profesorado con el material didáctico necesario para implementar 6 unidades en el aula (ver figura 19).

La unidad 1 y 2 estaban centradas en conocimientos, creencias y actitudes respecto a los métodos contraceptivos, el embarazo, las ITS incluida la infección por el VIH. A partir de la unidad 3 y hasta la unidad 6 los contenidos estaban centrados en el entrenamiento en habilidades de comunicación, toma de decisiones y afrontamiento de situaciones.

Para cada unidad el material del profesorado presentaba el título, el objetivo general, los objetivos específicos, la duración aproximada, orientaciones didácticas y el procedimiento a seguir. Las actividades propuestas fueron individuales o grupales, según la unidad. La intervención contó con diferente material de soporte y un audiovisual 'Joves, sida i plaer'. Unos años más tarde se incorporó otro audiovisual 'De buen rollo'.

Una actividad de entorno desarrollada en un centro de salud sexual y reproductiva reforzaba la intervención del profesorado en el aula. Mediante esta actividad se clarificaban las dudas no resueltas a lo largo de la intervención y se entrenaba la correcta colocación del preservativo.

<b>PROGRAMA 'PRESSEC' Prevención del sida desde la escuela secundaria</b>						
<b>Objetivos para el profesorado:</b> Facilitar un material educativo que permita al profesorado implementar una intervención en el aula que reduzca el riesgo del alumnado a un embarazo no deseado, una ITS incluida la infección por el VIH.						
<b>Objetivos para el alumnado:</b> Reducir el riesgo a un embarazo no deseado, una ITS incluida la infección por el VIH.						
<b>Material Educativo Aula</b>	<b>Guía del profesorado</b>					
	Unidades didácticas	Determinantes que trabaja	Estructura unidades didácticas	Tipo actividades	Material de soporte	Tiempo necesario
	<b>Unidad 1</b> 'Informándonos'	Conocimientos Creencias	<b>Cada unidad presenta:</b>  -Titulo -Objetivo gral. -Objetivos específicos -Duración -Orientaciones didácticas Procedimiento	<b>Individuales:</b>  Implementación cuestionario, fichas, etc.  <b>Grupales:</b>  Visionado video, discusión de casos en pequeño grupo y en gran grupo	Video: 'Joves, sida i plaer'	Tiempo necesario para la implementación en el aula de todas las unidades:  <b>entre 5 y 7 horas</b>
	<b>Unidad 2</b> 'Un grupo de amigos'	Creencias Actitudes				
	<b>Unidad 3</b> '¿Quién toma las decisiones?'	Norma subjetiva				
	<b>Unidad 4</b> '¿Un estilo nuevo de comunicación?'	Autoeficacia Habilidades comunicación				
	<b>Unidad 5</b> 'y entonces... ¿Qué hago?'	Autoeficacia Habilidades afrontamiento situaciones				
	<b>Unidad 6</b> 'Escenifiquemos'	Autoeficacia (entrenamiento habilidades)				
<b>ACTIVIDAD DE ENTORNO</b>						
<b>Visita a centro de salud sexual y reproductiva</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Conocimiento del recurso</li> <li>-Conocimiento de los profesionales</li> <li>-Resolución de dudas respecto a sexualidad y afectividad</li> <li>-Entrenamiento de habilidades de colocación del preservativo</li> </ul>					

**Figura 19.** Estructura y contenidos del Programa 'PRESSEC': versión tras la evaluación de la efectividad y del proceso de implementación



#### 4.1.8. Resultados de la diseminación y de la evaluación del proceso de implementación del programa 'PRESSEC' (2004-10)

##### 4.1.8.1. Evolución de la cobertura en la diseminación del programa 'PRESSEC', cursos escolares del 2004-05 al 2009-10

El número de centros escolares que participó y desarrolló el programa 'PRESSEC' desde el curso escolar 2004-05 hasta el 2009-10 fue variable. Se observaron valores entre 44 y 87 centros escolares. La media de centros a lo largo de este periodo fue de 62,5 centros escolares de secundaria obligatoria de la ciudad de Barcelona. El porcentaje de centros sobre los que contamos información (cobertura) fue lógicamente también variable, mostrando valores entre un 18,5% de centros participantes respecto a los inscritos de la ciudad de Barcelona, hasta un 38% (ver tabla 22).

**Tabla 22:** Evolución de la cobertura en la diseminación del programa 'PRESSEC', cursos escolares del 2004-05 al 2009-10

Indicador/curso	Curso 2004-05	Curso 2005-06	Curso 2006-07	Curso 2007-08	Curso 2008-09	Curso 2009-10
Escuelas Participantes	61	57	44	51	87	72
Cobertura escuelas	24.8%	23.2%	18.5%	21.5%	38%	33%
Número profesorado	104	102	75	92	80	87
Número aulas	121	113	78	100	90	88
Número alumnos	2758	2768	1938	2485	3250	3525
Cobertura alumnos	30,8%	31%	22%	28%	36,3%	39,4%

El número de profesores y profesoras que implementó el programa en el aula desde el curso escolar 2004-05 hasta el 2009-10 fue variable. Se observaron valores entre 75 y 104 profesores/as. La media de profesorado participante a lo largo de este periodo fue de 90.

El número de aulas en las que se desarrolló el programa en el curso escolar 2004-05 hasta el 2009-10 fue variable. Se observaron valores entre 78 y 121 aulas. La media de aulas participantes a lo largo de este periodo fue de 98,3.

El número de alumnos que recibió la intervención desarrollada por el profesorado desde el curso escolar 2004-05 hasta el 2009-10 osciló entre 1938 y 3525 escolares. La media de alumnos y alumnas que recibieron la intervención fue a lo largo de este periodo de 2787 alumnos de centros escolares de secundaria obligatoria de la ciudad de Barcelona. La cobertura de alumnado osciló entre un 22% y un 39,4% con respecto al alumnado de centros de secundaria obligatoria de la ciudad de Barcelona.

#### 4.1.8.2. Datos sobre el profesorado que imparte en el aula cada uno de los programas: edad, sexo, participación en la formación previa

La edad media del profesorado que desarrolló el programa 'PRESSEC' fue de 42,9 años con valores entre 24 y 66 años de edad. A lo largo de los cursos escolares el porcentaje de profesoras participantes fue superior al de profesores. Los valores de profesoras oscilaron entre un 60,0% de profesoras participantes a un 66,1%, siendo la media de 63,3% frente a un 36,2% de profesores (ver tabla 23).

**Tabla 23.** Características del profesorado participante, programa 'PRESSEC', cursos escolares del 2004-05 al 2009-10

Curso/profesorado	Edad	Hombre	Mujer	Formación última convocatoria	Otras convocatorias	Nunca
2004-05	43,7 ( -- )	33,9%	66,1%	16,1%	33,9%	50,0%
2005-06	44,7 (24-63)	38,3%	61,7%	27,0%	40,0%	33,0%
2006-07	42,6 (22-64)	39,7%	60,3%	13,0%	37,7%	49,4%
2007-08	41,4 (24-63)	34,0%	66,0%	15,0%	36,0%	49,0%
2008-09	43,0 (25-66)	40,0%	60,0%	34,0%	36,0%	30,0%
2009-10	42,5 (27-64)	31,6%	65,8%	43,0%	0%	57,0%

Se preguntó al profesorado si habían asistido a la formación previa del programa. Esta formación fue realizada por el equipo de investigación, tuvo una duración de 4 horas y se consideró parte de la intervención debido a su importancia para el conocimiento del programa, sus contenidos, las actividades propuestas y las posibles soluciones ante dificultades concretas.

Las respuestas a lo largo de los cursos estudiados fueron variadas, entre un 13,0% y un 43% del profesorado afirmó haber asistido a la última convocatoria de formación con una asistencia media de un 24,6%. Entre un 33,9% y un 40,0% afirmaron haber asistido a convocatorias anteriores, se ha de tener en cuenta que la evaluación del programa se realizó en el curso 1993-94 y ya desde ese momento se realizaron talleres de formación cada curso escolar. La media de asistencia fue de un 30,6%. Entre ambas respuestas se observó que un 55,2% del profesorado participante a lo largo de los cursos estudiados había sido formado previamente. Entre un 30,0% y un 57,0% del profesorado participante afirmó no haber asistido al taller de formación previo en ningún momento, siendo la media de no asistencia de un 44,7% (ver tabla 23).

Es importante destacar que algunos centros escolares optaban según sus posibilidades, de enviar a un profesional de la escuela (tutor/a, coordinador/ pedagógico/, etc.) en lugar de enviar a todo el equipo de profesores/as para que éstos/as asistentes formaran al resto en el centro escolar.

#### **4.1.8.3. Características de la implementación (etapa educativa y espacio educativo de aplicación), en la diseminación del programa 'PRESSEC', cursos escolares del 2004-05 al 2009-10**

Aunque desde la evaluación del programa 'PRESSEC' se recomendó su aplicación en 4ºESO, su desarrollo en el aula se hizo en diferentes etapas educativas, según las características de los jóvenes y según la preferencia del profesorado.

Desde el curso escolar 2004-05 hasta el curso 2009-10 un 16,7% de media lo aplicó en 3º de ESO con valores entre un 14,3% y un 19,8%; un 78,9% en 4º de ESO (66,9%-85,7%); un 2,3% en 1º de Bachillerato (0%-7,4%); un 0,6% en 2º de Bachillerato (0%-1,7%); un 0,7% en Módulos formativos (0%-2,5%) y un 0.3% en otros cursos (0%-2,0%) (Ver tabla 24).

Respecto al espacio educativo en el que se desarrollaron las sesiones que forman el programa 'PRESSEC', el más utilizado fue a lo largo de los cursos estudiados el espacio de tutoría. Entre los cursos escolares 2004-05 y 2009-10 una media de un 82,7% del profesorado de las aulas

participantes lo aplicaron en tutoría (77,9%-88,6%); un 9,8% en Lengua catalana y Lengua castellana (1,3%-14,2%); un 4,8% en Ciencias naturales (2,6%-6,0%) y un 2,0% en Ética (0%-3,0%) (Ver tabla 25).

**Tabla 24.** Etapa educativa de aplicación en la diseminación del programa 'PRESSEC', cursos escolares del 2004-05 al 2009-10)

Curso/etapa educativa	3ª ESO	4ª ESO	1ºBACH.	2ºBACH.	Módulos formativos	Otros
2004-05	19,8%	66,9%	7,4%	1,7%	2,5%	0%
2005-06	15,6%	78,0%	3,7%	0,9%	1,8%	0%
2006-07	14,3%	85,7%	0%	0%	0%	2,0%
2007-08	16,0%	78,0%	3,0%	1,0%	0%	0%
2008-09	16,0%	84,0%	0%	0%	0%	0%
2009-10	19,0%	81,0%	0%	0%	0%	0%

**Tabla 25.** Espacio educativo de aplicación en la diseminación del programa 'PRESSEC', cursos escolares del 2004-05 al 2009-10

Curso/ espacio	Tutoría	Ética	Filosofía	Ciencias Naturales	Otros (Lengua Catalana, Castellana, etc.)
2004-05	81,8%	2,5%	0,9%	5,8%	9,1%
2005-06	77,9%	2,7%	0%	4,4%	14,2%
2006-07	85,9%	1,3%	0%	2,6%	10,3%
2007-08	82,0%	3,0%	0%	5,0%	10%
2008-09	80,0%	0%	0%	6,0%	14,0%
2009-10	88,6%	2,6%	0%	5,2%	1,3%

#### 4.1.8.4. Características de la implementación (cumplimiento, fidelidad autodeclarada y recursos) en la diseminación del programa 'PRESSEC', cursos escolares del 2004-05 al 2009-10

Se analizó si el profesorado participante había desarrollado cada una de las unidades didácticas propuestas. Se utilizaron 3 preguntas: si había hecho o no la unidad, cuanto tiempo había dedicado a cada una y el tiempo total de la intervención en el aula.

La segunda pregunta nos sirvió para asegurar que se había dedicado el tiempo mínimo recomendado para cada una de las unidades que afirmaron haber realizado (50 minutos). De esta forma los porcentajes que se ofrecen en las tablas garantizan el cumplimiento y la fidelidad autodeclarada de los datos. El tiempo total dedicado indicó que en el caso del programa 'PRESSEC' dedicaron en tres de los cinco cursos escolares estudiados (de uno no se disponen estos datos) de casi el doble del tiempo previsto.

Un 90,0% de media del profesorado participante y del cual se disponía de ficha de valoración, afirmó haber desarrollado la unidad 1, sus valores oscilaron entre un 82,0% y un 100% (ver tabla 26). Para la unidad 2 se obtuvo una media a lo largo de los 6 cursos estudiados de un 82,9% con valores entre un 74,0% y un 90,7% de profesorado participante que desarrolla la unidad. Para la unidad 3 se observó una media de 79,1% con valores entre 67,0% y 93,2%. Para la unidad 4 una media de 58,8% de profesorado afirmó haber desarrollado la unidad en el aula, con valores entre 44,0% y 78,7%. La unidad 5 fue realizada por un 57,0% de media y con valores entre 25,0% y 72,9%. Por último la unidad 6 fue desarrollada por un 37,3% del profesorado participante a lo largo de los cursos escolares estudiados, con valores entre (19,0% y 47,2%). Se observó una bajada paulatina del cumplimiento de las unidades, desde la primera a la sexta.

**Tabla 26.** Cumplimiento de cada unidad del programa 'PRESSEC', cursos 2004-05 al 2009-10

Curso/ sesión	Unidad 1	Unidad 2	Unidad 3	Unidad 4	Unidad 5	Unidad 6
<b>2004-05</b>	92,0%	90,7%	93,2%	78,7%	72,9%	47,2%
<b>2005-06</b>	100%	90,1%	86,1%	72,2%	70,1%	44,4%
<b>2006-07</b>	89,0%	82,2%	75,3%	65,8%	66,7%	40,6%
<b>2007-08</b>	85,0%	74,0%	67,0%	44,0%	53,0%	19,0%
<b>2008-09</b>	82,0%	76,0%	76,0%	47,0%	25,0%	41,0%
<b>2009-10</b>	92,4%	84,8%	77,2%	45,6%	54,4%	31,6%

A la realización de cada sesión se ha dedicado un mínimo de 50 minutos

Se observó que el profesorado dedicó una media de 11h 13 minutos como media para la realización de las unidades (ver tabla 27). Un dato que como hemos dicho es superior al previsto ya que la realización de las seis unidades propuestas para el aula pueden de hecho desarrollarse en unas 5-7 horas.

**Tabla 27.** Dedicación media del programa 'PRESSEC', cursos 2004-05 a 2009-10

Curso/ Programa	'PRESSEC'
2004-05	12h 13 min
2005-06	12h 12 min
2006-07	12h
2007-08	8h 20 min
2008-09	---
2009-10	9h 20 min

Como explicamos anteriormente se propuso la realización de una actividad de entorno como parte del desarrollo del programa 'PRESSEC', se trató de la visita a un centro de planificación familiar o centro de atención afectiva y sexual. Se dieron dos posibilidades, concertar una visita en el CJAS (Centro Jove d'Anticoncepció i Sexualitat) (ONG) o bien organizar una visita al centro de atención afectiva y sexual más cercano al centro escolar (centros públicos). Cada profesor/a podía escoger el centro a visitar, pero se debía tener en cuenta que el número de visitas (talleres) en el caso del CJAS estaba limitado por la subvención que recibían para ello. En el caso de querer ir al CJAS, el centro escolar y en su caso el profesorado debía decidirlo pronto y contactar lo antes posible. Aun así en ocasiones, centros interesados se quedaron sin actividad de entorno para su alumnado si es que no querían ir al centro público más cercano a la escuela. La preferencia del profesorado por acceder al CJAS dio pie a un estudio de valoración de todos los recursos para conocer si se daban diferencias significativas entre ambos y poder actuar en consecuencia. Este estudio se presentará en capítulos posteriores.

Se carecen de datos sobre la asistencia o no del alumnado a la actividad de entorno respecto a los cursos escolares 2008-9 y 2008-10. Para el resto de cursos se obtuvo una media de asistencia de un 48,1% con valores entre un 46,3% y un 52,9% (ver tabla 28). De estos grupos que asistieron a un centro de atención afectiva y sexual, una media de un 58,3% asistió al CJAS.

Otra de las preguntas de la ficha de valoración que el profesorado implementaba una vez finalizado el desarrollo del programa en el aula, recogió el uso de recursos complementarios a las unidades propuestas. Se trata de recursos del tipo prensa, periódicos y revistas, libros de

texto, créditos variables, vídeos, películas, uso de internet y realización de una conferencia o una charla. Esta pregunta fue eliminada de la ficha de valoración a partir del curso 2008-9 por lo que no se dispone de información para dos de los 6 cursos escolares estudiados. Para el resto se observó que el recurso complementario más utilizado en todos los cursos fue el uso de libros, artículos y materiales de Créditos variables escolares (ver tabla 29). En segundo lugar el recurso más utilizado como complemento a las actividades propuestas por el 'PRESSEC' fue el uso de videos y películas. La media de uso a lo largo de los cuatro cursos escolares sobre los que se dispusieron datos respecto al uso de libros, artículos y materiales de créditos variables escolares fue de 80,4% (67,0%-93,2%); para el uso de videos y películas fue de 14,2% (7,8%-19,8%); para el uso de prensa, diarios, revistas fue de un 5,1% (3,4%-9,9%); para el uso de conferencias y charlas fue de 2,9% (1,7%-5,4%) y para el uso de internet fue de 2,4% (0%-5,4%).

**Tabla 28.** Cumplimiento sesión entorno (visita a un Centro de Atención Afectivo Sexual) del programa 'PRESSEC', cursos 2004-05 a 2009-10

Curso/ Programa	'PRESSEC'
2004-05	46,6% (80,9% CJAS)
2005-06	46,9% (58,3% CJAS)
2006-07	52,9% (45,3% CJAS)
2007-08	46,3% (48,8% CJAS)
2008-09	---
2009-10	---

Visita al recurso: CJAS vs Centro de Atención Afectiva y Sexual cercano a su centro escolar.

**Tabla 29.** PRESSEC. Uso de recursos complementarios al programa 'PRESSEC', cursos 2004-05 a 2009-10

Curso/ RR	Diarios	Videos	Libros	Internet	Charla
	Prensa	Películas	Artículos Crédito v.		
2004-05	3,4%	17,5%	93,2%	0%	1,7%
2005-06	9,9%	19,8%	86,1%	5,4%	5,4%
2006-07	3,4%	7,8%	75,3%	1,3%	2,6%
2007-08	4,0%	712,0%	67,0%	3,0%	2,0%
2008-09	---	---	---	---	---
2009-10	---	---	---	---	---

#### **4.1.8.5. Otras variables que nos permiten valorar la satisfacción del profesorado con las actividades desarrolladas en la disseminación del programa 'PRESSEC', cursos escolares del 2004-05 al 2009-10**

Siete variables diferentes permitieron valorar la satisfacción del profesorado a lo largo de los cursos escolares estudiados (satisfacción del profesorado con las actividades desarrolladas, su idoneidad para el alumnado, la formación previa recibida, los contenidos educativos adecuados, su percepción sobre si piensan que han conseguido los objetivos del programa, su percepción sobre la aceptación de las actividades por parte del alumnado e interés mostrado). El profesorado debía puntuar cada uno de los aspectos con puntuaciones de 0 (puntuación mínima) a 10 (puntuación máxima). Las tablas presentan las puntuaciones medias de las valoraciones otorgadas por el profesorado a cada uno de los aspectos, una vez realizada la intervención en el aula. Para obtener estos resultados se han utilizado como en el resto de variables los cuestionarios autoadministrados enviados.

La puntuación media en relación al interés mostrado por el alumnado fue de 7,0 mostrando valores entre 7,0 y 7,2. Respecto a la aceptación global de la intervención por parte del alumnado, el profesorado percibe una buena aceptación puntuando con un 7,5 de media (7,2-7,8). El profesorado valoró el grado de participación medio del alumnado con un 7,2 mostrando valores entre 7,0 y 7,6. La media observada en relación a la idoneidad de la intervención teniendo en cuenta la edad del alumnado fue de 7,5 con valores entre 7,4 y 7,8. Se observó una valoración media de un 7,4 respecto a la adecuación de los contenidos para el alumnado (7,1-7,6). Se pidió al profesorado que valorara la formación previa recibida en relación a su posterior desarrollo en el aula y mostró un valor medio inferior a los anteriores. Esta variable se puntuó con un 6,9 de media con valores entre 6,5 y 7,1. Finalmente se pidió que valoraran la satisfacción global con el programa 'PRESSEC' y la puntuación media obtenida fue de un 7,2 con valores entre 6,9 y 7,5 (ver tabla 30).

Otras variables que valoraron la satisfacción del profesorado con la intervención fueron: el interés en volver a aplicar el Programa, soporte recibido para su aplicación a nivel escolar, por parte de las profesionales del Servicio de Salud Comunitaria y por parte del equipo de investigación.



**Tabla 30.** Valoración del programa 'PRESSEC' por parte del profesorado, cursos 2004-05 a 2009-10

Curso/ aspecto	Interés alumnos	Aceptación global alumnos	Grado participación alumnos	Idóneo edad alumnos	Contenidos adecuados	Formación previa respecto aplicación	Satisfacción global prog.
2004-05	7,1	7,4	7,1	7,8	7,1	7,1	6,9
2005-06	7,1	7,8	7,2	7,6	7,6	7,0	7,5
2006-07	7,2	7,4	7,1	7,8	7,6	6,5	7,2
2007-08	7,1	7,6	7,3	7,5	7,5	6,9	7,4
2008-09	7,0	7,6	7,6	7,4	7,7	6,9	7,4
2009-10	6,9	7,2	7,0	7,4	7,4	7,1	7,2

Aspectos de valoración de la intervención (percepción profesorado). Puntuación de 0 a 10 (0 mínimo y 10 máximo). Puntuaciones medias.

El porcentaje medio observado a lo largo de los cursos escolares estudiados, en relación al interés mostrado por el profesorado respecto a volver a aplicar el programa 'PRESSEC' fue alto (ver tabla 31). Un 93,4% del profesorado participante entre los cursos 2004-5 y 2009-10 afirma estar interesado en volver a aplicarlo en cursos posteriores. Se observaron valores entre un 85,8% y un 97,5%.

**Tabla 31.** Intención de volver a aplicar el programa e interés en recibir la evaluación del programa 'PRESSEC', cursos 2004-05 al 2009-10

Curso/ aspecto	Interés en volver a aplicar el programa PRESSEC	
	si	No
2004-05	85,8%	14,2%
2005-06	97,5%	2,5%
2006-07	95,0%	5%
2007-08	95,7%	4,3%
2008-09	92,0%	6%
2009-10	94,9%	5,1%

En relación al soporte recibido para desarrollar el Programa, los porcentajes medios fueron también altos, aunque no se contó con esta información para los cursos 2008-09 y 2009-10 (ver tabla 32). Un 88,6% del profesorado participante afirmó que recibió un soporte suficiente por parte del centro escolar, con valores entre 83,6% y 93,2%. El soporte recibido por las profesionales del Servicio de Salud Comunitaria obtuvo un valor medio de 87,9% con valores entre 81,3% y 95,8%. El soporte recibido por el equipo de investigación recibió un valor medio de 87,2 con valores entre (80,2% y 91,7%).

**Tabla 32.** Soporte recibido para aplicar el programa ‘PRESSEC’, cursos 2004-05 al 2009-10

	Soporte centro escolar	Soporte SESAC	Soporte Equipo investigación
<b>2004-05</b>	92,5%	95,8%	88,4%
<b>2005-06</b>	93,2%	91,5%	91,7%
<b>2006-07</b>	83,6%	83,3%	88,7%
<b>2007-08</b>	85,3%	81,3%	80,2%
<b>2008-09</b>	---	---	---
<b>2009-10</b>	---	---	---

Respuesta afirmativa

#### **4.1.8.6. Otros comentarios del profesorado en la diseminación del programa ‘PRESSEC’, cursos escolares del 2004-05 al 2009-10**

A lo largo de los cursos escolares estudiados y mediante el cuestionario de evaluación del profesorado, se recogieron también resultados cualitativos, valoraciones y opiniones acerca de aspectos concretos del programa (ver anexo, documento 1). Los principales resultados fueron:

En el curso 2004-2005 se identificó la dificultad en contactar y organizar la visita al centro de salud sexual y reproductiva. En el curso 2005-06 el profesorado comentó que se hacía necesario actualizar los audiovisuales utilizados en el programa. Durante el curso 2006-07, El profesorado nos especificó otros materiales que utilizaban como refuerzo para el desarrollo de alguna unidad: películas, juegos, noticias de prensa, etc. Durante el curso 2007-08 el profesorado expuso la necesidad de actualizar contenidos y materiales. Propone la incorporación de

actividades más breves y que permitan una mejor planificación. Lo que más destaco durante el curso 2008-09 fue que el profesorado afirmo que lo que más le había gustado era la dinámica generada por el programa en el aula y el poder hablar con el alumnado de estos temas. En el curso 2009-10 se repitió esta última valoración y destacó la valoración positiva de la visita al centro de salud sexual y reproductiva.

## 4.2. Programa 'Parlem Clar'

### 4.2.1. Resultados de la evaluación de necesidades

Como parte de la reevaluación de necesidades previa al diseño del programa 'Parlem Clar', se realizó una revisión de los resultados obtenidos por el programa 'PRESSEC', que ya hemos comentado en apartados anteriores.

Los resultados y recomendaciones surgidas sirvieron para partir de unos conocimientos y experiencia indispensable para diseñar el programa 'Parlem Clar'.

El programa 'Parlem Clar' dirigido a jóvenes de mayor edad (Bachillerato y Ciclos Formativos) incorporó mejoras y acciones diferentes a las utilizadas en el Programa 'PRESSEC' basándose en los aprendizajes de todo el proceso anterior.

El programa 'Parlem Clar', diseñado en el 2001, partió de las recomendaciones de la OMS y otros estudios y facilitó la participación activa de los jóvenes (*peers*) en la implementación de las unidades didácticas que lo formaban.

Se utilizaron las estrategias que habían funcionado mejor y se mejoraron aquellas que habían demostrado limitaciones en la evaluación del 'PRESSEC'. También se incluyeron estrategias novedosas como el introducir a los '*peers*' jóvenes de la propia aula, seleccionados por ser los

PARTE TEORICA	
-Modelos teóricos de cambio conductual -Programas de prevención del embarazo, ITS y VIH/SIDA	
PARTE EMPIRICA	
Hipótesis y objetivos	
Procedimientos	Intervenciones
1ª FASE	
-Evaluación de necesidades -Evaluación de la efectividad -Evaluación del proceso de implementación -Diseminación (2004-10)	'PRESSEC' (1993) Adolescentes-jóvenes 15-16 años
-Reevaluación de necesidades -Evaluación de la efectividad -Evaluación del proceso de implementación -Diseminación (2004-10)	'Parlem Clar' (2001) Adolescentes-jóvenes 16-18 años
2ª FASE	
-Reevaluación de necesidades -Evaluación del proceso de implementación -Diseminación (2010-14)	'Parlem-ne; no et tallis!' (2010) Adolescentes-jóvenes 16-18 años
Conclusiones	

líderes sociales del grupo, como parte del equipo, junto al profesorado que desarrollaría las actividades en el aula, dándoles mayor protagonismo. Estos jóvenes eran formados previamente al igual que el profesorado para capacitarlos en el desarrollo posterior de las acciones del programa 'Parlem Clar'.

Por otro lado, un gran número de estudios que evaluaban la efectividad de las intervenciones educativas en el marco de la prevención recomendaban la introducción de acciones complementarias a las intervenciones diseñadas para ser aplicadas en el aula. Como otras intervenciones de promoción de la salud en la escuela, la introducción de medidas en el entorno escolar aumentaba los efectos positivos de las intervenciones convencionales en el aula (Kirby, 1992).

#### **4.2.1.1. Conducta sexual en los adolescentes-jóvenes de Barcelona**

El diseño del cuestionario FRESC 96, así como sus resultados, ya han sido expuestos en el capítulo 2 de la presente tesis. Todo y haberlos presentado como parte del marco teórico, para comprender las características de los adolescentes-jóvenes que forman la población diana de la tesis, temporalmente formó parte de la reevaluación de necesidades que nos llevaron al diseño del programa 'Parlem Clar'.

FRESC 96 (Factores de Riesgo en la Escuela Secundaria), documentó los comportamientos asociados a la transmisión sexual del sida y sus determinantes, según el modelo ASE. Describió las conductas e intenciones de conducta relacionadas con la transmisión sexual de sida, de otras infecciones de transmisión sexual y del embarazo en los estudiantes secundaria y relación entre el uso (o la intención de uso) de preservativos con algunas actitudes, creencias y experiencias anteriores.

Del trabajo se desprendieron algunas recomendaciones útiles para la práctica clínica y el desarrollo de intervenciones preventivas, que fueron utilizadas a lo largo de la investigación. Los jóvenes que no tenían relaciones podían beneficiarse de consejo u otras intervenciones

educativas dirigidas a que percibieran que lo normal, lo mayoritario, era que los jóvenes mantuviesen relaciones con preservativo. Además, era positivo recordarles que en algún momento cada uno tendría una pareja y que esta pareja esperaba que quieran usar preservativos. El grupo de amigos favorecía el uso del preservativo, y podía ser muy útil promover actitudes favorables en grupos, en las escuelas u otros ámbitos.

Otro aspecto importante fue que se debía reforzar la anticipación de beneficios en cuanto a prevenir infecciones y embarazo, especialmente entre las chicas, que debían mantener el uso de preservativo con la pareja estable, presumiblemente sana, y alertar de las indeseables consecuencias del *coitus interruptus*. Los varones se podían beneficiar de ver, practicar y poner preservativos, para usarlos con tranquilidad con su pareja habitual. Por último, los dos sexos se podían beneficiar del recurso de negarse a mantener relaciones sin protección, cosa que se podía practicar proponiendo alternativas protegidas.

#### **4.2.1.2. Resultados de la recopilación y valoración de programas de prevención del SIDA en la Escuela Secundaria:**

Los resultados obtenidos de la recopilación y valoración de programas de prevención del SIDA en la escuela secundaria (Fernández, Juárez y Díez, 1999) fueron:

Se incluyeron 19 programas. Un 74% fueron programas educativos de prevención del sida dirigidos a los alumnos y un 26% programas de educación afectivo-sexual que incluían, en parte, la prevención del sida.

Los programas de prevención del sida procedieron de distintas CCAA. Cuatro de ellas adaptaron materiales desarrollados en otras CCAA. A partir de 1995 creció el número de publicaciones y en ese último período se editaron la mitad de los programas. El 93% de los programas se publicaron sólo en castellano o bien simultáneamente en castellano y otra lengua oficial. Un 93% especificó la edad o el nivel escolar de la población diana del programa. Entre los programas predominaron los siguientes objetivos: informar sobre el sida, potenciar la solidaridad con los afectados y evitar la infección por el VIH. Todos los programas incluyeron material para que el profesor lo aplicase

en el aula, pero únicamente un 57% de los programas ofreció materiales diseñados específicamente para el alumno. Aunque muchos de los programas estaban bien presentados y estructurados, sólo un 36% se editó en color.

Todos los programas trabajaron determinantes como los conocimientos sobre la enfermedad y actitudes, pero sólo un 57% trabajó habilidades para la prevención de las conductas de riesgo. El 93% proponía su aplicación por los profesores y todos recomendaban que se utilizase una metodología activa. Respecto al número de sesiones, el 64% indicó que debía aplicarse en cuatro o más sesiones y el 36% indicó menos de cuatro sesiones o no indicó el número de sesiones deseables o lo deja a criterio del centro. Un 28% de los programas cumplió todos los criterios de calidad y un 50% cumplió tres criterios.

En el 21% de los programas se incluyeron referencias a una evaluación de la aplicación del material y un 14% explícito que se basaba en un modelo teórico de cambio conductual. Un 42% de los materiales se podía aplicar como programas completos.

Se incluyeron 5 programas afectivo-sexuales. Cuatro de estos programas (80%) se publicaron entre 1994 y 1995. Tres de ellos (60%) se editaron en catalán y se dirigieron a diferentes grupos de edad. Dos de los programas incluyeron, entre sus objetivos generales, el trabajo de aspectos preventivos. El resto se centró en aspectos relacionados con la sexualidad y sólo uno incluyó material específicamente diseñado para el alumno.

En cuanto a la calidad de la intervención educativa, cuatro programas (80%) ofrecían información sobre el sida y trabajaban aspectos relacionados con las actitudes, pero solamente uno abordaba directamente las habilidades para la prevención de las conductas de riesgo. Todos indicaron que deberían ser aplicados por los profesores y propusieron una metodología activa. Tres programas (60%) propusieron cuatro o más sesiones. Ninguno de estos programas cumplió todos los criterios de calidad, aunque cuatro (80%) reunieron hasta tres de los criterios. Sólo uno de los cinco programas indicó haberse basado en un modelo teórico de cambio conductual y haber sido evaluado. En cuanto a la aplicabilidad de estos programas, todos se podrían aplicar como material complementario a un programa de prevención del sida.

El estudio destacó el hecho que en España se editaron numerosos programas educativos y casi todas las CCAA habían editado alguno. Además, se observó una mayor calidad en los programas más recientes. También se apreció un incremento de los programas afectivosexuales.

Sin embargo, pocos programas trabajaban las habilidades relacionadas con la prevención de conductas de riesgo. Era necesario que abordaran directamente este aspecto, ya que la fase informativa parece que había sido adecuadamente cubierta en nuestro país. Por otra parte, pocas propuestas refirieron haber sido evaluadas y estar basadas en un modelo teórico de cambio conductual, aspectos que garantizan en gran medida la calidad de la intervención.

#### **4.2.2. Descripción de la intervención: programa 'Parlem Clar'**

El Programa 'Parlem Clar', dirigido a estudiantes de Bachillerato y de Ciclos Formativos, fue diseñado durante el año 2001.

Los objetivos para el profesorado, planteados por el programa fueron facilitarle un material que le permitiera desarrollar una intervención preventiva en el aula que redujera las conductas sexuales de riesgo del alumnado y proporcionar una intervención compartida con el alumnado, que redujera la percepción del profesorado de ser el único responsable del desarrollo de programas preventivos.

Para el alumnado los objetivos fueron reducir el riesgo a un embarazo adolescente y a una ITS incluida la infección por el VIH/SIDA, incrementar la participación de los jóvenes en el desarrollo de programas preventivos e incrementar su percepción de ser también responsables de este tipo de programas y como consecuencia de su propia salud.

El material del programa 'Parlem Clar' estuvo formado por dos materiales: una guía para el profesorado y los jóvenes educadores (*peers*) y un dossier con las actividades de entorno propuestas: la visita a un centro de salud sexual y reproductiva y otra que facilitaba el acceso a los preservativos proponiendo varias opciones (ver figura 20).

La intervención en el aula estuvo formada por cuatro unidades didácticas centradas en aspectos relativos a sexualidad, contracepción, ITS y VIH/SIDA y también aspectos relativos al comportamiento personal como el entrenamiento en habilidades de resistencia a la presión del grupo, de comunicación y de negociación con la pareja. Estos contenidos eran trabajados de forma compartida por el profesorado (2 unidades) y una pareja de alumnos (jóvenes educadores o 'peers' (2 unidades).



**Figura 20.** Materiales del programa 'Parlem Clar'

El profesorado y la pareja de jóvenes educadores recibían formación previa a la aplicación del programa en el aula.

Las actividades, especialmente dinámicas y motivadoras, fueron diseñadas para que el profesorado y la pareja de alumnos pudieran desarrollarlas en el aula con el grupo clase. También se proponía una actividad complementaria en un centro de salud sexual y reproductiva. Esta sesión cubría otros objetivos: conocimiento del recurso y de los profesionales que atienden en el centro, resolución de dudas sobre los contenidos trabajados en el aula y entrenamiento en habilidades de colocación del preservativo (ver figura 21).

Para facilitar el acceso a preservativos por parte de los jóvenes, el profesorado podía escoger entre varias opciones, aquella que más se adecuaba a las necesidades y posibilidades de la escuela:



1. Información sobre sexualidad y distribución de preservativos a través de agentes de salud externos a la escuela:

-A través de los PIDCES (Puntos de información y dinamización en los centros de educación secundaria).

-A través de los Equipos de Salud Territorial.

<b>PROGRAMA 'Parlem Clar'</b>						
<b>Prevención del VIH/sida en la escuela secundaria post obligatoria</b>						
<b>Objetivos para el profesorado:</b> Facilitar un material educativo que permita al profesorado implementar una intervención en el aula que reduzca el riesgo del alumnado a un embarazo no deseado, una ITS incluida la infección por el VIH.						
<b>Objetivos para el alumnado:</b> Reducir el riesgo a un embarazo no deseado, una ITS incluida la infección por el VIH, incrementar la participación de los jóvenes en el desarrollo de programas preventivos e incrementar su percepción de ser también responsables de este tipo de programas y como consecuencia de su propia salud						
<b>Guía del profesorado y de los jóvenes educadores (peers)</b>						
Material educativo para el aula						
	Unidades didácticas	Determinantes que trabaja	Estructura unidades didácticas	Tipo actividades	Material de soporte	Tiempo necesario
Implementadas por el profesorado	<b>Unidad 1</b> 'El juego de las tarjetas'	Conocimientos Creencias	<b>Cada unidad presenta:</b>  -Titulo -Objetivo gral. -Objetivos específicos -Duración -Orientaciones didácticas Procedimiento	<b>Individuales y grupales:</b> Dinámicas y motivadoras	Video: 'De Buen rollo'	4 horas
	<b>Unidad 2</b> 'Te convenceré...'	Autoeficacia Habilidades comunicación				
Implementadas por los jóvenes educadores (peers)	<b>Unidad 3</b> 'El juego del siglo'	Creencias y actitudes uso preservativo				
	<b>Unidad 4</b> 'Todos a escena'	Autoeficacia Habilidades comunicación				
<b>Material educativo para actividades de entorno</b>						
<b>Visita a centro de salud sexual y reproductiva</b>	-Conocimiento del recurso -Conocimiento de los profesionales -Resolución de dudas respecto a sexualidad y afectividad -Entrenamiento de habilidades de colocación del preservativo					
<b>Dispensación preservativos</b>	-Incrementa la accesibilidad a preservativos -El profesorado escoge una de las diferentes opciones					

**Figura 21.** Estructura de contenidos y materiales del programa 'Parlem Clar'

## 2. Información sobre sexualidad y distribución de preservativos a través de la propia escuela:

- A través de los jóvenes educadores (*peers*).
- A través del profesorado o tutores/as.
- A través de los servicios de atención sanitaria del alumnado (enfermería o servicio de asistencia psicopedagógica).
- Instalación de máquinas expendedoras de preservativos en la escuela o fuera de la escuela.

### **4.2.3. Resultados de la evaluación de la efectividad**

Para evaluar el cambio en la conducta del alumnado participante en el estudio y el cambio en los determinantes conductuales trabajados en la intervención, se desarrolló una evaluación de la efectividad del programa 'Parlem Clar', mediante un estudio pre-post, con grupo intervención y grupo comparación.

Se trató de una intervención preventiva y comunitaria. La participación en el estudio fue ofrecida a todos los centros de secundaria Barcelona. Los centros que aceptaron a participar, fueron asignados de forma aleatoria a las condiciones de grupo intervención y grupo comparación.

10 centros de estudios de secundaria participaron, todos ellos concertados. La muestra estuvo formada por un total de 601 estudiantes. Se administró un cuestionario autoadministrado en dos ocasiones (cuestionario pre y post). El cuestionario post se administró 4 meses más tarde. Pudieron emparejarse un total de 442 cuestionarios, es decir un (74%). Las variables estudiadas fueron: conocimientos sobre las relaciones sexuales, los preservativos y otros métodos contraceptivos, los recursos relacionados con el tema de los existentes en la comunidad, actitudes, normas sociales, autoeficacia. Se realizó un análisis multivariado ajustando por sexo y otros datos demográficos pertinentes.

Los estudiantes del grupo intervención mostraron un nivel de conocimientos estadísticamente superior al grupo comparación, en cuanto a conocimientos sobre la transmisión o no transmisión del VIH/sida según los fluidos del organismo capaces o no de transmitir el virus según su concentración de VIH/sida (no transmisión por saliva ( $p < 0,001$ ), lágrimas ( $p < 0,001$ ), objetos para inyección ( $p < 0,05$ )), tratamiento ( $p < 0,001$ ) y recursos de la comunidad. Aumentó la percepción de estar en riesgo o susceptibilidad ( $p < 0,05$ ), la gravedad percibida ( $p < 0,05$ ), la autoeficacia en comprar preservativos ( $p < 0,05$ ), en negociar su uso con la pareja habitual y con una pareja esporádica ( $p < 0,05$ ). La autoeficacia y la intención de rechazar una relación sexual no protegida también aumento. La norma subjetiva respecto a los que piensan y hacen las personas del entorno importantes para el/la alumno/a respecto a las conductas preventivas (uso preservativo) aumento entre las chicas, un 28% del alumnado afirmó haber mantenido una relación sexual con penetración entre el cuestionario previo y el final (etapa de seguimiento). El programa 'Parlem Clar' no adelantó el inicio de las relaciones sexuales con penetración pero sí incrementó el uso del preservativo en la última relación sexual entre aquellos/aquellas que ya las habían iniciado ( $p < 0,05$ ).

#### **4.2.4. Resultados de la evaluación del proceso de implementación**

##### **4.2.4.1. Resultados del cuestionario del profesorado**

Un 93% del profesorado relleno y devolvió el cuestionario al equipo de investigación. De éstos un 73% afirmó haber desarrollado en el aula todas las actividades.

Algún profesor participante afirmó haber identificado alguna dificultad para el desarrollo de las actividades en el aula. La mayoría de éstos se refirió a la actitud de algunos alumnos.

La mayoría del profesorado afirmó sentirse satisfecho en general con la intervención y estar seguro de haber conseguido los objetivos propuestos.

La visita al centro de planificación familiar fue planificada por 20 grupos/aula pero sólo 7 de ellos realizó finalmente la visita.

A pesar que el profesorado afirmó que los jóvenes se mostraron satisfechos por la visita, identificaron dificultades que hicieron que algunos grupos/aula no pudieran finalmente llevarla a cabo. Entre otras destacaron la dificultad para contactar con el centro y concretar una fecha y hora para la visita.

#### **4.2.4.2. Resultados del cuestionario a jóvenes educadores 'peers'**

Un 79% de los jóvenes educadores rellenó y devolvió el cuestionario al equipo de investigación. De éstos un 72% afirmaron haber desarrollado en el aula todas las actividades.

También se recogió alguna dificultad aportada por los jóvenes educadores participantes. En general se referían a aspectos relacionados con la actitud de algún compañero o aspectos personales de inseguridad.

En general se mostraron satisfechos de su intervención y pensaban que habían conseguido los objetivos propuestos.

Los jóvenes que pudieron ir a la visita al centro de planificación familiar se mostraron muy satisfechos aunque también refirieron dificultades para contactar y fijar la fecha de la actividad. Vale la pena recordar que fueron ellos los encargados de llamar al centro, hablar con la profesional de referencia y fijar una fecha y hora adecuada para hacer posible que la visita se llevara a cabo finalmente.

#### **4.2.4.3. Resultados del cuestionario a los profesionales de los centros de planificación familiar**

Los profesionales de estos centros afirmaron que la actividad había funcionado tal y como había estado prevista. Los jóvenes mostraban interés por el tema y su actitud y motivación facilitaron su realización.

Todos los profesionales afirmaron creer que habían cubierto favorablemente los objetivos previstos. En todos los casos se resolvieron dudas que quedaban pendientes sobre conocimientos trabajados en las actividades en el aula y se practicó la correcta colocación del preservativo con maquetas ('gegants encantats').

#### **4.2.4.4. Resultados del registro estándar de dispensación de material preventivo en escuelas mediante profesorado o 'puntos de información joven'**

Se registró la distribución de material preventivo (preservativos y folletos informativos) según las diferentes posibilidades: a través del centro escolar (profesorado), de los puntos de información joven (que iban un día a la semana en centros públicos), a través de las enfermeras de los equipos de salud de los distritos, etc.

Se destaca que los preservativos dispensados por los educadores de los puntos de información joven. Se distribuyeron 1169 preservativos a 247 alumnos diferentes. Sólo un profesor de los participantes quiso distribuir personalmente los preservativos en su centro escolar. Distribuyó 98 preservativos a 23 alumnos diferentes.

#### **4.2.4.5. Resultados del cuestionario autoadministrado al alumnado que recibió la intervención**

##### Estudio cualitativo

El estudio cualitativo se planteó evaluar las percepciones de los escolares que habían participado en la intervención 'Parlem Cla'r. Se recogió información de los adolescentes que habían actuado como jóvenes educadores de sus compañeros, dinamizando y llevando a cabo actividades en el grupo aula en dos sesiones diferentes. Para ello se realizaron entrevistas personales.

Por otro lado, se recogió información mediante grupos de discusión de los adolescentes que habían recibido la intervención (2 sesiones desarrolladas en el aula por parte del profesorado y

dos sesiones desarrolladas por una pareja de jóvenes del mismo aula, los líderes sociales del grupo o 'peers'). Tanto el profesorado como los jóvenes educadores recibieron formación previa por el equipo de investigación acerca del programa, las sesiones, las actividades propuestas, cómo dinamizar el grupo, etc.

Se planificaron, organizaron, desarrollaron y analizaron cuatro grupos de discusión. Estos grupos fueron formados por estudiantes que recibieron la intervención.

También se planificaron, organizaron, desarrollaron y analizaron tres grupos focales, así como entrevistas personales a los jóvenes educadores que desarrollaron dos sesiones en el aula, con sus compañeros.

Todos los grupos fueron gestionados por profesionales externos al equipo de investigación. Se tuvo en cuenta el sexo. Se organizaron grupos diferentes para chicas y para chicos, es decir que el sexo en cada grupo fue específico. Se incluyeron de 4 a 10 estudiantes de diferentes centros educativos participantes. Las variables que se analizaron fueron variables de satisfacción en relación al programa, la valoración y la evaluación de la consecución de los objetivos planteados al inicio de la intervención y la valoración personal del papel que habían desarrollado los jóvenes educadores en el desarrollo de las dos sesiones que tuvieron asignadas así como en el conjunto de la intervención.

Los resultados mostraron que en general, todos los grupos (formados por estudiantes que recibieron la intervención) y los grupos focales (formados por jóvenes educadores que desarrollaron dos sesiones en el aula, con sus compañeros) se sintieron muy satisfechos con el programa. No se detectaron diferencias entre sexo respecto a la valoración de la satisfacción con respecto al programa.

Sí que se detectaron diferencias entre el grupos de jóvenes educadores ('peers') y los adolescentes que recibieron la intervención 'Parlem Clar'.

El alumnado que recibió la intervención se mostró más crítico con los con los métodos de selección de la pareja de jóvenes educadores y su papel como educadores. A pesar de ello expresaron opiniones más optimistas que los jóvenes educadores respecto a los resultados del programa y a la consecución de los objetivos planteados.

Ambos grupos de jóvenes, los jóvenes educadores y el alumnado que recibió la intervención, se mostraron satisfechos con la participación en el programa 'Parlem Clar'. Encontraron muy positiva su participación tanto en las actividades de aula como en las actividades de entorno (visita y actividad en el Centro de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva).

#### **4.2.5. Resultados de la diseminación y evaluación del proceso de implementación (2004-10)**

##### **4.2.5.1. Evolución de la cobertura en la diseminación del programa 'Parlem Clar', cursos escolares del 2004-05 al 2009-10**

El número de centros escolares que participó y desarrolló el programa 'Parlem Clar' desde el curso escolar 2004-05 hasta el 2009-10 fue variable. Se observaron valores entre 6 y 19 centros escolares (ver tabla 33). La media de centros a lo largo de este periodo fue de 10,6 centros escolares de secundaria post obligatoria de la ciudad de Barcelona. La cobertura de centros escolares fue lógicamente también variable, mostrando valores entre un 2,5% de centros participantes respecto a los existentes en la ciudad de Barcelona, hasta un a cobertura de un 7,3%.

El número de profesores y profesoras que desarrolló el programa en el aula desde el curso escolar 2004-05 hasta el 2009-10 fue variable. Se observaron valores entre 11 y 25 profesores/as. La media de profesorado participante a lo largo de este periodo fue de 18.

**Tabla 33:** Evolución de la cobertura en la diseminación del programa 'Parlem Clar', cursos escolares del 2004-05 al 2009-10

Indicador/curso	Curso 2004-05	Curso 2005-06	Curso 2006-07	Curso 2007-08	Curso 2008-09	Curso 2009-10
Escuelas	11	12	6	6	10	19
Cobertura escuelas	5%	5.5%	2.5%	2.5%	6%	7,3%
Número profesorado	21	21	16	11	14	25
Número aulas	21	21	16	12	15	45
Número alumnos	598	534	320	340	885	1138
Cobertura alumnos	2.7%	2.4%	1.4%	1.5%	3.9%	5.01%

El número de aulas en las que se desarrolló el programa en el curso escolar 2004-05 hasta el 2009-10 fue variable. Se observaron valores entre 12 y 45 profesores/as. La media de aulas participantes a lo largo de este periodo fue de 21,6.

El número de alumnos que recibió la intervención desarrollada por el profesorado desde el curso escolar 2004-05 hasta el 2009-10 osciló entre 320 y 1138 escolares. La media de alumnos y alumnas que recibieron la intervención fue a lo largo de este periodo de 635,8 alumnos de centros escolares de secundaria obligatoria de la ciudad de Barcelona. La cobertura de alumnado osciló entre un 1,4% y un 5% con respecto al alumnado de centros de secundaria post obligatoria de la ciudad de Barcelona.

**4.2.5.2. Datos sobre el profesorado que imparte en el aula cada uno de los programas: edad, sexo, participación en la formación previa, en la diseminación del programa 'Parlem Clar', cursos escolares del 2004-05 al 2009-10**

La edad media del profesorado que desarrolló el programa 'Parlem Clar' fue de 43,3 años con valores entre 26 y 63 años de edad. A lo largo de los cursos escolares el porcentaje de profesoras participantes fue superior al de profesores. Los valores de profesoras oscilaron entre un 61,9%



de profesoras participantes a un 76,2%, siendo la media de 70,5% frente a un 27,9% de profesores (ver tabla 34).

**Tabla 34.** Características del profesorado participante, programa 'Parlem Clar', cursos escolares del 2004-05 al 2009-10

Curso/profesorado	Edad	Hombre	Mujer	Formación última convocatoria	Otras convocatorias	Nunca
<b>2004-05</b>	43,7 (32-60)	23,8%	76,2%	27,8%	33,3%	38,9%
<b>2005-06</b>	46,1 (31-61)	33,3%	61,9%	29,4%	29,4%	41,2%
<b>2006-07</b>	40,6 (29-60)	25,0%	75,0%	31,2%	25,0%	43,8%
<b>2007-08</b>	43,4 (36-59)	25,0%	75,0%	25,0%	50,0%	25,0%
<b>2008-09</b>	42,0 (32-51)	28,6%	71,4%	57,1%	28,5%	14,33%
<b>2009-10</b>	44,2 (26-63)	32,0%	64,0%	64,0%	16,0%	20,0%

Se preguntó al profesorado si habían asistido a la formación previa del programa. Esta formación fue realizada por el equipo de investigación, tuvo una duración de 4 horas y se consideró parte de la intervención debido a su importancia para el conocimiento del profesorado sobre el programa, sus contenidos, las actividades propuestas y las posibles soluciones ante dificultades concretas. En este programa desde el primer curso escolar de aplicación también se realizaron talleres de formación para los jóvenes educadores de cada aula participante. Fueron elegidos por el profesorado por ser los líderes sociales del aula. Su duración fue la misma que para el profesorado y se trabajaron los mismos contenidos. La diferencia fue que con los jóvenes 'peers' se entrenaban cada una de las actividades que tendrían que desarrollar con sus compañeros posteriormente. Se dieron consejos y se plantearon dificultades que podían aparecer en el aula en el momento de su realización, para que ellos/ellas se sintieran más seguros a la hora de realizar las actividades en el aula.

Las respuestas del profesorado a lo largo de los cursos estudiados fueron variadas, entre un 27,8% y un 64,0% del profesorado afirmó haber asistido a la última convocatoria de formación con una asistencia media de un 39,0%. Entre un 16,0% y un 50,0% afirmaron haber asistido a convocatorias anteriores, hemos de tener en cuenta que la evaluación del programa se realizó en el curso 1993-94 y ya desde ese momento se realizaron talleres de formación cada curso escolar. La media de asistencia fue de un 30,3%. Entre ambas respuestas se observó que un

69,3% del profesorado participante a lo largo de los cursos estudiados había sido formado previamente. Entre un 14,3% y un 43,8% del profesorado participante afirmó no haber asistido al taller de formación previo en ningún momento, siendo la media de no asistencia de un 30,5%. Resulta importante destacar que algunos centros escolares optaban según sus posibilidades, de enviar a un profesional de la escuela (tutor/a, coordinador/ pedagógico/, etc.) en lugar de enviar a todo el equipo de profesores/as para que éstos/as asistentes formaran al resto en el centro escolar.

En relación a la asistencia de los jóvenes educadores a los talleres de formación contamos con información detallada de los cursos 2004-05 al 2007-08, del resto contamos con menos información. En todos los cursos escolares estudiados asistieron jóvenes educadores a los talleres de formación previos al programa 'Parlem Clar'. Entre los cursos 2004-05 y 2007-8 los porcentajes de asistencia oscilaron entre un 38,1% y un 83,3%. Siendo la media de asistencia de un 64,5%.

#### **4.2.5.3. Características de la implementación (etapa educativa y espacio educativo de aplicación), en la diseminación del programa 'Parlem Clar', cursos escolares del 2004-05 al 2009-10**

Todo y que desde la evaluación del programa 'Parlem Clar' se recomendó su aplicación en Bachillerato y Módulos formativos, su desarrollo en el aula se hizo en diferentes etapas educativas, según las características de los jóvenes y según la preferencia por diversas razones del profesorado.

Desde el curso escolar 2004-05 hasta el curso 2009-10 un 18,1% de media lo aplicó en 4º de ESO con valores entre un 0% y un 80%; un 59,0% en 1º de Bachillerato (16,0%-81,3%); un 8,5% en Módulos formativos (0%-23,8%) y un 13,6% indicó en otros cursos (9,5%-28,6%) (Ver tabla 35).

Respecto al espacio educativo en el que se desarrollaron las unidades que formaban el programa 'PRESSEC', el más utilizado fue a lo largo de los cursos estudiados el espacio de tutoría. Entre los cursos escolares 2004-05 y 2009-10 una media de un 74,5% del profesorado de las aulas

participantes lo implementaron en tutoría con valores entre (62,5%-92,0%); 23,1% en Lengua catalana, Lengua castellana y otros espacios (4,0%-47,5%) (Ver tabla 36).

**Tabla 35.** Etapa educativa de aplicación en la diseminación del programa ‘Parlem Clar’, cursos escolares del 2004-05 al 2009-10

Curso/etapa educativa	3º ESO (14-15 años)	4º ESO (15-16 años)	1º BACH. (16-17 años)	2º BACH. (17-18 años)	Módulos formativos (16-19 años)	Otros
<b>2004-05</b>	0%	0%	47,6%	0%	23,8%	28,6%
<b>2005-06</b>	0%	0%	71,4%	0%	19,0%	9,5%
<b>2006-07</b>	0%	0%	81,3%	0%	0%	18,8%
<b>2007-08</b>	0%	0%	66,7%	0%	8,3%	25,0%
<b>2008-09</b>	0%	28,5%	71,4%	0%	0%	0%
<b>2009-10</b>	4,0%	80,0%	16,0%	0%	0%	0%

**Tabla 36.** Espacio educativo de aplicación en la diseminación del programa ‘Parlem Clar’, cursos escolares del 2004-05 al 2009-10.

Curso/espacio	Tutoría	Ética	Filosofía	Ciencias Naturales	Otros (Lengua Catalana, Castellana, etc.)
<b>2004-05</b>	47,6%	4,8%	0%	0%	47,5%
<b>2005-06</b>	76,2%	4,8%	0%	0%	19,0%
<b>2006-07</b>	62,5%	0%	0%	0%	37,6%
<b>2007-08</b>	83,3%	0%	0%	0%	16,7%
<b>2008-09</b>	85,7%	0%	0%	0%	14,3%
<b>2009-10</b>	92,0%	0%	0%	0%	4,0%

#### 4.2.5.4. Características de la implementación (cumplimiento, fidelidad autodeclarada y recursos) en la diseminación del programa ‘Parlem Clar’, cursos escolares del 2004-05 al 2009-10

Se analizó si el profesorado participante había desarrollado cada una de las unidades propuestas. Se utilizaron 3 preguntas: si había hecho o no la unidad, cuanto tiempo había dedicado a cada una y el tiempo total de la intervención en el aula. La segunda pregunta nos

servió para asegurar que se había dedicado el tiempo mínimo recomendado para cada una de las sesiones que afirmaron haber realizado (50 minutos). De esta forma los porcentajes que se ofrecen en las tablas garantizan el cumplimiento y la fidelidad autodeclarada de los datos. El tiempo total dedicado indicó que en el caso del programa 'Parlem Clar' dedicaron en todos los cursos escolares estudiados (de uno no se disponen estos datos) una hora más de media del tiempo previsto para cada sesión.

Un 93,2% de media del profesorado participante y del cual se disponía de ficha de valoración, afirmó haber desarrollado la unidad 1, sus valores oscilaron entre un 78,5% y un 100%. Para la unidad 2 se obtuvo una media a lo largo de los 6 cursos estudiados de un 81,1% con valores entre un 55,6% y un 100% de profesorado participante que desarrolla la unidad. Para la unidad 3 se observó una media de 74,8% con valores entre 55,6% y 88,0%. Para la unidad 4 una media de 77,1% de profesorado afirmó haber desarrollado la unidad en el aula, con valores entre 70,6% y 84,0%. Se observó una bajada paulatina del cumplimiento de las unidades, desde la primera a la cuarta, pero con porcentajes superiores a los observados en el programa 'PRESSEC'. Se observó que el profesorado dedicó una media de 5h como media para la realización de las unidades (Ver tabla 37 y 38).

Como explicamos anteriormente se propuso la realización de una actividad de entorno como parte del desarrollo del programa 'Parlem Clar', se trató de la visita a un centro de salud sexual y reproductiva. Se ofrecieron dos posibilidades, concertar una visita al CJAS (Centro Jove d'Anticoncepció i Sexualitat) (ONG) o bien organizar una visita al centro de salud sexual y reproductiva más cercano al centro escolar (centros públicos). Cada profesor/a podía escoger el centro a visitar, pero se debía tener en cuenta que el número de visitas (talleres) en el caso del CJAS estaba limitado por la subvención que recibían para ello. Se carecen de datos sobre la asistencia o no del alumnado a la actividad de entorno respecto a los cursos escolares 2008-9 y 2008-10. Para el resto de cursos se obtuvo una media de asistencia de un 49,9% con valores entre un 17,6% y un 100%. De estos grupos que asistieron a un centro de atención afectiva y sexual, una media de un 46,4% asistió al CJAS (ver tabla 39).

**Tabla 37.** Cumplimiento de cada unidad del programa 'Parlem Clar', cursos 2004-05 a 2009-10

Curso/ sesión	Sesión 1	Sesión 2	Sesión 3	Sesión 4
<b>2004-05</b>	90,3%	60,5%	61,2%	70,6%
<b>2005-06</b>	94,4%	55,6%	55,6%	77,8%
<b>2006-07</b>	100%	100%	80,0%	76,9%
<b>2007-08</b>	100%	100%	85,7%	75,0%
<b>2008-09</b>	78,5%	78,5%	78,5%	78,5%
<b>2009-10</b>	96,0%	92,0%	88,0%	84,0%

A la realización de cada unidad se ha dedicado un mínimo de 50 minutos

**Tabla 38.** Dedicación media del programa 'Parlem Clar', cursos 2004-05 a 2009-10

Curso/ Prog.	Parlem Clar
<b>2004-05</b>	4h 40 min
<b>2005-06</b>	4h 32 min
<b>2006-07</b>	5h 20min
<b>2007-08</b>	4h 30 min
<b>2008-09</b>	---
<b>2009-10</b>	4h 40 min

Otra de las preguntas, recogió el uso de recursos complementarios a las sesiones propuestas. Se trata de recursos del tipo prensa, periódicos y revistas, libros, créditos variables, vídeos, películas, uso de internet y realización de una conferencia o una charla. Esta pregunta fue eliminada de la ficha de valoración a partir del curso 2008-9 por lo que no se dispone de información para dos de los 6 cursos escolares estudiados. Para el resto se observó que el recurso complementario más utilizado en todos los cursos fue igual que en el caso del programa 'PRESSEC' el uso de libros, artículos y materiales de Créditos variables escolares. En segundo lugar el recurso más utilizado como complemento a las actividades propuestas por el Programa fue el uso de videos y películas. En tercer lugar se observó el uso de charlas y conferencias como recurso complementario al Programa (ver tabla 40).

**Tabla 39.** Cumplimiento sesión entorno (visita a un Centro de Atención Afectivo Sexual) del programa 'Parlem Clar', cursos 2004-05 a 2009-10.

Curso/ Prog.	'Parlem Clar'
2004-05	60,0% (85,7% CJAS)
2005-06	17,6% (100% CJAS)
2006-07	22,2% (0% CJAS)
2007-08	100% (0% CJAS)
2008-09	---
2009-10	---

**Tabla 40.** Uso de recursos complementarios al programa 'Parlem Clar', cursos 2004-05 a 2009-10.

Curso/ RR	Diarios Prensa	Videos Películas	Libros, artíc. Crédito v.	Internet	Charla
2004-05	4,8%	14,3%	14,3%	0%	4,8%
2005-06	4,8%	28,6%	14,3%	0%	0%
2006-07	0%	6,3%	18,8%	6,3%	12,5%
2007-08	0%	0%	25,0%	0%	0%
2008-09	---	---	---	---	---
2009-10	---	---	---	---	---

**4.2.5.5. Otras variables que nos permiten valorar la satisfacción del profesorado con las actividades desarrolladas en la disseminación del programa 'Parlem Clar', cursos escolares del 2004-05 al 2009-10**

La puntuación media del profesorado participante a lo largo de los cursos escolares estudiados (2004-05 al 2009-10) de los cuales se contó con la ficha de valoración implementada una vez desarrollada la intervención en el aula se presenta a continuación. Para este Programa sólo se cuenta con seis de las siete variables estudiadas para el 'PRESSEC'. En este caso, no se incluyó

en la ficha de valoración la aceptación global del Programa por parte de alumnado. Los valores medios para todas las variables muestran puntuaciones superiores a la que obtuvo el programa 'PRESSEC'.

La puntuación media en relación al interés mostrado por el alumnado fue de 7,5 mostrando valores entre 7,2 y 7,9. Respecto al grado de participación medio del alumnado se observó una media de 7,5 con valores entre 7,2 y 8,0. La media observada en relación a la idoneidad de la intervención teniendo en cuenta la edad del alumnado fue de 7,8 con valores entre 7,7 y 8,0. Se observó una valoración media de un 8,0 respecto a la adecuación de los contenidos para el alumnado (7,7-8,5). Se pidió al profesorado que valorara la formación previa recibida en relación a su posterior desarrollo en el aula y mostró un valor medio de 7,5 superior al obtenido por el programa 'PRESSEC'. Finalmente se pidió que valoraran la satisfacción global con el programa 'Parlem Clar' y la puntuación media obtenida fue de un 7,8 con valores entre 7,6 y 8,3 (ver tabla 41).

Otros aspectos de la valoración del 'Parlem Clar' fueron los siguientes: El porcentaje medio observado a lo largo de los cursos escolares estudiados, en relación al interés mostrado por el profesorado respecto a volver a aplicar el programa 'Parlem Clar' fue alto. Un 91,7% del profesorado participante entre los cursos 2004-5 y 2009-10 afirma estar interesado en volver a aplicarlo en cursos posteriores. Se observaron valores entre un 85,0% y un 100% (ver tabla 42).

**Tabla 41.** Valoración del programa 'Parlem Clar' por parte del profesorado, cursos 2004-05 a 2009-10.

Curso/ aspecto	Interés alumnos	Grado participación alumnos	Idóneo edad alumnos	Contenidos adecuados	Formación previa respecto aplicación	Satisfacción global prog.
2004-05	7,4	7,9	7,7	8,3	7,5	7,8
2005-06	7,2	7,2	7,9	8,1	7,6	7,6
2006-07	7,8	7,9	8,0	7,9	7,0	7,6
2007-08	7,3	7,2	7,5	8,0	7,2	8,0
2008-09	7,9	8,0	78,0	8,5	8,2	8,3
2009-10	7,5	7,3	7,8	7,7	8,0	7,7

Puntuación de 0 a 10 (0 mínimo y 10 máximo. Puntuaciones medias)

**Tabla 42.** Intención de volver a aplicar el programa ‘Parlem Clar’, cursos 2004-05 al 2009-10.

Curso/ aspecto	Interés en volver a aplicar el programa ‘Parlem Clar’	
	Si	No
2004-05	100%	0%
2005-06	85,0%	15,0%
2006-07	100	0%
2007-08	91,7%	8,3%
2008-09	85,7%	14,3%
2009-10	88,0%	12,0%

Para las siguientes variables no contamos con información sobre los cursos 2008-09 y 2009-10. En relación al soporte recibido para desarrollar el Programa, los porcentajes medios fueron también altos (ver tabla 43). Un 86,1% del profesorado participante afirmó que recibió un soporte suficiente por parte del centro escolar, con valores entre 81,3% y 100%. El soporte recibido por las profesionales del Servicio de Salud Comunitaria obtuvo un valor medio de 89,0% con valores entre 72,7% y 100%. El soporte recibido por el equipo de investigación recibió un valor medio de 87,9% con valores entre (60,0% y 100%).

**Tabla 43.** Soporte recibido para aplicar el programa ‘Parlem Clar’ cursos 2004-05 al 2009-10

Curso/aspecto	Soporte centro escolar	Soporte SESAC	Soporte Equipo investigación
2004-05	81,3%	100%	100%
2005-06	81,3%	83,3%	60%
2006-07	81,8%	72,7%	91,7%
2007-08	100%	100%	100%
2008-09	---	---	---
2009-10	---	---	---



Aspectos específicos del programa 'Parlem Clar': Se incluyeron dos variables específicas en el marco del Programa, 'haber informado al alumnado sobre los recursos en los que encontrar preservativos de forma gratuita' y 'haber informado sobre la colocación en el centro escolar o lugares cercanos de máquinas expendedoras de preservativos'. Para estas variables de las cuales sólo tenemos información para los cursos 2004-05 al 2007-08 se obtuvieron unos valores medios bajos. El valor medio para 'haber informado al alumnado sobre los recursos en los que encontrar preservativos de forma gratuita' fue de un 35,2% del profesorado participante a lo largo de los cursos estudiados con valores entre 20,0% y 57,1% y para 'haber informado sobre la colocación en el centro escolar o lugares cercanos de máquinas expendedoras de preservativos' se obtuvo un valor medio de 25,6% con valores entre 7,1% y 45,5%.

#### **4.2.5.6. Otros comentarios del profesorado en la diseminación del programa 'Parlem Clar', cursos escolares del 2004-05 al 2009-10**

A lo largo de los cursos escolares estudiados y mediante el cuestionario de evaluación del profesorado, se recogieron también resultados cualitativos, valoraciones y opiniones acerca de aspectos concretos del programa (ver anexo, documento 2). Los principales resultados fueron:

En el curso 2004-2005 se identificó la dificultad en contactar y organizar la visita al centro de salud sexual y reproductiva. En el curso 2005-06 el profesorado pidió que profesionales externos a la escuela colaboraran en el desarrollo del programa. Este comentario se debió a la experiencia positiva vivida por algunas escuelas de un mismo territorio que contaron con la colaboración de personal de enfermería para la realización de la primera unidad en el aula. Durante el curso 2006-07, destaca el comentario de diversos profesores sobre un recurso nuevo que habían utilizado. Se trató de una obra de teatro y se pidió que nos coordinásemos con los encargados de la organización de la obra para que el alumnado participante en la implementación del 'Parlem Clar' pudiese asistir como refuerzo del programa. Durante el curso 2007-08 el profesorado nos indicó la existencia de un juego, muy atractivo para el alumnado y centrado en aspectos sobre VIH/sida el 'TRIVIH'. Destaco también la petición del profesorado que recogiéramos las valoraciones de los jóvenes educadores respecto a la implementación del programa. Lo que más destacó durante el curso 2008-09 fue que el profesorado pidió que se plantearan más situaciones para poder adaptarse mejor a las características del alumnado. En

el curso 2009-10 se solicitó la actualización de los materiales y ciertas actividades planteando situaciones más cercanas al alumnado.

### **4.3. Discusión**

#### **Programa 'PRESSEC'**

##### **En relación a la prueba piloto de la primera versión del programa 'PRESSEC':**

El pre-test se considera un paso previo necesario a la experimentación. En este caso se realizó una prueba piloto que incluyó la prueba del cuestionario y del desarrollo de la intervención. Estos resultados permitieron una primera aproximación al conocimiento de lo que pensaban los jóvenes y valorar la adecuación y factibilidad del proyecto.

Se observa un bajo porcentaje de alumnos de 2º de BUP que afirmaron haber recibido en la escuela información sobre sexualidad, métodos contraceptivos, sida y otras ITS, un 30%. Este hecho contrastó con el alto nivel de conocimientos que mostraron los jóvenes sobre estos temas, cosa que hizo pensar que obtenían la información a través de otras fuentes como los medios de comunicación.

El nivel de conocimientos respecto a los métodos contraceptivos fue en general alto, todo y que algunos alumnos mostraron un porcentaje de aciertos más bajo de lo deseable. Se consideró positivo que un 89,6% del alumnado encuestado creyera que la marcha atrás no era un método contraceptivo seguro, ya que suele ser utilizado en las primeras relaciones sexuales. Un 99,4% del alumnado consideró recomendable el uso del preservativo en las relaciones sexuales esporádicas.

El nivel de conocimientos sobre sida y otras ITS fueron en general muy altos en la prueba piloto. Los fluidos del organismo capaces de transmitir el VIH fueron bien conocidos, pero el conocimiento fue menor en el caso de la saliva y la orina, incapaces de transmitirlo. Este fue un

punto a insistir posteriormente en la intervención. La no transmisión a través de vasos o cubiertos usados por una persona infectada por el VIH y por medio del contacto cotidiano también resultaron bien conocidos por el alumnado encuestado. La posibilidad de transmisión del VIH a través de útiles para el afeitado o para la higiene bucal (cepillo de dientes) resultó bien conocida por el alumnado.

Un punto que se consideró muy importante en el trabajo con el alumnado fue que no creían poder adivinar por el aspecto físico el estado serológico de una persona, pero fue importante trabajar con ellos cuando se trataba de personas de su entorno real (compañeros, amigos, etc.).

Los alumnos participantes en la prueba piloto conocían bien que el sida estaba causado por un virus, que el VIH destruía el sistema de defensa y que en ese momento no tenía curación. Un porcentaje inferior supo en ese momento que algunas ITS podían causar esterilidad si no eran tratadas.

El nivel de conocimientos del alumnado indicó la conveniencia de reducir el número de ítems de esta variable en el cuestionario, aquellos que mostraron los porcentajes de aciertos más elevados.

Las actitudes frente a los métodos contraceptivos y de prevención del VIH y otras ITS fueron en general también favorables. La mayoría mostró su desacuerdo con la afirmación 'Muchos chicos piensan que una chica que usa métodos contraceptivos es una chica fácil'; un porcentaje superior mostró su desacuerdo con que una forma de demostrar amor de verdad era mantener relaciones sexuales sin utilizar métodos contraceptivos.

Un 95,8% del alumnado que respondió el cuestionario afirmó que el contagio por el VIH se podía prevenir. La autopercepción del riesgo por el alumnado fue alta, ya que un 96,4% afirmó estar preocupado por contraer el VIH y un 98,8% consideró que las ITS podían afectar a una persona joven.

Respecto al uso del preservativo también se observaron actitudes favorables. Un porcentaje elevado consideró recomendable el uso de preservativo en las relaciones sexuales aunque estas fueran esporádicas. Se observó un bajo coste asociado al uso del preservativo. Un porcentaje alto consideró que el preservativo reduce el riesgo de contraer el VIH y otras ITS, la mayoría no lo consideró difícil de obtener. Estudios anteriores (Catania et al., 1989) (Higson et al., 1990) mostraron que los alumnos con estas características utilizaban con más posibilidad el preservativo en sus relaciones sexuales.

Las actitudes del alumnado encuestado sobre la toma de decisiones, presión de grupo y asertividad resultaron positivas. La mayor parte del alumnado mostró su desacuerdo con 'siempre resulta apropiado seguir la opinión de la mayoría', casi todos afirmaron que al tomar una decisión es importante valorar las ventajas e inconvenientes y una mayoría mostró su desacuerdo con el hecho que las personas agresivas consiguen más fácilmente sus objetivos. Las variables utilizadas para medir estos temas centrados en comportamiento personal resultaron insuficientes y presentaron poca variabilidad. Pareció conveniente aumentar el número de ítems referidos a estos temas en el cuestionario e introducir otros sobre expectativas de conducta y conducta sexual tal como indicaban los modelos teóricos utilizados (Bandura, 1990b; Glanz et al. 1990).

#### **En relación a la encuesta previa a la implementación del programa 'PRESSEC':**

Los resultados del presente estudio respecto a conocimientos sobre métodos contraceptivos, ITS y sida coincidieron con los obtenidos con anteriores encuestas realizadas a jóvenes (Diputació De Barcelona, Servei De Salut Pública i Consum, 1993) (Comunidad De Madrid, 1993); (ICB, 1992) (Sanchez-Candamio, 1990). El nivel de conocimientos solía ser elevado en esta población en concreto, pero se sabía que la información era inferior al aumentar la edad, cuanto menor el nivel de estudios y más bajo el nivel de ocupación (De miguel, 1994).

Los conocimientos sobre métodos contraceptivos fueron altos, superior en las chicas que en los chicos. Los resultados coincidieron con los obtenidos en otros estudios, como la encuesta realizada a jóvenes entre 15 y 19 años (Comunidad De Madrid, 1993).

El alumnado mostró un nivel de conocimientos sobre sida y otras ITS muy alto, como sucedió en otras encuestas (Arredondo et al., 1991). El reconocimiento que la orina y la saliva eran fluidos del organismo incapaces de transmitir el VIH fue menos frecuente. El porcentaje de aciertos fue menor y este debía ser un punto en el cual se debía de incidir en mayor grado en intervenciones posteriores.

Gran parte de los jóvenes supo que una persona que estaba infectada por el VIH u otra ITS podía transmitir la infección aunque no presentara síntomas. La mayoría afirmó que no se podía saber a simple vista si una persona tenía VIH u otra ITS.

La susceptibilidad percibida del alumnado respecto a las ITS fue alta y no se observaron diferencias significativas entre sexos.

Las actitudes del alumnado de secundaria sobre el uso de métodos contraceptivos fueron en general favorables.

Respecto al uso del preservativo, los jóvenes tuvieron también actitudes favorables. Para la mayoría no resultaría difícil conseguir preservativos. Probablemente esta percepción se relacionó con el hecho que cada vez se ampliaban los lugares donde conseguir preservativos (farmacia, supermercados, lavabos de bares, etc.). Aun así aun existían problemas culturales, económicos y de distribución que obstaculizaban una distribución universal (Carballo, 1992) (Segura, 1992).

Ante la afirmación 'utilizando preservativo es imposible que una pareja tenga relaciones sexuales satisfactorias', un elevado porcentaje del alumnado encuestado expresó su acuerdo. En numerosas ocasiones el uso de preservativo fue relacionado con el sexo insatisfactorio y considerado una barrera en las relaciones amorosas (Carballo, 1992). Un porcentaje significativamente superior entre las chicas muestra su acuerdo con la afirmación 'es recomendable para un hombre llevar preservativos'. En la misma línea, la gran mayoría de alumnado afirmó que 'es recomendable para una chica llevar preservativos'. En este caso no se observaron diferencias significativamente diferentes entre sexos. Parecía que la percepción que los preservativos eran cosas de hombres estaba cambiando.

En relación con la intención de conducta, se midió la intención de uso y de rechazo. En relación con la pregunta 'si tu pareja te pidiera utilizar preservativo en vuestras relaciones sexuales, ¿qué harías?' la mayoría afirmó que lo utilizaría, no se apreciaron diferencias significativas entre sexos. Al preguntarles si propondrían a su pareja que utilizase preservativo en sus relaciones sexuales, se observaron diferencias entre sexos. Las chicas afirmaron que lo propondrían en mayor medida que los chicos. Respecto a si rechazarían una relación sexual si su pareja se negara a utilizar preservativo, se observó un porcentaje bajo y una diferencia estadísticamente significativa entre sexos. Las chicas la rechazarían en mayor grado que los chicos. Este fue uno de los resultados más interesantes del estudio, que confirmó las diferentes perspectivas de chicos y chicas frente a la conducta futura. Probablemente el rechazo de las relaciones sexuales no protegidas entre las chicas tuvo que ver con la anticipación de un efecto indeseable mucho más probable, el embarazo.

Un 27,7% del alumnado de 15 a 22 años afirmó mantener relaciones sexuales con penetración y se apreciaron diferencias muy significativas en conducta sexual con penetración y edad. Los resultados fueron compatibles con el estudio 'Els joves de Barcelona' (ICB, 1993) en el que la población de estudio fueron personas de edad entre 15 y 25 años residentes en Barcelona. Se hicieron unas 1200 entrevistas domiciliarias, motivo por el cual tuvieron acceso jóvenes escolarizados y no escolarizados. El porcentaje que afirmó tener relaciones sexuales completas (con penetración) fue del 52% (entre 15 y 25 años de edad). De 15 a 18 años este porcentaje fue de un 21%.

En 'Estudio de actitudes, opiniones y comportamientos sexuales de los jóvenes de la Comunidad de Madrid (Comunidad de Madrid, 1993) se administró una encuesta a 1.500 jóvenes de entre 15 y 19 años residentes en la Comunidad de Madrid, tanto de la zona urbana como la metropolitana y rural. Un 39% de los encuestados afirmó haber practicado alguna vez el acto sexual con penetración, y presentaron una proporción superior los chicos que las chicas.

En otra encuesta, 'Enquesta de salut als adolescents de la ciutat de Barcelona, 1993 (Surís, 1993), administrada en 3.139 jóvenes de secundaria tanto de BUP como de FP y de edades entre 14 y

19 años, el porcentaje de jóvenes que afirmaron mantener relaciones sexuales con penetración fue del 12,9%.

En la comunidad autónoma de Murcia, fueron encuestados 1.583 estudiantes de 14 a 21 años. Los escolares eran de BUP y FP, de escuelas públicas y privadas. Los resultados de 'Sida y adolescencia' mostraron que un 14,8% de los encuestados afirmó haber mantenido relaciones sexuales con penetración (Ordoñana y Gutierrez, 1991).

En el presente estudio el porcentaje de alumnos que afirmaban haber mantenido relaciones sexuales con penetración fue superior al mostrado en otras encuestas realizadas en centros escolares. Para que se diera esta diferencia se pensó que podía haber influido el hecho que se tratase del cuestionario previo a la experimentación del programa 'PRESSEC', dirigido a la prevención de embarazo adolescente, de la infección por el VIH y otras ITS. La muestra, no aleatoria, se formó a partir de las propuestas de servicios personales de los distritos, y es posible que el profesorado y las escuelas que detectaron algún tipo de problemática estuviesen más motivados o predispuestos a participar.

El método contraceptivo más utilizado por los jóvenes fue el preservativo; esto concuerda con los resultados de las encuestas nombradas, y es más alto que en la encuesta de Surís.

El 24,4% de los jóvenes que mantienen relaciones sexuales con penetración utiliza la marcha atrás como método contraceptivo, porcentaje superior a la encuesta de Surís.

Como se trata de un cuestionario autoadministrado, hace falta tener en cuenta que las respuestas dependen de la sinceridad de los encuestados. El anonimato y la confidencialidad del cuestionario deberían de minimizar este hecho.

**En relación a los resultados del estudio cuasi experimental, con pre y post test y grupos intervención y comparación:**

Respecto a la metodología utilizada para el análisis es necesario hacer algunas consideraciones:

La validez externa del estudio pudo verse afectada por la selección de las escuelas participantes. Todo y que las escuelas no fueron una muestra representativa de los centros de la ciudad, el proceso de selección consiguió la participación de al menos un centro de 6 distritos. El número total de centros (17) y de alumnado (1702) proporcionó una muestra lo suficiente amplia para permitir una variabilidad razonable.

La validez externa pudo estar afectada por la asignación de a los diferentes grupos de intervención. Desde el punto de vista metodológico es necesario conseguir grupos homogéneos en términos de comparabilidad, todo y que la asignación aleatoria no es imprescindible cuando se trata de estudiar un número pequeño de unidades (17 centros). En este caso el mismo grupo investigador asignó el tratamiento a los diferentes grupos teniendo en cuenta las principales covariables. En el estudio se asignaron según la etapa educativa que realizaban (BUP, FP), el nivel socioeconómico del barrio y la disponibilidad horaria expresada por la dirección de los centros escolares participantes. La validez interna estuvo entonces preservada dado que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las variables de intención de conducta y conducta, y sólo en 3 de las 20 variables de conocimientos creencias y actitudes entre el alumnado de los 3 grupos de intervención.

Las pérdidas en el seguimiento, la comparación entre individuos de los cuales se aparearon los cuestionarios y los individuos de los cuales no se han podido aparear, mostraron diferencias estadísticamente significativas en sexo (se perdieron más chicos) y en los que habían iniciado sus relaciones sexuales con penetración. A pesar de ello el resto de grupos mostraron diferencias en las principales variables al inicio de la intervención.

En relación a la autodeclaración se observaron unas proporciones muy elevadas de concordancia entre las respuestas. Esto pudo estar relacionado con la proximidad de las preguntas en el cuestionario. Para reducir las inconsistencias en la autodeclaración el cuestionario fue valorado por jóvenes para detectar palabras y expresiones poco claras, se dejó



muy claro en las presentaciones de la encuesta su utilidad posterior y se insistió en que no había respuesta buenas ni malas, también se recalcó que los datos eran confidenciales.

Los principales resultados del estudio fueron los cambios en la intención de conducta y el cambio en la conducta sexual no protegida del alumnado de secundaria. También mejoraron los conocimientos y las actitudes relacionadas con la prevención.

Todo y que es habitual encontrar mejoras en conocimientos, y en algunos casos en actitudes cuando se evalúan programas centrados en la prevención de embarazos, ITS incluida la infección por el VIH, sólo algunos estudios han mostrado cambios favorables en las conductas de riesgo y en sus correspondientes determinantes psicosociales de la conducta (Schaalma et al., 1995) (Weeks et al., 1995) (Jemmott et al., 1992) (Walter et al., 1992). Los resultados de la implementación de la intervención (mejoras en conocimientos, creencias, actitudes intención de conducta y conducta) concordaron con los estudios de Schaalma (Schaalma et al., 1995) que mostraron incrementos significativos en todas las escalas de determinantes estudiadas (conocimientos, percepción del riesgo, normas subjetivas, conductas percibidas de los otros, creencias en autoeficacia e intención de conducta). (Walter et al., 1992) encontraron también incrementos netos en el grupo intervención sobre 7 de las 8 variables de resultados (conocimientos, susceptibilidad, beneficios y barreras, normas subjetivas, autoeficacia y conductas).

Es necesario destacar el alto nivel de conocimientos sobre aspectos generales del VIH/sida, incluyendo el conocimiento de la mayoría de las vías de transmisión observado. La únicas respuestas en las cuales la mayoría de los adolescentes no contestó de forma adecuada fueron las referentes a la no transmisión por la orina y la saliva. En estas dos variables se centró el incremento de toda la escala de conocimientos, ya que la mayoría en el resto de las 11 variables era prácticamente inmejorable. Las actitudes también fueron muy favorables a la prevención y, en consecuencia, poco mejorables, pero aun así se consiguieron incrementos.

La principal mejora conseguida con la intervención estuvo centrada en la intención de conducta. De las tres variables que median esta intención, 2 se integraron en una escala que recogió la intención de uso del preservativo (proponer su uso a la pareja y aceptarlo si su pareja se lo proponía). Una tercera variable recogía la intención de rechazo de una relación no protegida.

Esta fue junto con las variables sobre conocimientos ya citados, una de las que sólo respondieron favorablemente un 60% del alumnado. El incremento neto que la variable (rechazar una relación sexual no protegida) obtuvo con la intervención completa (8%) fue un resultado relevante.

El programa no obtuvo efectos sobre el número de jóvenes que iniciaron las relaciones sexuales, ya que no se encontró ninguna diferencia entre el incremento (de un 4% aproximadamente) entre los tres tipos de intervención. Este hecho concordaba con otros estudios (Walter y Vaughan, 1993) (Jemmott et al., 1992), en el sentido que tratar el tema de la sexualidad en el aula no conducía a un incremento indirecto del alumnado por el sexo.

El grupo intervención completa presentó un incremento del uso del preservativo entre el alumnado que no había mantenido relaciones sexuales con penetración en el cuestionario pre, y las inició entre el cuestionario pre y el cuestionario post. No se encontró ningún cambio significativo entre los que ya mantenían relaciones sexuales con penetración en el cuestionario pre. En cambio el programa de Shaalma encontró efectos en el grupo que ya mantenía relaciones sexuales de riesgo al inicio (Schaalma et al., 1993). En general la mayor parte de estudios sobre conductas de riesgo, así como algunos modelos teóricos de cambio conductual, señalan la experiencia previa en una conducta como un importante factor predictivo.

#### **En relación a la evaluación del proceso de implementación del programa 'PRESSEC' (1993-94):**

En general, la valoración del programa por parte de profesorado fue positiva. El número de docentes, escuelas y alumnado que accedieron a la experimentación, así como el número de fichas de valoración recibidas en los plazos previstos han estado considerados adecuados en relación con la experiencia de difusión de otros programas de promoción de la salud sobre otros factores de riesgo desarrollados en Barcelona.

Las respuestas muestran que según el curso y la rama (sanitaria o no), la información del material es para el profesorado escaso (rama sanitaria) o adecuada (otros estudios). Se creyó conveniente proponer más material de soporte, como otros documentos existentes para fueran

utilizados por el profesorado según las necesidades del grupo, su nivel de conocimientos del tema y el deseo de profundizar.

Respecto al vídeo, los comentarios resultaron semejantes. Para algunos la información proporcionada era la suficiente y para otros se hacía necesario profundizar más. Se hacía necesario proporcionar un listado de videos de los temas trabajados indicando dónde encontrarlos, como conseguirlo y a qué edades iban dirigidos.

El profesorado constató que el nivel de conocimientos de los alumnos era muy alto (más alto entre las chicas que en los chicos). Se creyó importante informar al profesorado de estos resultados para que pudieran adaptar mejor las sesiones y trabajar los conceptos menos claros.

El cuestionario, utilizado como material de partida, podría orientar perfectamente al docente sobre el nivel de conocimientos del grupo de alumnos con los que tenía que trabajar. Se tuvieron presentes todos los comentarios realizados por el profesorado respecto a algunos ítems que resultaban confusos y se han modificado.

La aplicación del material pareció factible en cualquier escuela. Tal y como se preveía, las características del alumnado y el ambiente habitual de la clase podían facilitar o dificultar el desarrollo de las sesiones. Este hecho se debía tener en cuenta en los futuros talleres de formación para los profesores, ya que se podían proponer actividades alternativas para aquellos grupos en los cuales el desarrollo de las sesiones fuera dificultoso (por falta de participación del alumnado o por el contrario, que fueran demasiado extrovertidos y movidos).

Algunos profesores hicieron la sugerencia de que en las situaciones planteadas en el material se identificase el sexo de los protagonistas, porque esto podría facilitar la identificación del alumnado. Se habían señalado iniciales y no nombres con la intención que cualquier joven (fuera cual fuera su tendencia sexual) se pudiese identificar más fácilmente y le resultara también más fácil implicarse dando el sexo que quisiese a los diferentes protagonistas. Parece que el uso de iniciales dificultó la identificación de los alumnos en determinadas situaciones. Tras esta

valoración se dieron nombres a los diferentes protagonistas que aparecían en las situaciones trabajadas en las actividades que formaron el programa.

Se consideró muy positivo que profesores de espacios educativos muy diferentes pudiesen aplicar sin dificultad el programa en la escuela y no se sintieran incómodos al desarrollar alguna de las actividades. Otra sugerencia planteada por el profesorado fue plantear situaciones alternativas más variadas y novedosas. A partir de este estudio se recomendó que el profesor utilizase en clase aquellas situaciones que planteasen los propios alumnos.

Las actividades y a las técnicas propuestas en el programa fueron valoradas muy positivamente. Facilitaron la participación del alumnado, y los docentes se encontraron bien utilizándolas.

Algunos profesores insistieron en la necesidad que las familias (padres y madres) hablaran también con sus hijos de estos temas. Desde este programa se recomendó a las escuelas que al desarrollarlo hicieran un trabajo en paralelo con las familias, tanto para reforzar lo que hacían ellos en el aula como para empezar a hablar de forma natural de estos temas con los hijos /las hijas si aún no lo habían hecho.

Se sugirió también aligerar la parte del programa referida al comportamiento personal. Se afirmó que había costado seguir algunas actividades pero que valía la pena hacerlas. Sería conveniente no reducir esta parte y recomendar al profesorado que adaptase las sesiones a las características del y al ritmo de su aula en concreto.

Se consideró importante que el alumnado participante conociera el centro de planificación familiar más cercano a su centro escolar. Los objetivos cubiertos fueron: conocer la ubicación por si tenían algún problema o duda respecto a las relaciones sexuales y afectivas, conocer a los/las profesionales y practicar las habilidades de colocación del preservativo.

A partir de este momento el programa incluyó un listado actualizado de los centros de planificación familiar de cada distrito, con la dirección y el teléfono de contacto así como el nombre de la persona referente.

**En relación a los resultados de la diseminación y evaluación del proceso de implementación del programa 'PRESSEC' (2004-10):**

La cobertura del programa 'PRESSEC' se mostró a lo largo de los cursos escolares estudiados mejorable. Se consideró baja en relación al número de centros escolares de secundaria obligatoria de la ciudad de Barcelona.

El número de profesorado participante a lo largo del periodo estudiado resultó también variable y claramente mejorable. Analizando los cursos escolares por separado se observó un curso escolar que mostró un valor especialmente bajo, el curso 2006-07. Los cursos en los que se observó mayor participación fueron según las fichas de valoración recibidas, el 2008-09 y el 2009-10. Habría que analizar si realmente estos datos reflejan una mayor o menor aplicación del programa o son reflejo de una mayor o menor recogida recepción de fichas de valoración.

Según las respuestas cualitativas del profesorado, recogidas lo largo de los cursos escolares estudiados, se podría mejorar la cobertura de este programa: reduciendo el número de sesiones. Podríamos plantear la posibilidad de reducir una de las sesiones, la 5ª que es una actividad previa al desarrollo del role playing y puede obviarse si el alumnado ha trabajado en otras asignaturas, créditos o incluso en cursos anteriores sus contenidos. Esto daría lugar a poder plantear una intervención mínima formada por 5 sesiones (las sesiones 1, 2, 3, 4, 6) y una intervención recomendada (que incluyera las seis sesiones planteadas por el programa).

La edad media del profesorado participante se ha mantenido estable a lo largo de los cursos escolares (42,9 años), al igual que una mayor participación de profesoras respecto a profesores. Este dato puede reflejar una mayor preferencia por el trabajo en el aula de estos temas.

relacionados con la conducta sexual o ser un reflejo de la mayor proporción de mujeres en profesión de magisterio, considerada una carrera más femenina.

Al analizar el porcentaje de profesorado que aplica el programa cada curso escolar en relación con su asistencia a la formación previa se observó un valor inferior al esperado. Se ha de tener en cuenta que el profesorado participante y formado se va acumulando cada curso escolar, es decir, que cada curso que avanza en principio se cuenta con un número superior de profesorado formado. Aunque analizando cada curso por separado el valor resulte bajo. Por otro lado existe la opción escogida por algunos centros escolares de enviar a la formación a un/una tutor/a, profesor/a o al coordinador/a de ciclo y este/esta a su vez se encarga de formar al resto del profesorado del centro que aplica el programa en el aula. Esto podría explicar estos valores bajos. Deberíamos plantearnos una mejora en el taller de formación que resultara atractiva al profesorado y los animara a asistir.

El espacio escolar que con diferencia mostró ser el escogido por el profesorado para desarrollar las actividades propuestas por el Programa fue a lo largo de los cursos escolares el espacio de tutoría. Otros espacios en los que el profesorado ha desarrollado las actividades han sido Lengua Castellana y catalana. En el taller de formación se podría sugerir la colaboración entre profesorado que trabaje con el mismo grupo de alumnos en el aula. Si se coordinaran entre ellos y repartieran las sesiones, la dedicación de cada uno resultaría más asumible por el centro escolar.

El programa 'PRESSEC' desde su evaluación fue recomendado para alumnado de 4º de ESO. Los resultados observados mostraron que a lo largo de los cursos escolares este ha sido el curso escogido por el profesorado para su aplicación (78,9%) pero sorprende que ya en estos años un porcentaje de un 16,7% de media lo aplica en 3º de ESO. Este hecho se ha observado a lo largo de los cursos escolares y ha ido aumentando hasta el momento actual. Quizá porque el perfil del alumnado obviamente ha ido cambiando a lo largo de los años.

Las tablas de resultados sobre el cumplimiento de cada sesión del programa 'PRESSEC' recogen el porcentaje de profesorado que afirma haber realizado en el aula cada una de las sesiones

propuestas. Con anterioridad se aseguró que los datos recogieran una dedicación mínima de 50 minutos por sesión. Se observó una bajada paulatina del cumplimiento de las sesiones, de la 1a a la sexta, hecho que coincide con el seguimiento de otros programas de promoción de la salud ofertados por la ASPB y centrados en otras conductas de riesgo para la salud (consumo de tabaco y otras sustancias, etc.). La explicación podría estar en la falta de tiempo del profesorado al tener que dar a lo largo del curso prioridad a otros temas en el espacio de tutoría.

Se observó también una dedicación en cuanto a tiempo muy superior al previsto. La dedicación en horas al Programa ya sido casi del doble en los cursos escolares estudiados. Este hecho podría explicar la bajada paulatina de cumplimiento de las sesiones a medida que avanza el programa. El cansancio del profesorado y la dedicación de tantas horas de tutoría podrían explicar esto.

Del profesorado participante afirmó haber utilizado otros recursos complementarios, la mayoría afirmó utilizar artículos de revistas, libros y créditos variables. Se observó también el inicio del uso de internet como recurso por parte del profesorado. En los resultados cualitativos se insiste en este aspecto. El profesorado habla de recursos actuales que han utilizado con sus alumnos y que le han funcionado bien. Vale la pena replantearse la necesidad de ofrecer recursos complementarios y de soporte al profesorado que les facilite la adaptación a las características del alumnado.

Aproximadamente la mitad de los participantes en el programa a lo largo de los cursos escolares estudiados afirmó haber realizado la actividad de entorno propuesta (la visita a un centro de atención a la salud afectiva y sexual). De estos, la mayoría visitó el CJAS, un centro con un número limitado de talleres a ofrecer debido a la cantidad de subvención recibida cada curso escolar.

En relación a la valoración de algunos aspectos de la intervención por parte del profesorado, se observaron resultados positivos. El profesorado en su mayoría afirmó que el alumnado se mostró interesado en las actividades, aceptaron globalmente el programa y participaron de forma activa en las actividades. El profesorado consideró el programa idóneo para la edad del alumnado al igual que la adecuación de sus contenidos educativos. Se observó una satisfacción

global con el programa favorable. La valoración de la formación con previa re vivir para el desarrollo del Programa obtuvo una puntuación positiva pero mejorable.

La mayoría de profesorado que a lo largo de los cursos escolares estudiados enviaron su valoración, afirmaron su interés en volver a aplicar el Programa dato muy favorable para la valoración del programa. El profesorado a lo largo de los cursos va opinando cada vez en mayor medida la necesidad de actualización de los materiales y de contenidos. Vale la pena hacer un esfuerzo para cambiar y mejorar este aspecto por la buena continuidad de la intervención.

Respecto al soporte recibido para el desarrollo del Programa, la mayoría del profesorado lo ha valorado positivamente.

### **Programa 'Parlem Clar'**

#### **En relación a los resultados de la diseminación y evaluación del proceso de implementación (2004-10):**

La cobertura del programa 'Parlem Clar' se consideró a lo largo de los cursos escolares estudiados baja en relación al número de centros escolares de secundaria postobligatoria de la ciudad de Barcelona. La cobertura observada en este programa resultó muy inferior a la del programa 'PRESSEC'. Los motivos pueden ser entre otros que va dirigido a alumnado más maduro, que implica la participación del alumnado en la realización de dos de las sesiones y esto puede hacer que el profesorado prefiera llevar el las riendas del Programa. En estos momentos el desarrollo de actividades por una pareja de alumnos del aula era un hecho novedoso en los centros escolares, pocas intervenciones utilizaban a los 'peers' para este tipo de actividades en el aula. Todo y que la cobertura de este Programa es inferior al 'PRESSEC' sus valoraciones y opiniones del profesorado recogidas a lo largo de los cursos escolares han sido muy favorables, incluso mejores a los comentarios en relación al 'PRESSEC'.



El número de profesorado participante a lo largo del periodo estudiado resultó también variable y claramente mejorable. Con valores muy inferiores a los alcanzados por el programa 'PRESSEC'. Analizando los cursos escolares por separado se observaron dos cursos escolares que mostraron unos valores especialmente bajos, los cursos 2006-07 y 2007-08. El curso en el que se observó mayor participación fue según las fichas de valoración recibidas, el 2009-10. Habría que analizar si realmente estos datos reflejan una mayor o menor aplicación del programa o son reflejo de una mayor o menor recogida recepción de fichas de valoración.

Es destacable el comentario del profesorado en los resultados cualitativos que sugieren que se recojan también las evaluaciones del programa por parte del alumnado participante, de los jóvenes educadores.

La edad media del profesorado participante se ha mantenido estable a lo largo de los cursos escolares (43,3 años), al igual que una mayor participación de profesoras respecto a profesores (70,5% de valor medio de mujeres), valor superior al observado en el programa 'PRESSEC'. Este dato puede reflejar una mayor preferencia por el trabajo en el aula de estos temas relacionados con la conducta sexual o ser un reflejo de la mayor proporción de mujeres en profesión de magisterio, considerada una carrera más femenina.

Al analizar el porcentaje de profesorado que aplica el programa cada curso escolar en relación con su asistencia a la formación previa (que el equipo de investigación considera parte de la intervención o un requisito para garantizar su calidad) se observó un valor inferior al esperado. Se ha de tener en cuenta que el profesorado participante y formado se va acumulando cada curso escolar, es decir, que cada curso que avanza en principio se cuenta con un número superior de profesorado formado. Aunque analizando cada curso por separado el valor resulte bajo. Por otro lado existe la opción escogida por algunos centros escolares de enviar a la formación a un/una tutor/a, profesor/a o al coordinador/a de ciclo y este/esta a su vez se encarga de formar al resto del profesorado del centro que aplica el programa en el aula. Esto podría explicar estos valores bajos. Otro aspecto a tener en cuenta es la formación de los jóvenes educadores en este Programa. También debían asistir a la formación previa, a unos talleres diseñados y realizados especialmente para ellos. Todo y no contar información para todos los

cursos escolares estudiados, su participación obtuvo un porcentaje medio de asistencia del 64,5 % de los que desarrollaron las actividades con sus compañeros de aula.

El espacio escolar que con diferencia mostró ser el escogido por el profesorado para desarrollar las actividades propuestas por el Programa fue a lo largo de los cursos escolares el espacio de tutoría (74,5%).

El programa 'Parlem Clar' desde su evaluación fue recomendado para alumnado de Bachillerato y Módulos Formativos. Los resultados observados mostraron que a lo largo de los cursos escolares estos han sido los cursos escogidos por el profesorado para su aplicación (59,0% Bachillerato y 8,5% para Módulos Formativos) pero sorprende un porcentaje de un 13,6% que afirmó haberlo aplicado en otros cursos. Entre los resultados cualitativos a lo largo de los cursos escolares estudiados, se recoge la idea de hacer mayor difusión entre los Ciclos Formativos.

Las tablas de resultados sobre el cumplimiento de cada sesión del programa 'Parlem Clar' recogen el porcentaje de profesorado que afirma haber realizado en el aula cada una de las sesiones propuestas. Con anterioridad se aseguró que los datos recogieran una dedicación mínima de 50 minutos por sesión. Se observó una bajada paulatina del cumplimiento de las sesiones, pero los porcentajes de cumplimiento son muy superiores a los del programa 'PRESSEC.' Esto podría explicarse al tratarse de un Programa formado únicamente por cuatro sesiones y su realización repartida entre el profesorado y los jóvenes educadores.

Se observó también una dedicación en cuanto a tiempo algo superior al previsto, pero mucho menos que en el caso del programa 'PRESSEC'. La dedicación media en horas al Programa ha sido de 5h de media en los cursos escolares estudiados. De cara al futuro se debería recomendar al profesorado que no dedique más tiempo del propuesto para que de esa forma llegue sin problemas a la realización de las últimas sesiones.

Es importante la opinión recogida del profesorado de la necesidad de actualizar los materiales y adecuarlos a la realidad actual del alumnado. De igual manera también se ha recogido la necesidad de actualizar otros recursos como los audiovisuales.

Aproximadamente la mitad de los participantes en el programa a lo largo de los cursos escolares estudiados afirmó haber realizado la actividad de entorno propuesta (la visita a un centro de atención a la salud afectiva y sexual). De estos, la mayoría visitó el CJAS, un centro con un número limitado de talleres a ofrecer debido a la cantidad de subvención recibida cada curso escolar. Entre los resultados cualitativos se observa la necesidad del profesorado de que se agilice y facilite la coordinación y contacto con los recursos de asistencia a la salud sexual y reproductiva. Se afirma que resulta más fácil cuando el recurso es el CJAS. Este aspecto debería ser estudiado con mayor profundidad para ser mejorado.

En relación a la valoración de algunos aspectos de la intervención por parte del profesorado, se observaron resultados positivos. Los valores fueron en todos los casos superiores a los obtenidos por el programa 'PRESSEC'. El profesorado en su mayoría afirmó que el alumnado se mostró interesado en las actividades, aceptaron globalmente el programa y participaron de forma activa en las actividades. El profesorado consideró el programa idóneo para la edad del alumnado al igual que la adecuación de sus contenidos educativos. Se observó una satisfacción global con el programa favorable. La valoración de la formación con previa para el desarrollo del Programa obtuvo una puntuación positiva.

La mayoría de profesorado que a lo largo de los cursos escolares estudiados enviaron su valoración, afirmaron su interés en volver a aplicar el Programa, dato muy favorable para la valoración del programa.

Respecto al soporte recibido para el desarrollo del Programa, la mayoría del profesorado ya valorado positivamente esta a lo largo de los cursos escolares. En los resultados cualitativos el profesorado solicita por otro lado mayor implicación de agentes externos a la escuela en la realización de las actividades

#### Limitaciones del estudio

Los datos de cobertura en los cursos escolares estudiados estuvieron infravalorados hasta el curso escolar 2007-08. En un principio los informes de seguimiento se basaban únicamente en

las fichas de valoración recibidas del profesorado que una vez inscritos al programa y una vez habían aplicado el programa, nos hacían llegar su valoración. A partir de este curso escolar además de esta información contenida en los informes se empezó a utilizar los indicadores proporcionados por las profesionales del Servicio de Salud Comunitaria. Estas profesionales que estaban en contacto personal con el profesorado desde el momento de las inscripciones a los programas hasta el momento de valorar la aplicación poseían información privilegiada al respecto. A partir de este momento para las coberturas se utilizó la información proporcionada por ellas. De esta forma se evitó la infra valoración aunque se tuvo que utilizar la información proporcionada por las fichas de valoración recibida es para el estudio del resto de variables. Esta información por otro lado, pudo mostrar a partir del curso escolar 2008-2009 hasta el curso 2009-10 una sobre valoración de ciertos indicadores como la cobertura porque hemos de confiar en la información proporcionada por el profesorado de 'viva voz', sin contar con todas las valoraciones de los participantes por escrito. Esta fue una limitación del estudio desde el primer momento y que aún hoy en día sigue existiendo.

## Capítulo 5. ‘Parlem-ne; no et tallis!’

### Segunda fase de la investigación: Diseño, desarrollo y evaluación del programa

#### ‘Parlem-ne; no et tallis!’

#### Programa ‘Parlem-ne; no et tallis!’

##### 5.1. Resultados de la reevaluación de necesidades

##### -Resultados del estudio cualitativo con directores y profesorado (Egea, et al., 2008):

A la hora de aplicar un programa de promoción de la salud en la escuela, se pueden distinguir entre factores que facilitan esta aplicación y la decisión de los equipos directivos y el profesorado de los centros escolares y factores que la dificultan.

PARTE TEORICA	
-Modelos teóricos de cambio conductual -Programas de prevención del embarazo, ITS y VIH/SIDA	
PARTE EMPIRICA	
Hipótesis y objetivos	
Procedimientos	Intervenciones
1ª FASE	
-Evaluación de necesidades -Evaluación de la efectividad -Evaluación del proceso de implementación -Diseminación (2004-10)	‘PRESSEC’ (1993) Adolescentes-jóvenes 15-16 años
-Reevaluación de necesidades -Evaluación de la efectividad -Evaluación del proceso de implementación -Diseminación (2004-10)	‘Parlem Clar’ (2001) Adolescentes-jóvenes 16-18 años
2ª FASE	
-Reevaluación de necesidades -Evaluación del proceso de implementación -Diseminación (2010-14)	‘Parlem-ne; no et tallis!’ (2010) Adolescentes-jóvenes 16-18 años
Conclusiones	

Se presentan los resultados resumidos del estudio cualitativo que se llevó a cabo mediante grupos de discusión y entrevistas en profundidad en Barcelona ciudad en 2007 y que sirvió como punto de partida para identificar aspectos que dificultaban la inscripción e implementación de los programas ‘PRESSEC’ y ‘Parlem Clar’ y aspectos facilitadores. También se recogen algunas de las propuestas hechas por los participantes (Ver tabla 44, 45, 46). Parte de la información literal podemos encontrarla en el anexo, documento 3.

Los participantes en los grupos de discusión y entrevistas identificaron tres factores importantes que influían en la decisión de implementar o no un programa de promoción de la salud en el aula, los factores educativos, los factores familiares y factores de índole social-comunitaria. En estos últimos no entraremos en la presentación de resultados por ser los más difícilmente modificables por el equipo de investigación.

Los factores educativos que dificultan la implementación de los programas de promoción de la salud más destacables y con posibilidades de modificación o mejora fueron: Los medios audiovisuales en los programas eran insuficientes, las jornadas de formación dirigidas al profesorado eran mejorables, la creencia por parte del profesorado y directivos de las escuelas que determinada información podía provocar efectos negativos en el alumnado, la extensión de los programas, el apoyo y seguimiento sobre temas de salud era insuficiente para el profesorado y el alumnado, la creencia que era necesaria la presencia de un experto externo para cubrir las demandas de prevención, la falta de presencia de las familias en los programas, que no se empezase a intervenir en educación primaria, el hecho que la implementación de programas en el aula dependa de los criterios de priorización de profesorado, la inadecuación de los programas a la edad y la diversidad del alumnado, la falta de incentivos al profesorado y a las escuelas que implementan programas.

Los factores educativos que facilitaban la implementación de los programas fueron: el prestigio y valoración positiva de los programas de la ASPB, la creencia de los profesores del aula como lugar idóneo para trabajar la prevención, dar más carga en prevención a los profesores de educación física, que sea el departamento de orientación psicopedagógica dentro del centro educativo, quien lidere/impulse la función de coordinación de los programas de salud, la valoración de los programas por su utilidad como herramienta de reflexión para los alumnos/as, que a su vez facilita la tutoría, la presión social sobre la escuela contribuye a que se marque como tarea primordial de los centros escolares el prevenir los problemas sociales, la construcción de la prevención como una tarea del docente y la valoración de la información proporcionada por los programas de la ASPB como fiable y contrastada.

Finalmente los factores familiares que dificultaban la implementación de programas de promoción de la salud en el aula fueron: El desbordamiento del núcleo familiar en materia de prevención y gestión de problemas, las familias que representaban 'modelos de prevención contrarios a los que se pretendía instaurar con los programas, se delegaba la responsabilidad de la prevención a las escuelas por parte de los padres y cuando los padres eran reticentes a que se trabajase la prevención en el aula.

**Tabla 44.** Factores educativos que dificultan la implementación de los programas de promoción de la salud en la escuela (Egea, et al., 2008)

Factores que dificultan	Algunas propuestas de los participantes
1. Ausencia de acuerdo colectivo del claustro escolar	
2. Medios audiovisuales insuficientes en de los programas	Que dejen de responder a un 'un modelo típico de alumno/a', 'que se utilicen para trabajar las consecuencias negativas a largo plazo'
3. Jornadas de formación susceptibles de mejoras	Realizarlas 'a mediados o principios de octubre, o a principios de julio', 'que la información llegase con suficiente antelación', que fuese 'homologada'.
4. Demanda de formación en el área de psicología, pedagogía y dinamización de grupos	Entrenamiento en dinámicas de grupo, 'adaptarlas a la heterogeneidad, realidad y diversidad de los alumnos'
5. La creencia de que transmitir determinada información podía provocar efectos negativos en los alumnos	
6. La extensión de los programas	'Indicar que partes es mejor seleccionar del programa si decides no aplicarlo entero
7. El procedimiento de selección de partes concretas dentro de los programas	
8. Apoyo puntual y seguimiento sobre temas de salud insuficiente, para docentes y alumnos/as, a lo largo del curso escolar	'Contar con servicios de atención externa (enfermería, apoyo especializado)' que diesen soporte a: los alumnos ante problemas individuales puntuales o cuando el profesor, que 'no era experto en todas las materias'
9. La creencia sobre la necesidad de que un experto externo acudiese al centro para cubrir demandas de prevención, y que esta tarea no fuese tarea del profesorado	'Que se organizaran conferencias realizadas por expertos, visitas a recursos', 'tutorización por parte de la ASPB' o que 'profesionales de ésta recomendase a expertos externos
10. La falta de autoridad de la dirección a la hora de obligar a hacer programas al profesorado	'Premiar o incentivar de algún modo a los directores que los impulsasen', 'dar todas las facilidades posibles al profesorado que estuviese involucrado en la tarea de prevención'
11. La ausencia de la familia en los programas	'Que una parte de los programas se trabajase en casa', 'que se hiciesen entrevistas a los padres, etc.'
12. El enfrentamiento entre familia y escuela	
13. Que no se comience a aplicar intervenciones preventivas en Educación 1aria	'Empezar en primaria porque tendrían más efecto al no ser tan relevante la presión de los iguales'
14. El hecho de que aplicar programas en el aula era una elección personal según los criterios prioritarios de cada profesor	'Que percibiesen el problema a prevenir como relevante'
15. La inadecuación de los programas a la edad del alumno	
16. La inadecuación de los programas a la diversidad del aula	
17. Falta de incentivos a las escuelas "saludables" (aquellas que hacen programas):	'Que hubiese un reconocimiento institucional a las escuelas que aplicaban programas
18. Falta de incentivos a los profesores que realizan los programas	'Que se contemplase a los profesores las horas dedicadas a hacer seguimiento del programa, coordinación con otros tutores, etc.'
19. La ausencia de carácter interdisciplinar en el modo de enfocar la prevención	'Que el trabajo preventivo debía hacerse de una manera más interdisciplinaria' (trabajarla desde las múltiples áreas del programa escolar)
20. La falta de 'merchandising' en los programas	
21. Escasas actividades dirigidas a trabajar con la influencia de los iguales	'Desacreditar las creencias grupales erróneas del tipo: ser el que se droga más es ser el más fuerte, ser el que más fuma el más guay, etc.'
22. El personal cambiante cada curso escolar en los centros educativos provoca que no haya continuidad en los programas, pero también facilita la posibilidad de cambio y renovación	
23. Profesorado que no era un modelo saludable	
24. El modo de escoger los programas	
25. La necesidad de actualización de los programas de la ASPB	'Que los programas fueran revisados con más frecuencia, dada la característica cambiante de nuestra sociedad'
26. La problemática de trabajar los programas a la hora de tutoría	
27. La sobrecarga de trabajo como docentes	
28. Otras críticas y propuestas de mejora	

**Tabla 45.** Factores educativos que facilitan la implementación de los programas de promoción de la salud en la escuela (Egea, et al., 2008)

Factores que facilitan	Algunos comentarios de los participantes
1. Prestigio y valoración positiva de los programas de la ASPB	Describieron los programas como 'prácticos', 'necesarios', 'buenos para el alumnado', 'consistentes', 'bien elaborados', 'con herramientas de utilidad', 'válidos', 'bien estructurados', 'de gran flexibilidad', 'con contenidos adecuados a la realidad social de nuestros días' y 'abalados por una entidad pública como la ASPB'
2. La creencia de los profesores del aula como lugar idóneo para trabajar la prevención	Es unánime en todos los participantes la concepción del profesorado que el aula era 'el lugar idóneo para trabajar en prevención', 'porque podían proporcionar a los alumnos/as un referente saludable (distinto a la familia, la TV, o los modelos sociales predominantes)'
3. Dar más carga en prevención a los profesores de educación física	
4. Que sea el departamento de orientación psicopedagógica, dentro del centro educativo, quien lidere/impulse la función de coordinación de los programas de salud	
5. La valoración de los programas por su utilidad como herramienta de reflexión para los alumnos/as, que a su vez facilita la tutoría	Su 'utilidad como herramienta de reflexión para los alumnos/as y que facilita la tutoría'. Los programas facilitaban la tutoría 'proponiendo temas sobre los que trabajar'. Todos los participantes opinaban que los programas 'enseñaban a pensar al alumnado'.
6. La presión social sobre la escuela contribuye a que se marque como tarea primordial de los centros escolares el prevenir los problemas sociales	
7. La construcción de la prevención como una tarea del docente	Eran conscientes de que 'la labor preventiva les <b>atañía</b> como educadores', y ello les llevaba 'responsabilizarse e implicarse en el desarrollo de los programas'
8. Valoración de la información proporcionada por los programas de la ASPB como fiable y contrastada	Que los programas de la ASPB 'proporcionaban información correcta, contrastada y fiable'.

**Tabla 46.** Factores familiares que dificultan la implementación de los programas de promoción de la salud en la escuela (Egea, et al., 2008)

Factores familiares que dificultan la implementación
1. 'El desbordamiento del núcleo familiar en materia de prevención y gestión de problemas'
2. Las familias que representan 'modelos de prevención contrarios a los que se pretendía instaurar con los programas'
3. 'Se delegaba la responsabilidad de la prevención a las escuelas por parte de los padres'
4. Cuando los padres 'eran reticentes a que se trabajase la prevención en el aula'.

Limitaciones: Se asumieron las limitaciones propias de los estudios cualitativos y de los grupos de discusión en particular. Dado el número de grupos realizados, los participantes conseguidos, la saturación del discurso y la consistencia de los resultados hallada entre los grupos, el equipo investigador consideró que los resultados de esta investigación podían proporcionarnos puntos de vista y percepciones de los profesores y equipos directivos de los centros escolares de Barcelona.



Se detectó un posible sesgo de selección al identificar como posibles participantes de nuestro estudio aquellos docentes/escuelas que contestaron que estarían dispuestos a participar en el estudio en un cuestionario previo (quedando al margen aquellas escuelas que nunca han participado en las actividades preventivas ofrecidas por la ASPB).

Para minimizar las limitaciones de aplicar técnicas cualitativas en nuestro estudio se realizó: un *'member checking'* de resultados, devolviéndolos al 50% de participantes y obteniendo una amplia confirmación, una triangulación de datos, investigadores, métodos y metodologías, se entrevistaron 4 informantes clave para validar los resultados del estudio y confirmar que las conclusiones obtenidas por el equipo investigador eran significativas, y los resultados representativos, los hallazgos se complementaron y confirmaron con 8 entrevistas a informantes claves, con el análisis cuantitativo de un cuestionario y con los resultados cualitativos de la evaluación de la implementación/proceso y diseminación de los programas preventivos realizada entre el 2004 y el 2010.

#### **-Resultados de la de la diseminación y evaluación del proceso de implementación de los programas 'PRESSEC' y 'Parlem Clar' entre 2004 y 2010**

Sobre este aspecto ya se ha hablado en el capítulo anterior. En este apartado se resumen las ideas clave obtenidas y algunas sugerencias para futuras intervenciones, que sirvieron para identificar los aspectos concretos a mejorar de los programas 'PRESSEC' y 'Parlem Clar' y aspectos a mantener.

-Es factible un programa de prevención del embarazo, de ITS incluida la infección por el VIH/sida, basado en un modelo teórico de cambio conductual y consigue resultados favorables a la prevención.

-En futuras intervenciones es necesario tener presentes las diferencias de intereses entre chicos y chicas y también diferenciar aspectos preventivos en parejas habituales y parejas esporádicas.

-Parece necesario explorar el diseño de intervenciones preventivas más amplias que aborden al mismo tiempo diferentes conductas de riesgo que interactúan, como el consumo de alcohol y las relaciones sexuales.

- El acceso de los jóvenes a los preservativos, a otros métodos contraceptivos y a un ambiente favorable a la prevención y la solidaridad son objetivos a trabajar en paralelo al desarrollo de programas en la escuela. La coordinación del programa con las visitas individuales y colectivas a los centros de salud sexual y reproductiva es un primer paso adoptado en esta dirección.

-En base a los resultados observados se identificó la necesidad de actualizar los programas 'PRESSEC' y 'Parlem Clar' o rediseñarlos, desarrollarlos y evaluar su implementación. El planteamiento debería ser diferente: mayor adaptabilidad, mayor número de situaciones para que el alumnado se sintiera identificado, incluir la diversidad del alumnado. Para ello se sopesa la posibilidad de que los programas de promoción de la salud puedan adaptarse a las características diferenciales de los territorios y a la diversidad de alumnado.

-Es importante estimular la actualización de la formación del programa, teniendo en cuenta las necesidades e intereses del profesorado. El propio profesorado reconocía la necesidad de asistencia previa a la formación. Aquellos que no pudieron asistir reconocieron que les había costado seguir algunas actividades.

-El espacio de tutoría parece ser el más adecuado y adaptable para desarrollar las unidades que forman el programa.

- Resulta importante insistir al profesorado que no deberían dedicar más tiempo a las sesiones primeras si con ello dejan de desarrollar a posteriori las unidades finales y que dediquen el tiempo mínimo recomendado al desarrollo de cada unidad.

-Un número reducido de unidades facilita que el profesorado llegue al final del Programa. Conviene actualizar algunos materiales así como contenidos, incorporando actividades más breves que permitan una mejor planificación y desarrollo de los programas.

-El desarrollo compartido de las unidades por el profesorado y la pareja de jóvenes educadores del programa 'Parlem Clar' facilita el desarrollo de todas las sesiones pero requiere la formación previa de los dinamizadores.

-Es importante ofrecer al profesorado un listado actualizado de recursos, revisados previamente por el equipo de investigación para garantizar su adecuación al programa y entregarlo en el taller de formación previo al desarrollo del programa.

-La actividad de entorno es considerada parte de la intervención por lo que vale la pena insistir en su realización, facilitando el acceso del alumnado a esta sesión y favoreciendo también la coordinación.

-El hecho que la gran mayoría del profesorado que ha aplicado alguno de los programas en el aula piense en volver a aplicarlo nos indica que pese a las dificultades los profesionales escolares han acabado satisfechos de la intervención.

-El soporte recibido por el centro escolar, por las profesionales del Servicio de Salud Comunitaria y por el equipo de investigación ha sido suficiente y muy bien valorado.

-Las dinámicas creadas mediante las actividades en el aula fueron muy bien valoradas por el profesorado ya que permitieron un dialogo abierto y ágil con el alumnado.

-Contar con las valoraciones por parte de los jóvenes que reciben la intervención permite identificar aquello que más les gusta, motiva y lo que menos les agrada.

-Todo y que cada programa se diseñó para ser implementado en una etapa escolar determinada, con el paso del tiempo parece que el profesor implementa uno u otro según las características del alumnado y no por la etapa escolar recomendada.

**-Resultados del estudio cualitativo con profesorado, jóvenes educadores y alumnado, mediante grupos de discusión y entrevistas grupales y personales:**

En el momento de la reevaluación de necesidades del programa 'Parlem-ne; no et tallis!', se valoró necesario conocer la opinión del profesorado que había aplicado alguno de los programas ('PRESSEC' y 'Parlem clar') durante los dos últimos cursos escolares. Ellos tendrían una idea clara de los aspectos que habían funcionado de forma adecuada en el aula y por lo tanto habría que mantener en la actualización y aquellos que habían mostrado alguna dificultad y por lo tanto eran susceptibles de ser mejorados.

De la misma manera se consideró imprescindible recoger la opinión de los jóvenes educadores que habían compartido la aplicación del programa 'Parlem Clar' y del alumnado, que en el mismo periodo que el profesorado, había recibido la intervención de uno de los dos programas a actualizar.

A continuación se presentan los principales resultados obtenidos, los resultados literales se pueden ver en el anexo, documento 4.

En la tabla 47 se recogen las características de los participantes en los grupos de discusión y entrevista para cada uno de los programas.

En la tabla 48 y 49 se presentan los principales resultados de los grupos de discusión y entrevistas (individuales y grupales) para cada programa.

**Tabla 47.** Características de los participantes en los grupos de discusión y entrevistas, estudio cualitativo con profesorado, jóvenes educadores y alumnado

<b>‘PRESSEC’</b>	<b>‘Parlem Clar’</b>
<b>Profesorado</b> (3 grupos de discusión)	<b>Profesorado</b> (1 grupo de discusión / 1 entrevista grupal)
7 profesores (4 mujeres, 3 hombres) de los distritos 6, 7 y 8 8 profesores (5 mujeres, 3 hombres) de los distritos 1, 2, 5, 7 y 10 7 profesores, (5 mujeres, 2 hombres) de los distritos 2, 7 y 8  Total: 22 profesores/as de los distritos 1, 2, 5, 6, 7, 8 y 10 de centros escolares de la ciudad de Barcelona.	8 profesores (6 mujeres, 2 hombres) de los distritos 5 y 1 2 profesores (2 mujeres) del distrito 3  Total: 10 profesores/as de los distritos 1, 3 y 5 de centros escolares de la ciudad de Barcelona.
<b>Alumnado</b> (7 grupos de discusión)	<b>Jóvenes educadores</b> (1 grupo de discusión / 1 entrevista grupal)
7 alumnos/as del distrito 8 11 alumnos/as del distrito 8 9 alumnos/as del distrito 8 12 alumnos/as del distrito 7  Total: 65 alumnos/as de los distritos 7 y 8 de centros escolares de la ciudad de Barcelona.	12 jóvenes educadores (6 chicas y 6 chicos) del distrito 5 2 jóvenes educadores (1 chica y 1 chico) del distrito 1  Total: 14 jóvenes educadores de centros escolares de los distritos 1 y 5
	<b>Alumnado</b> (1 grupo de discusión)
	14 alumnos (7 chicas y 7 chicos) de un centro escolar del distrito 5  Total: 14 alumnos/as de un centro escolar del distrito 5 de la ciudad de Barcelona.

En relación a los aspectos a mejorar del programa ‘PRESSEC’, se identificaron seis aspectos mejorables: sobre las actividades, los participantes indicaron que el cuestionario resultaba largo y pidieron que la visita al CJAS fuera gratuita, respecto a las situaciones pidieron contar con diferentes situaciones para adaptarse al alumnado, en relación a los contenidos incluyeron contenidos nuevos como diversidad sexual, comunicación con los padres, interculturalidad, aspectos de género, etc., en relación a los materiales piden el diseño de un audiovisual, respecto a la extensión del programa reducirlo y en relación a otros aspectos mejorables indicaron entre otros utilizar un lenguaje más coloquial.

En relación a los aspectos a mantener del programa 'PRESSEC', indicaron entre otros: las actividades participativas, el juego de rol, la visita al PASSIR o CJAS, mantener las situaciones prácticas, los contenidos sobre embarazo, ITS y VIH/sida y los esquemas, las fichas y la información para el profesorado y el alumnado.

**Tabla 48.** Resultados de los grupos de discusión y entrevistas respecto al programa 'PRESSEC', estudio cualitativo con profesorado, jóvenes educadores y alumnado

<b>ASPECTOS A MEJORAR</b>	
<b>Aspectos</b>	<b>Comentarios</b>
Actividades	-El cuestionario propuesto en la primera actividad era excesivamente largo y no iba bien. -Se pide que la actividad del CJAS sea gratuita
Situaciones	-Contar con diferentes situaciones en cada actividad para adaptarse mejor a las características del alumnado
Contenidos	-Incorporar contenidos sobre: diversidad sexual, comunicación con los padres, , anticonceptivos, la píldora del día después, autoestima, interculturalidad, habilidades de comunicación, falsas creencias y aspectos de genero
Materiales	-Diseñar un audiovisual
Extensión	-Reducir número de unidades
Otros	-Utilizar un lenguaje más coloquial -Trabajar en grupos reducidos -Proponer cuestionario para evaluar antes y después -Participación de expertos mediante una charla
<b>ASPECTOS A MANTENER</b>	
Actividades	-Actividades participativas, juegos de rol, el test, juego de las tarjetas, visita al PASSIR o CJAS
Situaciones	-Mantener situaciones practicas -Plantear situaciones típicas de su entorno
Contenidos	-Contenidos sobre embarazo, ITS y VIH/sida
Materiales	- Los esquemas, las fichas y la información para el profesorado y el alumnado

En relación a los aspectos a mejorar del programa 'Parlem Clar', se identificaron cuatro aspectos mejorables: sobre las actividades, los participantes indicaron que el juego del siglo y el role playing no gustaba a algunos alumnos, respecto a las situaciones pidieron contar con situaciones más realistas, en relación a los contenidos incluyeron contenidos nuevos como diversidad sexual, aspectos de género y qué hacer si se rompe el preservativo, en relación a los materiales piden el diseño de un audiovisual, material para el alumnado y la actualización del material.

En relación a los aspectos a mantener del programa 'PRESSEC', indicaron entre otros: el juego de rol, la visita al PASSIR o CJAS, el juego de las tarjetas y el juego del siglo, mantener los

contenidos científicos y los casos reales, los esquemas, las fichas y la información para el profesorado y el alumnado y mantener a los jóvenes educadores y su formación previa.

**Tabla 49.** Resultados de los grupos de discusión y entrevistas respecto al programa ‘Parlem Clar’, estudio cualitativo con profesorado, jóvenes educadores y alumnado

<b>ASPECTOS A MEJORAR</b>	
<b>Aspectos</b>	<b>Comentarios</b>
Actividades	-El juego del siglo no les convence, les resulta incómodo. -El role playing no les gusta, son casos extremos, no se lo toman en serio tienen miedo al ridículo
Situaciones	-Mostrar otras situaciones más realistas, menos estereotipos
Contenidos	-Incorporar contenidos sobre: homosexualidad masculina y femenina, violencia en el trato, que hacer si se rompe el preservativo
Materiales	-Actualizar los materiales -Diseñar un audiovisual -Incluir material para alumnado (libro o cuaderno)
<b>ASPECTOS A MANTENER</b>	
Actividades	-Juegos de rol, juego de las tarjetas, juego del siglo, visita al PASSIR o CJAS
Contenidos	-Información científica -Casos reales
Materiales	- Los esquemas, gráficos -Regalar preservativos-
Otros	-Jóvenes educadores -Formación previa de los jóvenes

Las principales opiniones de los participantes en relación a las propuestas concretas se pueden observar en la tabla 50 Se recogió la opinión del total de los 32 profesores/as participantes, de centros escolares de los distritos 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8 y 10; de los 14 jóvenes educadores pertenecientes a centros escolares de los distritos 1 y 5 y de los 79 alumnos de centros escolares de los distritos 5, 7 y 8. En la misma tabla observamos las respuestas a dos preguntas abiertas (propuesta 8ª y 9ª) dirigidas al profesorado y a otros participantes (alumnado y alumnado más jóvenes educadores).

En general las propuestas fueron bien recibidas por el profesorado (propuesta 1ª a la 7ª). La mayoría del profesorado participante en los grupos mostro su acuerdo con cada una de ellas. Todos y ser un estudio cualitativo hemos indicado mediante porcentajes el grado de acuerdo con cada propuesta para facilitar la valoración de la magnitud de apoyo.

**Tabla. 50.** Opinión de los participantes respecto a las propuestas concretas, estudio cualitativo con profesorado, jóvenes educadores y alumnado

PROPUESTAS	OPINION GENERAL
1ª) <b>Ofrecer un solo programa</b> y dependiendo de las características del alumnado, que se pueda <b>escoger entre dos metodologías diferentes</b>	59,3% acuerdo (*) (n=32 profesores)
2ª) <b>Ofrecer el programa a diferentes etapas educativas</b> (de 3º ESO a Bachillerato y Ciclos Formativos) y dependiendo de las características del alumnado, la escuela valora el momento de implementarlo	43,7% acuerdo (*) (n=32 profesores)
3ª) <b>Facilitar un abanico de situaciones</b> clasificadas según diferentes características: situaciones para grupos donde la mayoría no ha iniciado las relaciones sexuales con penetración, para grupos donde la mitad ha iniciado las relaciones sexuales con penetración, grupos donde la mayoría ha iniciado las relaciones sexuales con penetración, grupos donde hay presencia de alumnos de diferentes culturas, etc.	53,1% acuerdo (*) (n=32 profesores)
4ª) <b>Explicitar</b> como parte del programa la <b>visita al PASSIR o CJAS, garantizando</b> que el esquema básico de la sesión y los contenidos sean los mismos en los diferentes recursos	81,2% acuerdo (*) (n=32 profesores)
5ª) Para facilitar que el profesorado pueda seleccionar la metodología más adecuada para trabajar el tema con sus alumnos, proporcionaremos un <b>listado con las características a tener en cuenta</b> o condiciones, recomendaciones, etc.	68,7% acuerdo (*) (n=32 profesores)
6ª) Indicar de manera explícita las sesiones y actividades imprescindibles a implementar para conseguir los objetivos del programa ( <b>intervención básica</b> ) y la <b>intervención recomendada</b>	65,6% acuerdo (*) (n=32 profesores)
7ª) Los <b>materiales que formarán el programa serán:</b> una guía para el profesorado, carpetas o cuadernos con el material para el alumnado y un documento con recursos complementarios	100% acuerdo(*) (n=32 profesores)
8ª) ¿Qué <b>situaciones</b> planteadas en las actividades <b>se acercarán más a la realidad actual</b> del alumnado y facilitarían la adaptación del material a las características de los diferentes tipos de jóvenes con los que trabajáis habitualmente?  -Métodos contraceptivos, preservativo, cuando se rompe el preservativo, la postcoital -Diversidad sexual -ITS, donde ir, qué hacer si sufres una ITS -Desarrollo sexual, masturbación, la primera vez -Comunicación con los padres	(n=32 profesores + 79 alumnos)  (30,6% participantes)  (17,1% participantes) (16,2% participantes) (9,9% participantes) (8,1% participantes)
9ª) Se os ocurre algún <b>título</b> que pudiera resultar atractivo al alumnado y reflejara las características de la nueva propuesta  -La mayor parte de los títulos incorporan aspectos de la comunicación y de hablar claramente, sin tapujos: 'Hablemos claro', 'No te ralles', 'Somos más directos', 'Sin tabús', 'Al grano', 'No tengas miedo a decirlo', 'No te de vergüenza', 'Sexo Claro', 'Abiertamente', 'Sin dudas', 'Hablemos todos de todo', 'Sin pelos en la lengua'	(n=32 profesores + 79 alumnos + 14 jóvenes educadores)  Proponen título 55 participantes  40% participantes coinciden en el concepto

(\*) El porcentaje de acuerdo se hace respecto al total de participantes y al número de estos que muestra su acuerdo verbal en los grupos y entrevistas. Para facilitar la valoración de la magnitud de apoyo.



Mediante una pregunta abierta (propuesta 8ª) se pide a los participantes que plantearan las situaciones que se acercarían a la realidad del alumnado. Los participantes (profesorado y alumnado) propusieron por este orden, situaciones centradas en los métodos contraceptivos, diversidad sexual, embarazo, ITS y VIH/sida, la primera vez y la comunicación con los padres (familia).

La última propuesta planteada mediante una pregunta abierta a los participantes (profesorado, alumnado y jóvenes educadores) fue la que recogió los posibles títulos para un programa. Entre las propuestas de título aportadas, se observó una coincidencia en casi la mitad de ellas, los títulos aunque diferentes coincidieron en el concepto de comunicación abierta, de hablar del tema sin tabús ni tapujos.

#### **-Resultados de la recogida de opinión de los Equipos de Salud Comunitaria (SESAC).**

El perfil de las profesionales del SESAC a las que se preguntó, fueron casi en su totalidad personal de enfermería comunitaria. Mediante entrevistas individuales y autorregistros contestados y enviados a través de Internet, las 40 profesionales de los Equipos de Salud Comunitaria nos hicieron llegar información sobre ambos programas.

Los aspectos a mejorar que en mayor medida se repitieron fueron: Mejorar el diseño y el formato de los materiales, dar soporte al profesorado, especialmente en la primera sesión (informativa), proporcionar al profesorado soporte gráfico con contenidos básicos y contenidos complementarios al programa (diapositivas sobre métodos contraceptivos, sexualidad, prevención, etc.) actualizar los contenidos y recursos recomendados del programa, proponer mayor número de situaciones y otras estrategias para adaptarse mejor al alumnado, incorporar los aspectos de interculturalidad, dar material para el alumnado ya que tenían que hacer muchas fotocopias, actualizar materiales obsoletos, mejorar el formato y facilitar la visita a los recursos CJAS y PASSIR.

## 5.2. Ideas clave obtenidas de la reevaluación de necesidades

-El nuevo programa debe dirigirse a educación secundaria (3º y 4º de ESO, Bachillerato y Ciclos Formativos).

-En el futuro parece conveniente trabajar afectividad y sexualidad, previamente en Primaria.

-Debido a las características del alumnado de ciclos formativos, es necesario promover y hacer difusión del programa para incrementar su implementación en esta etapa educativa.

-Es necesario incorporar situaciones más actualizadas y cercanas al alumnado. Las situaciones planteadas han de centrarse en contenidos diversos: primeras relaciones, embarazo, ITS, VIH/sida, diversidad sexual y género.

-Se hace necesario fijar actualizaciones periódicas de los materiales y contenidos para que no queden obsoletos.

- Es conveniente ofrecer un solo programa y que el profesorado, según las características del alumnado, pueda escoger la metodología más adecuada para llevarlo a cabo.

- Es necesario analizar las diferencias entre los centros escolares y el alumnado de los diferentes territorios para diseñar estrategias que faciliten la implementación del programa.

-Es importante incorporar contenidos nuevos como diversidad sexual, diversidad cultural, género a los que ya se trabajaban: métodos contraceptivos, embarazo, ITS, VIH.

-Se plantea la necesidad de indicar indique en el programa la intervención recomendada (aquella formada por la totalidad de las unidades didácticas propuestas) y la intervención mínima (aquella que incluye las unidades indispensables para conseguir los objetivos).

- Es necesario incentivar a las escuelas y profesorado que implementa programas para que se formalicen acuerdos de centro sobre prevención y promoción de la salud.

-La participación de expertos en la parte del programa más informativa puede facilitar la adopción e implementación de los programas.

- La formación previa del profesorado y de los jóvenes educadores es imprescindible para la buena implementación de los programas y debe incorporar contenidos de psicología, pedagogía y dinámica de grupos. . La formación continuada de las profesionales que llevan a cabo dicha formación también es importante.

-El espacio de tutoría parece ser el más idóneo para implementar las unidades didácticas que forman el programa, pero es el profesorado quien mejor puede decidir el espacio académico más adecuado para su centro escolar.

-Es clave cuidar la manera y forma en que se realiza el contacto con la escuela, cómo se ofrecen los programas, cómo se destacan sus puntos fuertes, su flexibilidad, contenidos más significativos, beneficios derivados de su implementación en el aula, efectos positivos demostrados mediante su rigurosa evaluación, utilidad como herramienta de reflexión del alumnado sobre estos temas, etc.

-Hacer difusión de los programas en diferentes medios, en aquellos que el profesorado utiliza habitualmente, escribir artículos de reflexión junto con profesores que hayan implementado los programas en el aula, explicar experiencias, etc. Puede animar a otros profesores a introducirse en el ámbito de la promoción de la salud escolar.

-Resulta imprescindible informar al profesorado que implementa los programas en el aula de los objetivos que tiene la actividad de entorno, es decir, la visita al PASSIR o CJAS, para que se dé cuenta que no se consiguen con ninguna otra actividad. Mediante esta actividad el alumnado conoce el lugar, el recurso en el que llegado el caso puede recurrir buscando información u otro tipo de ayuda si la requiere, conoce personalmente a los profesionales que le atenderían en caso de acudir, resuelven dudas que se han planteado a lo largo de los programas y practican la correcta colocación del preservativo.

- El profesorado parece estar de acuerdo con que los materiales que formen el nuevo programa sean: una guía para el profesorado, carpetas o cuadernos con el material para el alumnado y un documento con recursos complementarios.

- Parece importante revisar y recomendar recursos diferentes para alumnado con características concretas por ejemplo con diversidad cultural.

- El tipo de dinámicas que se proponen en las diferentes actividades favorece el buen funcionamiento del grupo y la comunicación entre el alumnado y el profesorado. Se trata de dinámicas motivadoras que implican a todos los miembros del grupo con el que se ha de trabajar.

- Se ha de conseguir que los materiales para el profesorado, que no acude a los talleres de formación por haber asistido y aplicado el Programa en el curso anterior, salga tan pronto hagan su inscripción.

-Se podría recoger el punto de vista de quien recibe la intervención y que aspectos les atraen más, les motivan y que aspectos les gustan menos. De la misma manera es interesante recoger la valoración de los jóvenes educadores ya que realizan una tarea parecida a la del profesorado en el aula en el caso del programa 'Parlem Clar'.

- Es necesario actualizar los contenidos, las actividades, las situaciones planteadas y los recursos de soporte para incrementar las coberturas.

- El tema de la implicación de las familias sigue siendo un tema pendiente para este tipo de programas. Se debería estudiar cómo mejorar esta implicación y hacerla posible.

### 5.3. Descripción de la intervención: programa 'Parlem-ne; no et tallis!'. Programa escolar de salud sexual y comunicación.

El nuevo programa se centra en la prevención del embarazo adolescente y la prevención de las infecciones de transmisión sexual, incluyendo VIH/SIDA. Está dirigido a estudiantes de secundaria y puede aplicarse desde 3ºESO a 2º de Bachillerato o Ciclos Formativos (ver figura22).

El profesorado puede elegir entre dos itinerarios de acuerdo con las características del grupo, el centro y sus preferencias personales (ver figura 23).

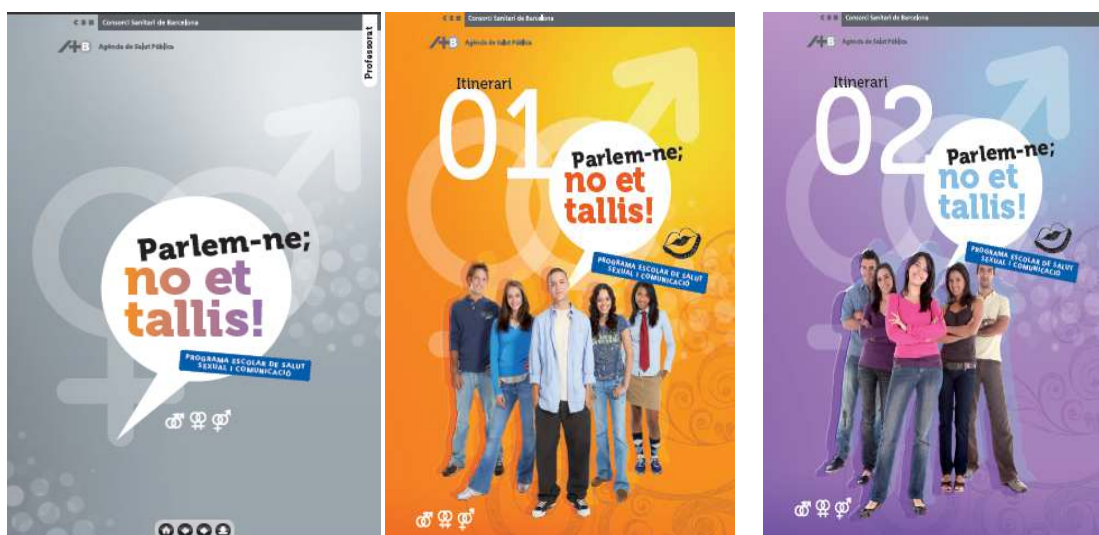


Figura 22. Materiales educativos del programa 'Parlem-ne; no et tallis!'

## **Objetivos:**

Para el profesorado:

1. Facilitar un material que ayude a prevenir las conductas sexuales de riesgo del alumnado.
2. Promover el acceso a un recurso extraescolar que facilite el trabajo de aspectos afectivos y sexuales en el caso que el grupo clase lo requiera.

Para el alumnado:

1. Reducir dudas sobre salud afectiva y sexual.
2. Reducir el riesgo de un embarazo adolescente.
3. Reducir el riesgo de infectarse por una infección de transmisión sexual, incluida la infección por el VIH/sida.

## **Contenidos**

El material se centra en la prevención del embarazo adolescente y de las ITS y el VIH/sida, en aspectos biológicos relativos a sexualidad y la contracepción, y también aspectos relativos al comportamiento personal, como el entrenamiento en habilidades de resistencia a la presión del grupo, o de comunicación y negociación con la pareja. Presenta sugerencias dirigidas al profesorado para facilitar una adecuada implementación de las unidades didácticas en el aula: aspectos clave para el profesorado, cómo facilitar mensajes preventivos, qué mensajes proporcionar a los jóvenes respecto al preservativo como medida de prevención, cómo hacer un sociograma, cómo hacer un juego de rol, contenidos de educación afectiva y sexual (desarrollo sexual, las relaciones sexuales, la primera vez, la masturbación), derechos sexuales y orientación sexual (homosexualidad, bisexualidad, heterosexualidad).

En la web de la ASPB se pueden encontrar una serie de documentos con estos contenidos básicos (<http://www.aspb.cat/quefem/escoles/parlem-ne-no-et-tallis.htm>)

## **Aspectos incorporados en la nueva edición**

En la presente actualización y edición se consideró relevante la inclusión de dos aspectos relativos a la diversidad, los relacionados con las diferentes culturas de procedencia de muchas familias y alumnado, la diversidad relativa a la orientación sexual y la diversidad en cuanto a género.

En cuanto a la diversidad cultural, el origen se ha mostrado muy asociado al embarazo adolescente. En Barcelona, las chicas extranjeras están tres veces más expuestas a un embarazo, a un aborto y a una maternidad adolescente que las autóctonas. Esto señala la necesidad de optimizar e intensificar las intervenciones preventivas sobre las diversas comunidades recién llegadas, adecuándose a sus necesidades específicas.

Respecto a la orientación sexual, a falta de información local, un estudio reciente indica que el acoso a los homosexuales en Gran Bretaña es casi una epidemia escolar. Casi dos tercios (el 65%) de las jóvenes lesbianas, gais y bisexuales han experimentado algún acoso directo. Incluso si estos alumnos no han sufrido una vivencia directa de intimidación, están inmersos en un entorno en el que el lenguaje y los comentarios homófobos son extraordinariamente comunes. Cuando en las escuelas se establece claramente que el acoso a los homosexuales no es aceptable, se reduce en un 60% (Hunt, 2007). Esto es importante, ya que se estima que un 4% de la población española tiene relaciones homosexuales (ENSS, 2009). Las familias y las escuelas pueden mitigar la estigmatización social de las personas, jóvenes y mayores con orientaciones sexuales minoritarias para salvaguardar su integridad, sus derechos y su salud mental (Ryan, 2010). La actual invisibilidad y el silencio de este porcentaje de población entre el alumnado puede indicar la existencia de situaciones de discriminación en las aulas de secundaria.

## **Procedimiento**

El material propone actividades individuales y grupales, así como fichas, discusión en grupo, debates, discusión de casos y escenificación de situaciones.

## **Metodología**

El programa presenta dos itinerarios diferenciados para adaptarse a las características del grupo clase con el cual se ha de trabajar. El profesorado escoge un itinerario u otro según las características del grupo, las suyas propias. Los aspectos que pueden ayudar al profesorado a elegir un itinerario u otro son las siguientes:

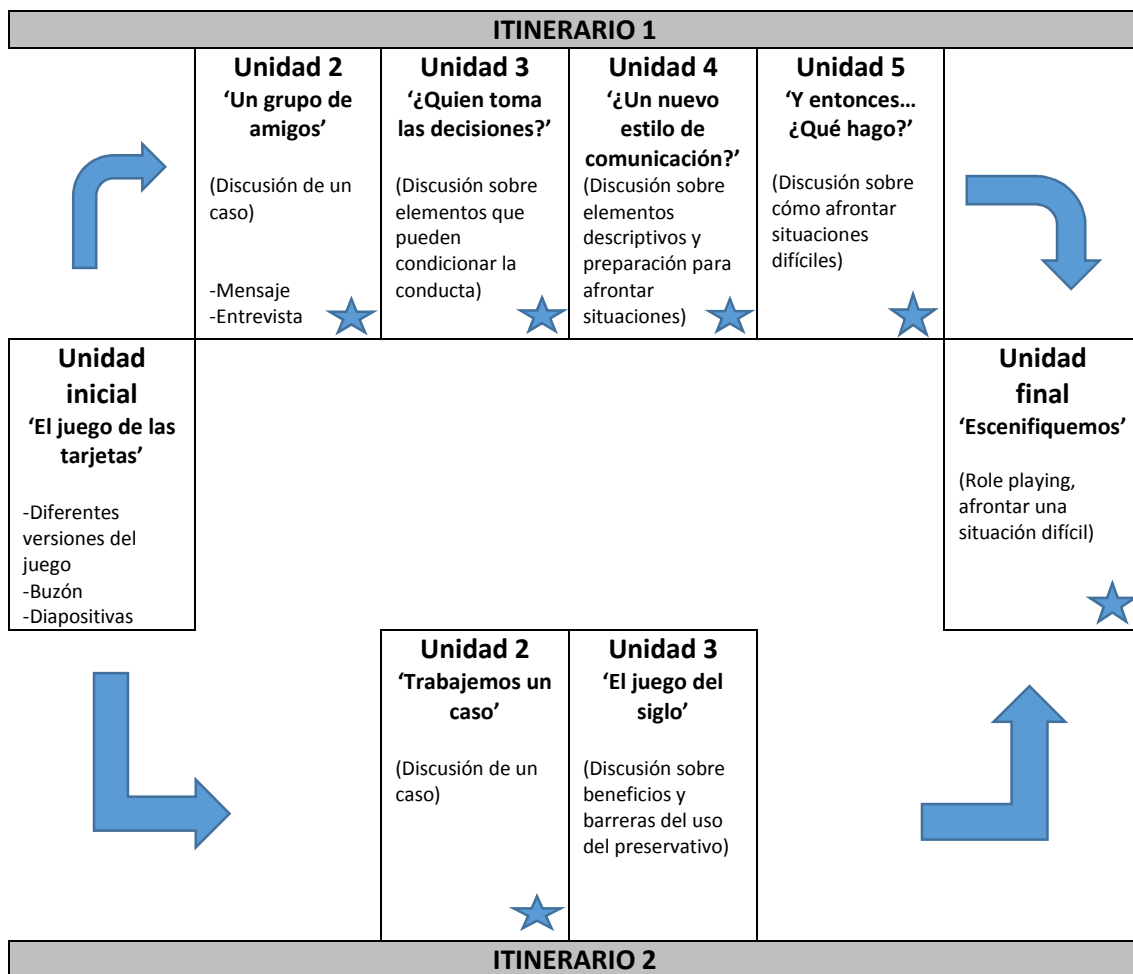
### Itinerario 1:

- El grupo requiere soporte y supervisión por parte del profesorado para llevar a cabo las actividades.
- Alumnado de 3º y 4º de ESO.
- El alumnado es especialmente joven.
- El alumnado es inmaduro.
- El alumnado requiere que los contenidos se trabajen poco a poco, de manera escalonada.
- El alumnado no ha realizado previamente actividades centradas en educación afectiva y sexual.
- El alumnado no es muy participativo.

### Itinerario 2:

- El profesorado cree que parte de las actividades pueden ser aplicadas por una pareja de alumnos de la misma aula, formados previamente.
- El grupo no requiere mucho soporte y supervisión del profesorado para desarrollar las actividades.
- El alumnado cursa Bachillerato o ciclos formativos.
- El alumnado es relativamente maduro.
- El alumnado puede trabajar los contenidos directamente.
- El alumnado ha participado previamente en alguna intervención de educación afectiva y sexual.
- El alumnado es participativo.





★ Actividad adaptable al grupo aula, según situación escogida

**Figura 23.** Estructura y contenidos del programa 'Parlem-ne; no et tallis!'

### Situaciones para aplicar en las diferentes actividades

Para adaptar al máximo cada actividad a las características de cada grupo con el que se ha de trabajar, en el anexo de la guía para el educador, se presenta un abanico de 32 situaciones que el profesorado puede ir escogiendo. Estas situaciones están colgadas también en la web de la ASPB (ver tabla 51).

Para facilitar la tarea del profesorado, las situaciones presentan un título, la fuente, el tema tratado y los posibles contenidos a trabajar con el alumnado. Casi todas tratan aspectos afectivos, emocionales y de prácticas sexuales.

**Tabla 51.** Situaciones: título y tema central tratado, programa ‘Parlem-ne; no et tallis!’

SITUACION	TITULO	TEMA CENTRAL
Situación 1	‘Comprar preservativos’	Comprar preservativos por primera vez
Situación 2	‘El grupo de siempre’	Relaciones abusivas
Situación 3	‘Mi amigo’	Descubrimiento de la homosexualidad de un amigo
Situación 4	‘Buscar información’	Donde encontrar información fiable
Situación 5	‘Mi cuerpo’	Valoración personal y autoestima
Situación 6	‘No, mi hermana no’	Embarazo no deseado en una persona cercana
Situación 7	‘Karim’	Diferencias culturales y matrimonios pactados
Situación 8	‘¿Preguntárselo a mi madre?’	Comunicación con la familia
Situación 9	‘No sin el condón’	Convencer a la pareja del uso del preservativo
Situación 10	‘¡Quítate eso!’	Relaciones abusivas
Situación 11	‘¡Qué lío!’	Relaciones por internet
Situación 12	‘Marcos’	Infección de Transmisión Sexual.
Situación 13	‘La píldora del día después’	La píldora del día después
Situación 14	‘¿Debe ser verdad?’	Homosexualidad, heterosexualidad, bisexualidad
Situación 15	‘¿Abortar?’	Aborto
Situación 16	‘No me entenderían’	Diferencias culturales. Homosexualidad
Situación 17	‘La foto’	Relaciones abusivas
Situación 18	‘La tarde del sábado’	Proponer el uso del preservativo
Situación 19	‘¿La primera vez?’	Relaciones sexuales con penetración sin conocer a la pareja
Situación 20	‘Una mala experiencia’	Relaciones abusivas
Situación 21	‘Narima’	Diferencias culturales, matrimonio pactado
Situación 22	‘Mi grupo’	Diferencias respecto al inicio de las relaciones sexuales con penetración en un grupo de iguales.
Situación 23	‘La fiesta’	Fiesta sin alcohol
Situación 24	‘¿Qué me pasa?’	Infecciones de Transmisión Sexual
Situación 25	‘Nora’	Diferencias culturales, el embarazo
Situación 26	‘¡Qué caos!’	Desconfianza por parte de la pareja
Situación 27	‘¿Qué me pasa?’	Dudas sobre la propia orientación sexual
Situación 28	‘Despiértate’	Como hablar de conductas sexuales más seguras con amigos y amigas
Situación 29	‘Se escandaliza’	Diferencias culturales, demostración de afecto
Situación 30	‘¿Por qué lo he hecho?’	Relaciones sexuales, afecto no correspondido
Situación 31	‘María y Luís’	Posible infección por el VIH/sida
Situación 32	‘¿Qué hemos de hacer?’	Despertarte con alguien y no saber qué ha pasado

## Estructura del material

El material dirigido al profesorado consta de dos partes:

Acciones en el entorno, parte en la cual se recomienda hacer uso de los recursos existentes, como hacer una visita al Centro de Salud Sexual y Reproductiva, optimizar la Consulta Abierta (Programa salud y escuela), utilizar los puntos JIP 'Jove, informa't i participa', servicio ofrecido en las escuelas públicas en el que educadores dan información a los jóvenes sobre diferentes temas educativos, culturales, de ocio, sanitarios y otras acciones.

Acciones en el aula, parte que incorpora dos itinerarios a escoger: Itinerario 1 e Itinerario 2.

Itinerario 1: En este itinerario el profesorado, previamente formado en los talleres organizados por la ASPB, desarrolla las actividades en el aula. Está formado por seis unidades didácticas en el aula más la visita al Centro de Salud Sexual y Reproductiva. En cada unidad didáctica se presenta el título, objetivo general y los específicos, la duración aproximada, las orientaciones didácticas y los procedimientos. Incluye una ficha genérica con aspectos que hace falta trabajar en cualquier situación aplicada y un ejemplo para facilitar el trabajo del profesorado. En la web de la ASPB se incluye información básica para el profesorado y para el alumnado.

Itinerario 2: En este itinerario el profesorado comparte el desarrollo de las unidades didácticas en el aula con una pareja de estudiantes (jóvenes educadores) formados previamente en los talleres de formación organizados por la ASPB. Está formado por cuatro actividades, las dos primeras a desarrollar por el profesorado y las dos siguientes por los jóvenes educadores. En cada actividad se especifican los mismos aspectos que en el anterior itinerario: objetivos, duración, orientaciones didácticas y procedimiento. Cada actividad presenta una ficha genérica con los aspectos a trabajar en cualquier situación que se escoja y un ejemplo para el profesorado y en este caso también para los jóvenes educadores. En la web de la ASPB se incluye información básica para el profesorado y para el alumnado.

## **Marco teórico**

El programa sigue un modelo teórico de cognitivo social de eficacia demostrada en el ámbito de la prevención dirigida a jóvenes (Modelo ASE), que considera que el determinante más cercano a la conducta de una persona es la intención de conducta, y que ésta está determinada por los aspectos siguientes:

- Las actitudes: que están determinadas a su vez por los conocimientos y las creencias (susceptibilidad, severidad, beneficios y barreras percibidas) de la persona.
- La norma subjetiva: lo que la persona percibe que piensan o hacen las personas importantes para ella. En este caso, cuando hablamos de conducta sexual, es la pareja quien más puede influir, seguida de los amigos y amigas.
- La autoeficacia: percepción de las personas de sentirse capaces de desarrollar con éxito la conducta preventiva.
- Habilidades, sobre todo de tipo social y de comunicación, necesarias para llevar a cabo la acción preventiva.

Por otro lado, entre la intención de conducta y la conducta final pueden aparecer algunas dificultades que, si no son trabajadas previamente con el alumnado, pueden provocar que finalmente no se dé la conducta preventiva deseada. Es importante decir que el modelo de intervención que utilizamos también incorpora medidas de entorno, que modifican los determinantes anteriores y facilita los efectos positivos.

### **5.4. Resultados de la evaluación del proceso de implementación del programa 'Parlem-ne; no et tallis!', (2010-11)**

A continuación se exponen los resultados de la evaluación del proceso de implementación del primer curso de implementación del programa 'Parlem-ne; no et tallis! (2010-11).

Se presentan en primer lugar los resultados de la valoración de las actividades implementadas en el aula por parte del profesorado en el siguiente orden: resultados generales, resultados del Itinerario 1 y resultados del Itinerario 2. En segundo lugar los resultados de la valoración del profesorado en relación a las actividades de entorno.

#### 5.4.1. Resultados de la valoración del profesorado respecto a las actividades implementadas en el aula del programa 'Parlem-ne; no et tallis!' (2010-11)

##### En general

Se dispone de información de 44 escuelas de secundaria de Barcelona ciudad de las 62 que se inscribieron (70,9%). Contamos con la valoración del profesorado que implementó el programa en 97 aulas de las 119 inscritas (81,5%) y que trabajo con 2431 alumnos de los 3057 que constaban inscritos (79,5%). El programa se aplicó (ver tabla 52) principalmente en 4º de ESO y en 3º de ESO y Bachillerato.

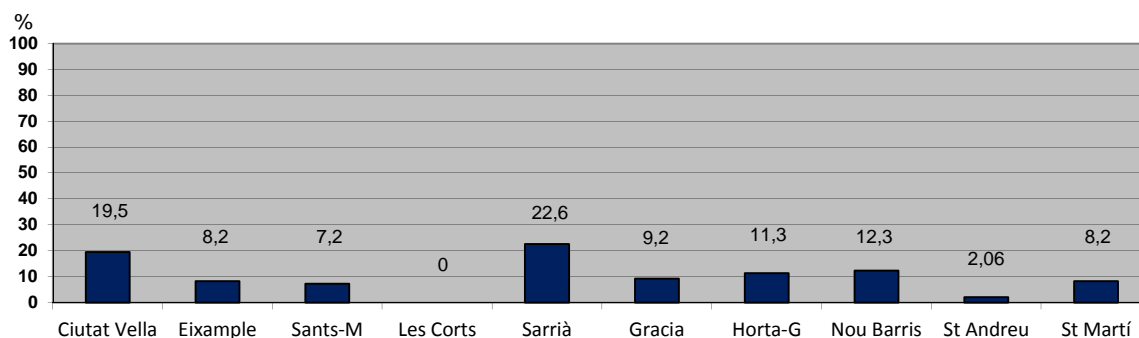
**Tabla 52.** Participantes en la implementación del programa 'Parlem-ne; no et tallis!' según etapa escolar, (2010-11)

Etapa escolar/Participantes	Escuelas inscritas	Escuelas con valoración	Grupos/aulas inscritas	Grupos/aulas con valoración	Alumnado inscrito	Alumnado con valoración
3º ESO	5	9	10	19	268	519
4º ESO	55	33	105	70	2689	1704
Bachillerato y CF	2	2	4	8	100	208

Fuente: Equipos de Salud Comunitaria y valoraciones del profesorado. CF: ciclos formativos

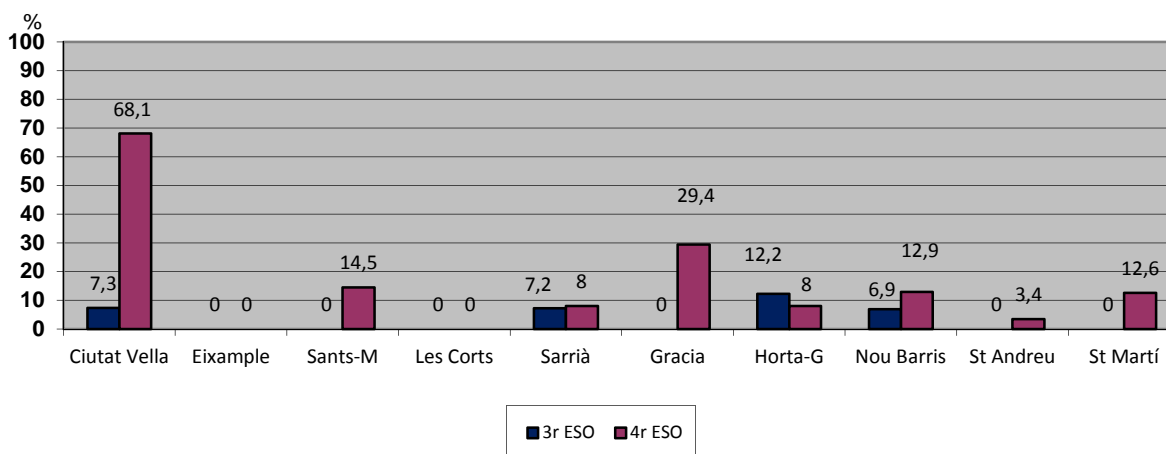
El profesorado que contestó el cuestionario de valoración, mostró una edad media de 47,5 años; un 68,9% fueron mujeres y un 31,1% hombres.

La distribución de aulas/grupos clase participantes por distrito, se presentan en la figura 24. La cobertura del programa para cada distrito (alumnado), fue analizada para cada etapa escolar (ver figura 25).



Fuente: Valoraciones del profesorado.

**Figura 24.** Distribución por distrito de las aulas o grupos clase participantes del programa 'Parlem-ne; no et tallis!', (2010-11)



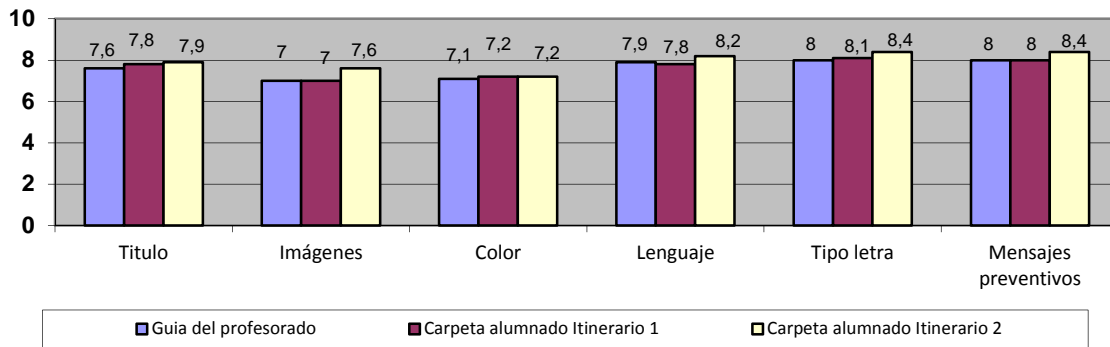
Fuente: Equipos de Salud Comunitaria y valoraciones del profesorado.

**Figura 25.** Cobertura de alumnado del programa 'Parlem-ne; no et tallis!' (en general), para cada etapa escolar y por distrito de la ciudad de Barcelona, (2010-11)

Un 79,8 % del profesorado afirmó conocer la versión anterior del programa 'PRESSEC' (actual Itinerario 1) i un 65,9% la versión anterior del programa 'Parlem Clar' (actualmente Itinerario 2). Un 61,9% del profesorado afirmó haber hecho la formación previa del 'Parlem-ne; no et tallis!'. Los motivos principales aludidos por el profesorado que no lo hizo, fueron: por haberla hecho anteriormente y por incompatibilidad de fechas.

P

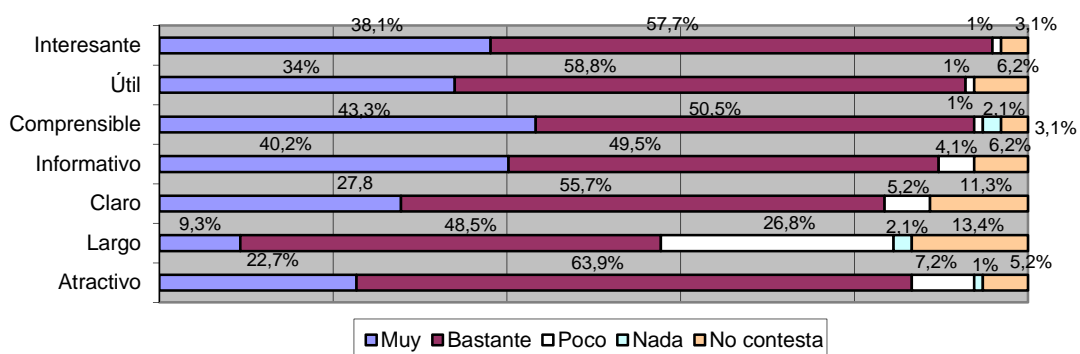
Se valoraron diferentes aspectos de los materiales que formaron el 'Parlem-ne; no et tallis!' (Guía de profesorado, carpeta itinerario 1, carpeta itinerario 2). Se valoró con una puntuación de 0 a 10: el título, el lenguaje utilizado, los colores, las imágenes, el tipo de letra y los mensajes preventivos. En general las puntuaciones fueron bastante elevadas (ver figura 26).



Fuente: Valoraciones del profesorado; Media de cada aspecto. Puntuación de 0 a 10.

**Figura 26.** Valoración de diferentes aspectos del programa 'Parlem-ne; no et tallis!', (2010-11)

Por último, la figura 27 muestra la valoración de otros aspectos del programa. Prácticamente todo el profesorado consideró muy o bastante favorables los parámetros (interesante, útil, comprensible, informativo, claro y atractivo), excepto la extensión, que la mayoría (66,7%) consideró excesiva.

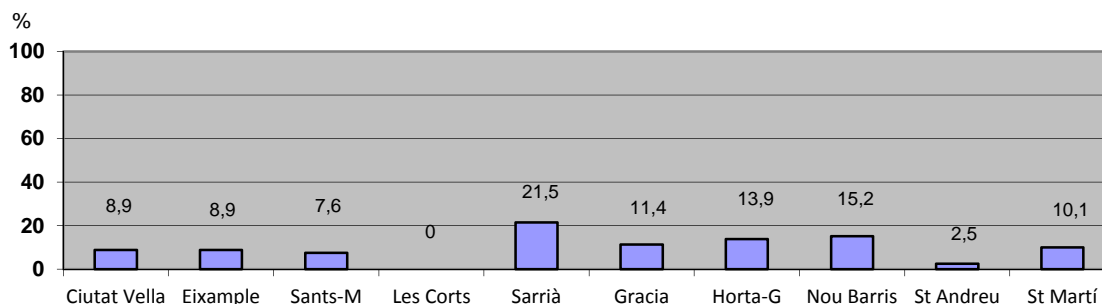


Fuente: Valoraciones del profesorado

**Figura 27** Valoración de otros aspectos del programa 'Parlem-ne; no et tallis!', (2010-11)

### Valoración del Itinerario 1

Este itinerario fue implementado en 41 escuelas (9 de 3º de ESO, 30 de 4º de ESO y 2 de Bachillerato) y se contó con la valoración realizada por el profesorado que trabajó en 78 aulas/grupos clase (18 de 3º de ESO, 53 de 4º de ESO y 7 de Bachillerato). El profesorado que contestó el cuestionario de valoración tuvo una edad media de 47,7 años; un 66,7% fueron mujeres y un 33,3% fueron hombres. La distribución de aulas/grupos clase participantes por distrito, se presenta en la figura 28. Los distritos en los que se implementó en mayor medida el Itinerario 1 fueron: Sarriá, Nou Barris, Horta-Guinardo y Sant Martí.



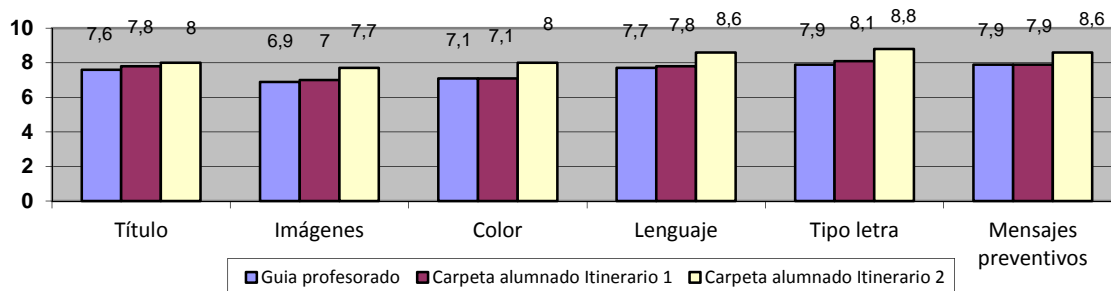
Fuente: Equipos Salud Comunitaria y valoraciones del profesorado

**Figura 28.** Distribución de aulas/grupos clase en las que se implementó el Itinerario 1 del programa 'Parlem-ne; no et tallis!' por distritos de la ciudad de Barcelona, (2010-11)

Del profesorado que implementó el Itinerario 1 en el aula, un 80,3 % afirmó conocer la versión anterior del programa 'PRESSEC' i un 61,6% la versión anterior del programa 'Parlem Clar'. Un 57% del profesorado afirmó haber hecho la formación previa del 'Parlem-ne; no et tallis!'. Los motivos aludidos por el profesorado que no hizo la formación fueron principalmente que ya había hecho anteriormente la formación de uno de los programas.

La figura 29 presenta la valoración de diferentes aspectos de los materiales (guía profesorado, carpeta itinerario 1, carpeta itinerario 2). Los participantes valoraron con una puntuación de 0 a 10: el título, el lenguaje utilizado, los colores, las imágenes, el tipo de letra y los mensajes preventivos. Todas las valoraciones fueron muy positivas.

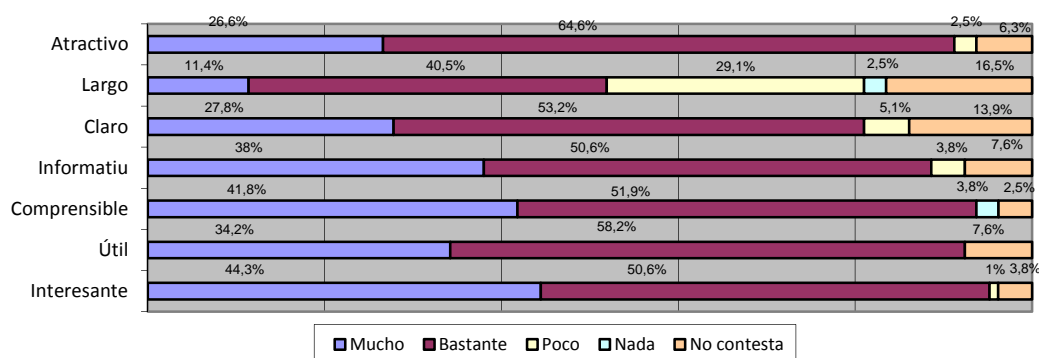
La figura 30 muestra la valoración de otros aspectos del programa. Prácticamente todo el profesorado consideró muy o bastante favorables los parámetros explorados (interesante, útil, comprensible, informativo, claro y atractivo), excepto la extensión, que la mayoría (66,7%) considera excesiva.



Fuente: Valoraciones del profesorado. Media de cada uno de los aspectos. Puntuación de 0 a 10.

**Figura 29.** Valoración de diferentes aspectos del Itinerario 1 del programa 'Parlem-ne; no et tallis!' (2010-11)





Fuente: Valoraciones del profesorado

**Figura 30.** Valoración de otros aspectos del Itinerario 1 del programa ‘Parlem-ne; no et tallis!’(2010-11)

Como se explicó en el apartado anterior, el Itinerario 1 lo forman 6 unidades didácticas que implementa el profesorado en el aula. La primera centrada en información básica sobre el tema y la segunda centrada principalmente en aclarar creencias erróneas y actitudes. A partir de la tercera y hasta la sexta se trabajan principalmente habilidades sociales y de comunicación. El desarrollo de todas las actividades es básico para conseguir los objetivos del programa. Es importante llegar a la última actividad, ya que están pensadas para ir incorporando y profundizando de forma progresiva en los contenidos.

En la tabla 53 se presenta el porcentaje de profesorado que implementó cada una de las unidades, dedicando 50 minutos como mínimo.

**Tabla 53.** Unidades implementadas del Itinerario 1 del programa ‘Parlem-ne; no et tallis!’ (2010-11)

	Unidad 1	Unidad 2	Unidad 3	Unidad 4	Unidad 5	Unidad 6
<b>Realizada</b>	87,3%	87,3%	79,7%	77,2%	68,4%	30,4%
<b>No realizada</b>	5,1%	10,1%	11,4%	10%	13,9%	10,1%
<b>No contesta</b>	7,6%	1,3%	7,6%	12,7%	17,7%	59,5%*
<b>Tiempo medio dedicado</b>	1h 9 min.	1h 6 min.	1h 2 min.	1h 5 min.	1h 8 min.	1h 13min.

\* Posiblemente hubo un problema en la formulación de la pregunta

A continuación se presenta un resumen de los resultados sobre otros aspectos que también se valoraron del programa y de cada itinerario por separado: si el profesorado identificó los

objetivos del programa y cuáles eran, contenidos que eliminaría y los que añadiría, etc. (para más información ver anexo, documento 4)

Identificación de los objetivos del programa: Un 59,4% del profesorado (47 personas) identificó el objetivo preventivo respecto a las ITS, el VIH/sida y el embarazo, así como la parte de trabajo de habilidades sociales. Un 11,3% (9 personas) identificó un objetivo amplio, referido a la sexualidad en general o a la educación sexual. Un 10,3% (8 personas) identificó como objetivo la parte de información sobre sexualidad, ITS, etc. Un 5,06% (4 personas) indicaron aspectos generales como responsabilizar, reflexionar. Un 13,9% no ha contestó a esta pregunta (11 personas).

Contenidos o mensajes que eliminaría del programa: La mitad del profesorado 50,6% (40 personas) afirmó que no hacía falta quitar ningún contenido o mensaje del programa. Un 40% (36 personas) no contestó a la pregunta) y un 5% (4 personas) identificaron aspectos concretos como el lenguaje y el texto.

Contenidos o mensajes que añadiría al programa: Un 32,9% del profesorado (26 personas) contestó que no añadiría ningún contenido o mensaje al programa. Un 17,7% (14 personas) concretó que añadiría aspectos como ligar el tema de sexualidad y el tema de drogas, insistir más en las ITS, añadir una actividad de diversidad sexual y crear un clima de confianza. Un 49,3% (39 personas) no contestó a esta pregunta.

Aquello que más gustó: Un 20,2% del profesorado (16 personas) afirmó que lo que más les había gustado del programa era: que era práctico y dinámico, así como sus actividades. Un 13,9% (11 personas) no contestaron. Un 12,6% (10 personas) afirmaron que había sido una actividad de entorno, en concreto la visita al centro de salud sexual y reproductiva. Para un 10,1% (8 personas) las situaciones fueron lo que más les gustó. Para otro 10,1% todo les gustó. Para un 7,5% (6 personas) fue el material; para un 5,06% (4 personas) fue la información; para un 2,5% (2 personas) la adaptabilidad, para otro 2,5% (2 personas) los objetivos y para un 0,7% (1 persona) el lenguaje utilizado (Para más información ver anexo, documento 4).

Aquello que menos gustó: Un 44,3% del profesorado (35 personas) no contestó la pregunta. Un 25,3% (20 personas) afirmó que no había nada que les hubiese gustado menos. Un 13,9% (11 personas) afirmó que el programa había resultado largo y les faltó tiempo en tutoría. Para un 5% (4 personas) hacía falta más información. Un 3,7% (3 personas) indican aquellas actividades

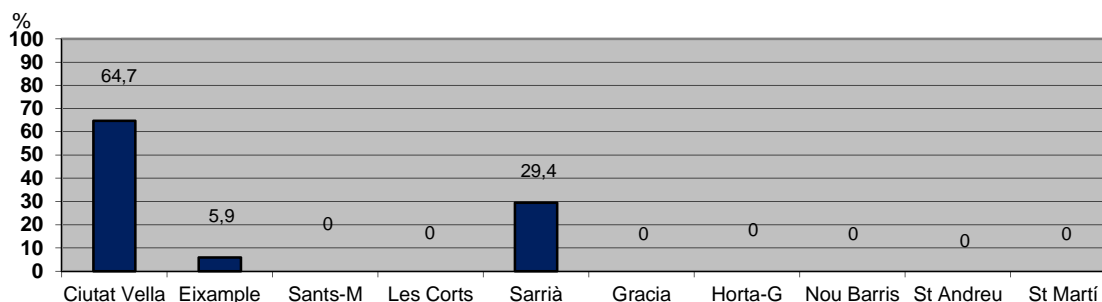
concretas que menos les había gustado. Para otro 3,7% (3 personas) lo que menos les gustó fue algún aspecto concreto del material y para una 2,5% (1 persona) la falta de contenido afectivo.

Otros comentarios: Algunos profesores/profesoras hicieron otros comentarios sobre audiovisuales que han mirado, respecto a la falta de tiempo, a como funcionó con el alumnado, respecto a la visita al centro de salud sexual, etc. (Para más información ver anexo, documento 4).

## Valoración del Itinerario 2

En este itinerario se inscribieron 11 centros escolares (9 de 4º de ESO y 2 de Bachillerato) de los cuales pudimos contar con las valoraciones de 6 escuelas (4 de 4º de ESO y 2 de Bachillerato). Se contó con la valoración de profesorado que implementó el programa en 14 aulas/grupos clase: (10 grupos/aula, 260 alumnos de 4º de ESO) y 4 grupos/aula, 100 alumnos de Bachillerato.

El profesorado que ha contestó el cuestionario de valoración mostró tiene una edad media de 47 años; un 76,5% fueron mujeres y un 23,5% hombres. La distribución de grupos/aulas participantes por distrito, se presenta en la figura 31.

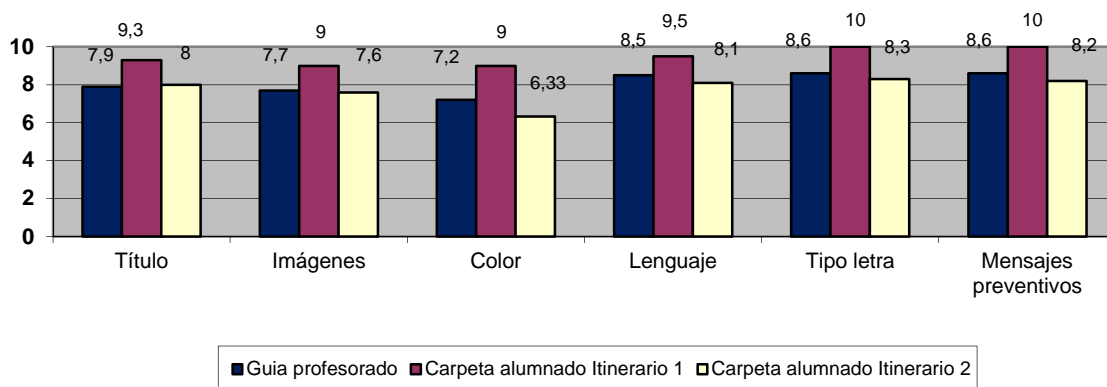


Fuente: Equipos Salud Comunitaria y valoraciones del profesorado

**Figura 31.** Distribución de aulas/grupos clase participantes en el Itinerario 2 del programa 'Parlem-ne; no et tallis!' por distrito de la ciudad de Barcelona (2010-11)

Del profesorado que implementó el itinerario 2 en el aula, un 82,4% conocía la versión anterior del programa 'PRESSEC' (actualmente Itinerario 1 y un 82,4% la versión anterior del programa 'Parlem Clar' actualmente Itinerario 2). Un 82,4% del profesorado afirmó haber hecho la formación previa del 'Parlem-ne; no et tallis!'. Ningún profesor/profesora especificó el/los motivos por los que no lo ha hecho.

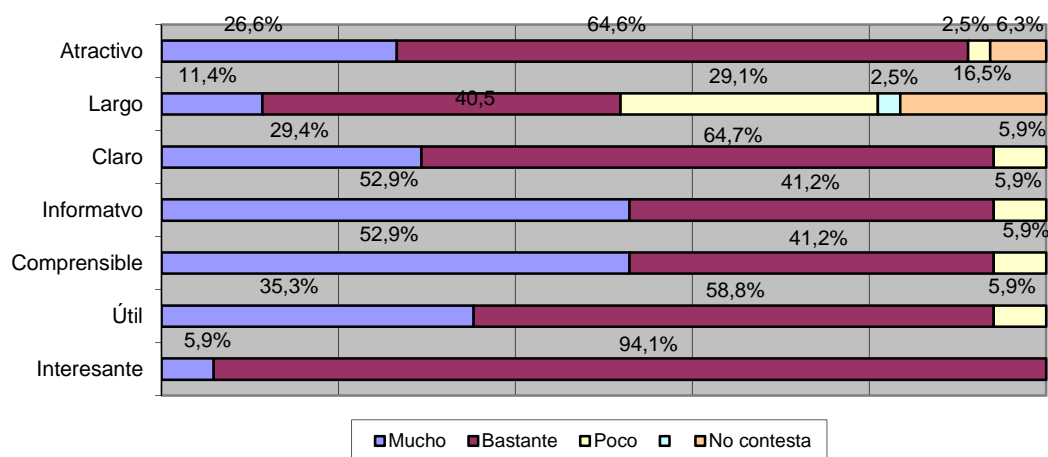
La figura 32 presenta la valoración de diferentes aspectos de los materiales (guía profesorado, carpeta itinerario 1, carpeta itinerario 2). Los participantes valoraron con una puntuación de 0 a 10: el título, el lenguaje utilizado, los colores, las imágenes, el tipo de letra y los mensajes preventivos. La valoración fue en general muy positiva.



Fuente: Valoraciones profesorado. Media de cada uno de los aspectos. Puntuación de 0 a 10.

**Figura 32.** Valoración de diferentes aspectos del Itinerario 2 del programa 'Parlem-ne; no et tallis!' (2010-11)

Por último, la figura 33 muestra la valoración de otros aspectos del programa. Prácticamente todo el profesorado consideró muy o bastante favorables los parámetros explorados (interesante, útil, comprensible, informativo, claro y atractivo), excepto la extensión, que la mayoría (66,7%) consideró excesiva.



Fuente: Valoraciones profesorado

**Figura 33.** Valoración de otros aspectos del Itinerario 2 del programa 'Parlem-ne; no et tallis!' (2010-11)

Como ya se explicó en apartados anteriores, el Itinerario 2 está formado por cuatro unidades didácticas que implementa el profesorado junto a una pareja de jóvenes del aula, las dos primeras el profesorado y las dos siguientes la pareja de alumnos. La primera unidad está centrada en información básica sobre el tema y la segunda principalmente en aclarar creencias erróneas y actitudes y se empiezan a trabajar habilidades de comunicación. A partir de esta unidad la pareja de alumnos trabajan principalmente habilidades sociales y de comunicación. El desarrollo de todas las unidades es básica para conseguir los objetivos del programa. Es importante llegar a la última actividad, ya que están pensadas para conseguir ir incorporando y profundizando de forma progresiva en los contenidos.

En la tabla 54 se presenta el porcentaje de profesorado que implementó cada una de las unidades (con una dedicación de 50 minutos mínimo).

**Tabla 54.** Implementación de las unidades del Itinerario 2 del programa 'Parlem-ne; no et tallis!' (2010-11)

	<b>Unidad 1</b>	<b>Unidad 2</b>	<b>Unidad 3</b>	<b>Unidad 4</b>
Realizada	5,9%	0%	0%	0%
No realizada	0%	5,9%	5,9%	5,9%
No contesta	94,1%*	94,1%*	94,1%*	94,1%*
Tiempo medio dedicado	1h	NC	NC	NC

\* Seguramente hubo un problema en la formulación de la pregunta

A continuación presentamos otros aspectos que también se valoraron del Itinerario 2: si el profesorado identificó los objetivos del programa y cuáles eran, contenidos que eliminaría, los que añadiría, etc. (Para más información ver anexo, documento 4)

Identificación de los objetivos del Itinerario 2: Un 82,3% del profesorado (14 personas) identificó el objetivo respecto a la prevención de las ITS, el VIH/SIDA y el embarazo así como, la parte de trabajo de habilidades sociales. Un 5,8% (1 persona) identificó un objetivo amplio, referido a la sexualidad en general o a la educación sexual. Un 5,8% (1 personas) identificó como objetivo la parte de información sobre sexualidad, ITS, etc. Un 11,7% (2 personas) indicaron aspectos generales como responsabilizar, reflexionar.

Contenidos y mensajes que eliminaría: Un 47,1% (8 personas) afirmó que no hacía falta eliminar ningún contenido o mensaje del programa. Un 52,9% (9 personas) no contestó la pregunta.

Contenidos o mensajes que añadiría: Un 35,3% (6 personas) afirmó que no hacía falta añadir ningún contenido ni mensaje al programa. Un 58,8% (10 personas) no contestaron la pregunta. Un 5,9% (1 persona) afirmó que hacía falta añadir algún material audiovisual.

Aquello que más gustó: Para un 52,9% (9 personas) aquello que más ha gustó fue la participación e implicación del alumnado y para un 23,5% (4 personas) fue el mensaje claro del programa.

Aquello que menos gustó: Para un 23,5% (4 personas) aquello que menos gustó fue el formato de las actividades.

Otros comentarios: Algunos profesores/profesoras hicieron otros comentarios sobre diversidad cultural, la persona que aplica el programa o plantea una queja como por qué valorar los colores del material si tuvieron que fotocopiar los materiales. (Para más información ver anexo, documento 4).

#### **5.4.2. Resultados de la valoración de las actividades de entorno del programa 'Parlem-ne; no et tallis!' (2010-11)**

El programa 'Parlem-ne; no et tallis!' incluyó 4 actividades de entorno que cada centro escolar para que cada profesor/profesora valorase y decidiese si la realizaba o no. Se indicó como imprescindible la sesión en el centro de salud sexual y reproductiva, ya que facilita el acceso del alumnado a los recursos existentes. La visita se podía hacer en cualquier momento, antes, durante o después de haber implementado las unidades didácticas propuestas. Las actividades de entorno sugeridas fueron iguales para los dos itinerarios.

La actividad que menos realizó el profesorado participante fue la centrada en la diversidad sexual. Se trata de una actividad de claustro. En las tablas 55 y 56 se observa la proporción de profesores/ras que desarrolló cada actividad de entorno.

**Tabla 55.** Desarrollo de las actividades de entorno del Itinerario 1 del programa 'Parlem-ne; no et tallis!' (2010-11)

<b>Actividades de entorno, Itinerario 1 (n=79 profesores/as)</b>				
Aspectos	<b>Actividad 1</b> Taller en Centro de Salud Sexual	<b>Actividad 2</b> Consulta Oberta Programa Salut i Escola	<b>Actividad 3</b> Servicio de información y dinamización	<b>Actividad 4</b> Diversidad afectiva y sexual en la escuela
<b>¿Realizada?</b>				
Sí	59,5%	58,2%	24,1%	10,1%
No	38%	20,3%	46,8%	55,7%
No contestan	2,5%	21,5%	29,1%	34,2%
<b>Tiempo dedicado</b>				
media	1h 45 min	1h 17 min	1h	1h 40 min
No contestan	41,8%	84,8%	92,4%	96,2%

**Tabla 56.** Desarrollo de las actividades de entorno del Itinerario 2 del programa 'Parlem-ne; no et tallis!' (2010-11)

<b>Actividades de entorno, Itinerario 2 (n=18 profesores/as)</b>				
Aspectos	<b>Actividad 1</b> Taller en Centro de Salud Sexual	<b>Actividad 2</b> Consulta Oberta Programa Salut i Escola	<b>Actividad 3</b> Servicio de información y dinamización	<b>Actividad 4</b> Diversidad afectiva y sexual en la escuela
<b>¿Realizada?</b>				
Sí	82,4%	58,2%	64,7%	5,9%
No	17,6%	35,3%	35,3%	94,1%
No contestan	0%	5,9%	0%	0%
<b>Tiempo dedicado</b>				
media	2h	2h	3h 18min	1h
No contestan	23,5%	76,5%	41,2%	94,1%

#### **5.4.3. Resultados de la valoración del alumnado respecto al taller en el centro de salud sexual y reproductiva del programa 'Parlem-ne; no et tallis!' (2010-11)**

A continuación se presentan los resultados de la valoración de los escolares, recogida de los diferentes centros de salud sexual y reproductiva durante el curso 2010-11. Se realizó una visita/taller en el centro de salud sexual y reproductiva que tenía como objetivo principal facilitar el acceso del alumnado a este tipo de recursos.

Características de los participantes: Se recogieron un total de 1533 autorregistros de evaluación de jóvenes de 36 centros escolares de Barcelona ciudad. La edad media de los jóvenes escolares que asistieron a las sesiones de los centros de salud sexual y reproductiva fue de 15 años (rango: 13-18 años), ver tabla 57. Estas edades correspondieron a jóvenes de Bachillerato, 4º y 3º de ESO. Aproximadamente la mitad de los participantes a los talleres fueron chicos.

**Tabla 57:** Características de los participantes en el programa ‘Parlem-ne; no et tallis!’, en función de sexo (2010-11)

Variable	Chicos		Chicas		Totales	
	n	%	n	%	N	%
<b>Edad*</b>						
13-14	141	18,5	182	24,7	323	21,5
15-16	545	71,6	502	68,2	1047	69,9
17-18	75	9,8	51	6,9	126	8,4
<b>Tipo centre</b>						
Público	526	69,02	488	66,5	1014	67,8
Concertado o privado	236	30,9	245	33,4	481	32,1
<b>Curso escolar</b>						
3º ESO	279	36,6	288	39,1	567	37,8
4º ESO	462	60,6	424	57,6	886	59,1
1º Bachillerato	21	2,7	24	3,2	45	3,0

\*  $p \leq 0,05$ . Chicas  $n=736$  (49,1%) Chicos  $n=762$  (50,9%). Valoración del alumnado del taller en el centro de salud sexual y reproductiva.

Como podemos ver en la tabla 58, las escuelas que implementaron el programa (en cualquiera de sus itinerarios) y han llevado al alumnado a los talleres de la Tarda Jove, se encontraban repartidas en 9 de los 10 distritos de Barcelona ciudad, aunque destacó la participación de los distritos: Ciutat Vella, Nou Barris y Sants - Montjuïc. Los talleres fueron desarrollados por cuatro recursos diferentes (Centros de salud sexual y reproductiva): CJAS (Centre Jove d’Anticoncepció i Sexualitat) i PASSIR’s (Programa d’Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva): PASSIR Muntanya, PASSIR Numància i PASSIR Drassanes. La distribución de jóvenes entre los diferentes recursos fue muy desigual.



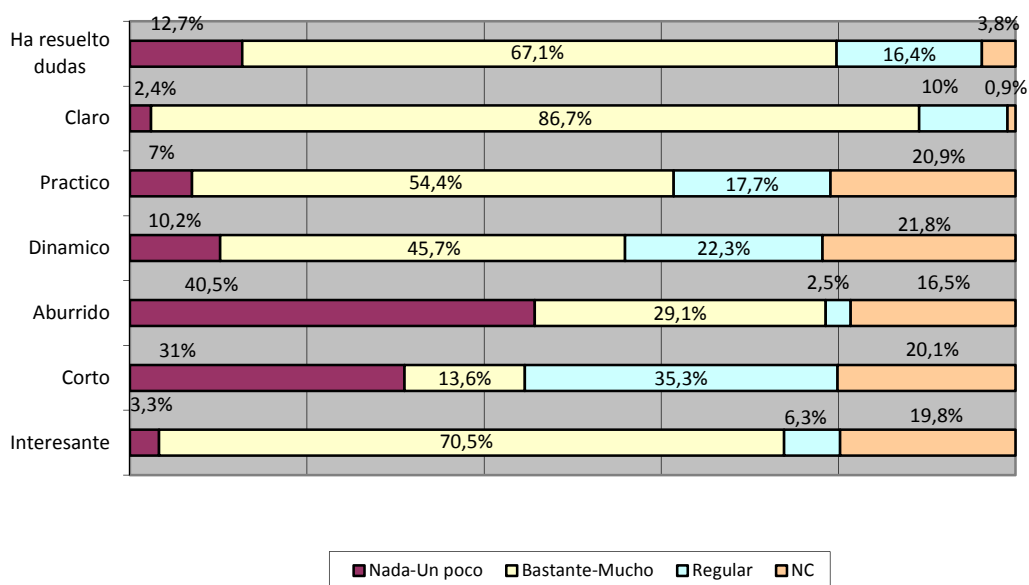
**Tabla 58:** Distribución de los jóvenes participantes en el programa 'Parlem-ne; no et tallis!' (n=1533) por distritos de la ciudad de Barcelona y por recurso en el que han hecho el taller (2010-11)

Variable	Frecuencia (alumnos)	Porcentaje
<b>Alumnado participante por distrito</b>		
Ciutat Vella	340	22,2
Eixample	119	7,8
Sants-Montjuïc	173	11,3
Les Corts	-	-
Sarrià-St. Gervasi	147	9,6
Gracia	243	15,9
Horta-Guinardó	45	2,9
Nou Barris	311	20,3
Sant Andreu	54	3,5
St Marti	101	6,6
<b>Alumnado participante en los talleres en cada recurso</b>		
	Frecuencia (alumnos)	Porcentaje
CJAS	842	54,8
PASSIR Muntanya	295	19,2
PASSIR Numancia	87	5,7
PASSIR Drassanes	308	20,1
PASSIR Numancia	87	5,7

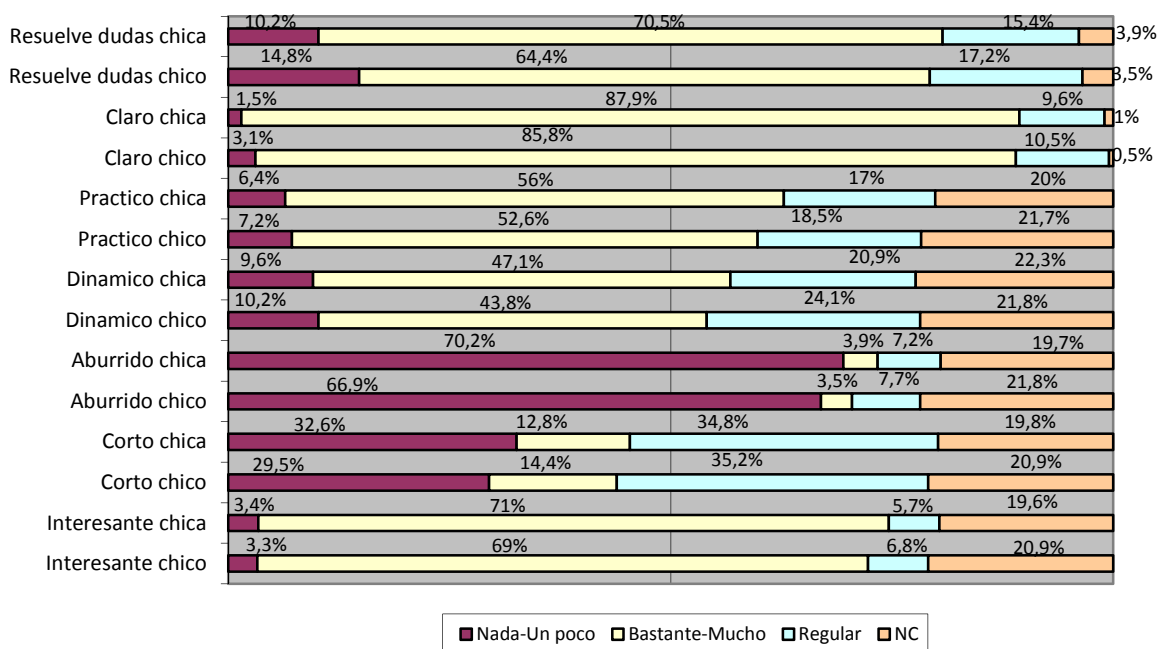
Valoración de algunos aspectos del taller: Los jóvenes participantes valoraron el nivel de conocimientos de los profesionales que desarrollaron los talleres con una puntuación media de 4,5 en una escala de 1 (mínimo) a 5 (máximo).

Los talleres desarrollados durante este curso escolar 2010-11 en los centros de salud sexual fueron valorados, como podemos ver en las figuras 34, 35, 36 y 37 con: un 70,5% bastante o muy interesante (69% chicos, 71,3% chicas); un 45,7% bastante o muy dinámico (43,8% chicos, 47,1% chicas); un 54,4% bastante o muy práctico (52,6% chicos, 56,0% chicas); un 86,7% bastante o muy claro (85,8% chicos, 87,9% chicas); un 35,3% de los asistentes han contestado 'regular' a la pregunta si la sesión había resultado corta (35,2% chicos, 34,8% chicas). Un 68,8%

de los participantes también consideró que había resultado nada o poco aburrido (66,9% chicos, 70,2% chicas). Se detectaron diferencias estadísticamente significativas entre chicos y chicas en las variables: 'Corto' y 'He resuelto dudas' (\*p=0,5; \*\*p=0,05).



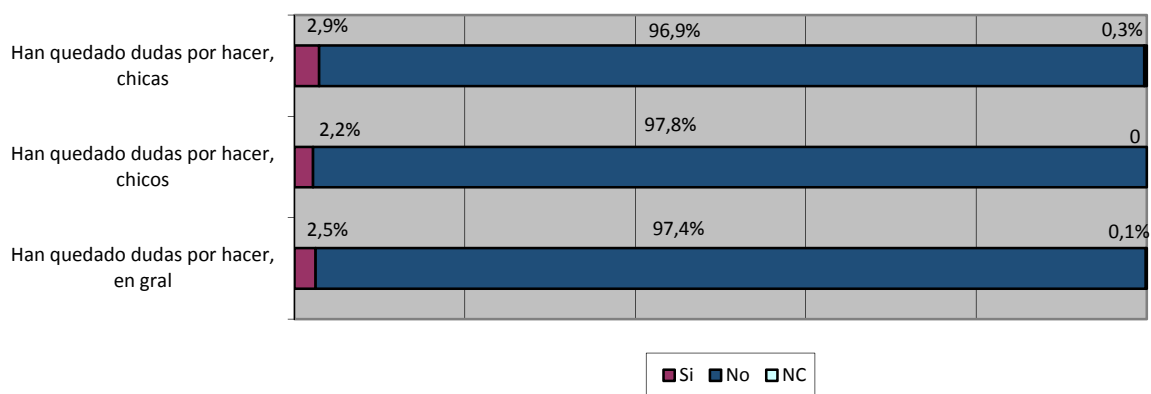
**Figura 34.** Valoración del alumnado sobre de aspectos del taller en el centro de salud sexual y reproductiva del programa 'Parlem-ne; no et tallis!' (2010-11)



Fuente: Valoraciones del alumnado. Diferencia entre sexo (chicos y chicas)

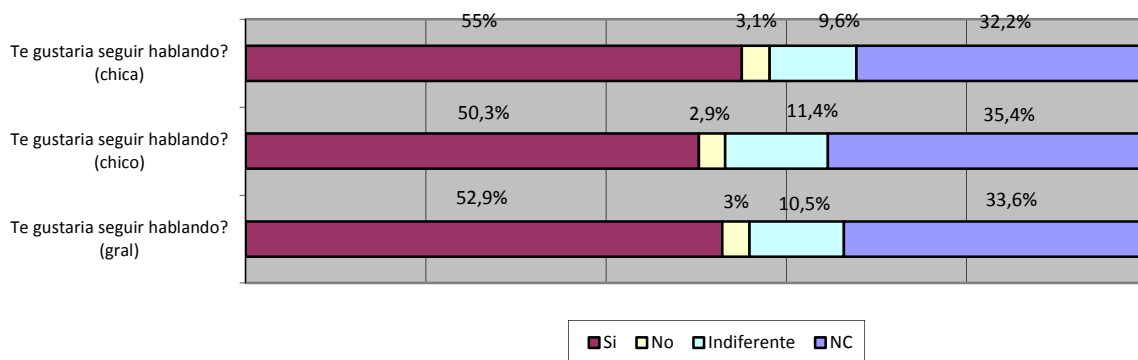
**Figura 35.** Valoración de aspectos de la visita/ taller en el centro de salud sexual y reproductiva del programa 'Parlem-ne; no et tallis!' (2010-11)

Cuando se preguntó a los jóvenes participantes si la sesión había **'resuelto dudas'**, en su mayoría contestaron (67,1%) que bastante o mucho (64,4% chicos, 70,5% chicas;  $p < 0,05$ ). Ante la pregunta si **'habían quedado preguntas por hacer'**, casi todos (97,4%) contestaron que no (97,8% chicos, 96,9% chicas). Todo y así, algunas de las preguntas que quedaron pendientes hacían referencia a temas sobre: Anticoncepción, Prevención del embarazo, Primeras relaciones sexuales, Enfermedades, Conductas concretas, Otros (Para más información ver anexo, documento 4).



Fuente: Valoraciones del alumnado (en general, chicos y chicas)

**Figura 36.** Dudas del alumnado tras visita/taller en el centro de salud sexual y reproductiva del programa 'Parlem-ne; no et tallis!', (2010-11)



Fuente: Valoraciones del alumnado

**Figura 37.** Les gustaría seguir hablando después de la visita/taller en el centro de salud sexual y reproductiva del programa 'Parlem-ne; no et tallis!' (2010-11)

Como podemos ver en la tabla 8, las **preguntas que quedan pendientes en las chicas** estaban referidas a Métodos contraceptivos (n=10), aspectos de prevención (n=5), aspectos de la sexualidad como el apetito sexual, la heterosexualidad y la homosexualidad (n=4), la primera vez (n=3), el orgasmo (n=2), etc. En cambio, en **los chicos** fueron preguntas referidas a prevención (n=10), aspectos de sexualidad (n=7), aspectos biológicos (n=1) y cosas personales (n=1). A un 52,9% de los participantes afirman que les gustaría continuar hablando de estos temas (50,3% chicos, 55,0% chicas).

**Tabla 59.** Preguntas que han quedado pendientes la visita/taller en el centro de salud sexual y reproductiva, según sexo

Chicas (n=736)		Chicos (n=762)	
Respuesta	n	Respuesta	n
Métodos contraceptivos	10	Prevención	10
Prevención	5	Sexualidad	7
Sexualidad (apetito sexual, heterosexualidad y homosexualidad)	4	Biología	1
La primera vez	3	Cosas personales	1
El orgasmo	2		
Algunas preguntas de la lista	2		
La penetración	1		
Comunicación con los padres	1		

Para más información en relación a los aspectos siguientes, ver anexo, documento 4.

Aquello que más ha gustado: En general, a un total de 501 jóvenes, lo que más les gustó fue poner el preservativo. A un total de 211 jóvenes les gustó todo y 204 jóvenes comentaron que no les ha gustado nada en concreto. A 170 jóvenes les gustó la explicación en general.

En referencia al entorno del taller, el ambiente y actitud del profesorado, aquello que el alumnado ha destacado fue: el profesorado, la libertad para hablar, la dinámica de grupo y el ambiente.

En cuanto a actividades concretas: a 53 jóvenes les gustó la actividad de las fotos, la actividad de ventajas y desventajas, a un total de 29 jóvenes lo que habían aprendido, a 24 jóvenes, la entrega de preservativos gratis.

Como se observa en la tabla 60, diferenciando entre sexos, cuando se pregunta por aquello que les gustó más de la sesión, las chicas afirmaron que la parte teórica, las explicaciones sobre les ITS, los métodos contraceptivos, el embarazo, la homosexualidad y el enamoramiento (n=241 respuestas), el segundo aspecto más citado fue la parte práctica, es decir, la actividad de colocación del preservativo (n=237 respuestas). Para los chicos fue la actividad de colocación del preservativo (n=239) y en segundo lugar la parte teórica, destacaron los aspectos como las ITS, los métodos contraceptivos, las relaciones de pareja, la lubricación, el sexo, el placer, etc. (n=198).

**Tabla 60.** Aquello de la visita/taller al centro de salud sexual y reproductiva del programa 'Parlem-ne; no et tallis!' que más ha gustado, según sexo (2010-11)

Respuesta, chicas (n=732)	n	Respuesta, chicos (n=762)	N
Parte teórica, resolución de dudas, explicaciones (ITS, M. contraceptivos, embarazo, homosexualidad, enamoramiento, etc.)	241	Práctica, poner el preservativo	239
Práctica, poner el preservativo	237	Teoría, resolución de dudas, explicaciones (ITS, contraceptivos, relaciones de pareja, lubricación, sexo, placer, evitar embarazo, pastillas, preservativo femenino, etc.)	198
Todo me ha gustado	87	Todo	120
Actitud de libertad (hablar claro, de todo, sin vergüenza, ambiente abierto)	54	Actitud de libertad (hablar claro, de todo, sin vergüenza, ambiente espontáneo, divertido, etc.)	44
Actividades (Role playing, encuesta, fichas, actividad fotos)	15	Condomes gratis	19
El juego	11	Nada	15
Dinámica trabajo de grupos	9	La profesora	11
Docente habla claramente	8	Dinámica de la sesión	10
Nada	7	Encuesta, role playing, imágenes	8
Condomes gratis	6	No sé	4
Ver y tocar métodos contraceptivos	5	Interesante	3
Hombres y mujeres tienen los mismos derechos	2	No hemos ido al cole	1
Parte final	1		
Cuando llegamos	1		

Aquello que menos gustó de la sesión (ver tabla 61): Un total de 525 jóvenes afirmaron que nada, 135 jóvenes que la parte teórica, haciendo referencia a: ITS, Métodos contraceptivos, embarazo, homosexualidad, sexualidad, enamoramiento. Respecto a poner el preservativo, 93 jóvenes manifestaron que no les ha habido gustado y a 4 jóvenes que diesen condones gratis. Un total de 67 jóvenes ponen de manifiesto que no les gustó la duración de la sesión y 11 jóvenes, hacen referencia al espacio donde se llevó a cabo la sesión. 28 jóvenes, afirmaron que no les gustó la actitud de los compañeros y 3 hacen referencia al ambiente. A 28 jóvenes no les gustó ciertas actividades y 11 jóvenes respondieron 'no sé' a la pregunta realizada.

Los chicos y chicas coincidieron en el orden de los aspectos a destacados. La respuesta más frecuente fue 'Nada' (chicas=244, chicos=281). En segundo lugar, la 'parte teórica', todo y que las chicas se refirieron a contenidos como ITS, embarazo, aspectos biológicos, la píldora, el sida (chicas=55). Los contenidos más referidos por los chicos fueron las ITS, los métodos contraceptivos, el condón, el pene, etc., (chicos=65). La parte práctica fue el aspecto más citado en tercer lugar (chicas=45, chicos=47).

**Tabla 61.** Aquello de la sesión que menos ha gustado de la visita/taller en el centro de salud sexual y reproductiva del programa 'Parlem-ne; no et tallis!', según sexo (2010-11)

Respuesta, chicas (n=736)	n	Respuesta, chicos (n=762)	N
Nada	244	Nada	281
Parte teórica, resolución de dudas, explicaciones, (ITS, temas pesados, no interesantes, contraceptivos, embarazo, biología, píldora, VIH, sida)	55	Parte teórica, resolución de dudas, explicaciones, (ITS, contraceptivos, condón, pene, aparato chicas, menstruación, aborto, etc.)	65
Práctica, poner preservativos	45	Práctica, poner preservativos	47
Duración (corta / larga)	22	Duración (corta / larga)	31
Actividades (Roleplaying, fichas, tarjetas, dibujo, pensar, encuesta, imágenes, preguntas)	11	Todo	120
Dinámica trabajo grupos	10	Actitud compañeros (hablan, no participan)	7
Actitud y comportamiento compañeros	9	No sé	6
No sé	81	Espacio	4
Vergüenza, hablar en público	6	Ambiente	2
Marchar	2	Parte dedicada a los chicos	1
Aburrido	2	Que me llamasen la atención	1
Preservativos de muestra (pocos)	2	Vergüenza	1
Presentación power point	1		

#### **5.4.4. Ideas clave obtenidas para mejorar el programa 'Parlem-ne; no et tallis!' (2010-11)**

A continuación se presentan los aspectos que esta evaluación del proceso de implementación aportó para mejorar el Programa.

Sugerencias de mejora del Itinerario 1:

- Modificar la pregunta para recoger el desarrollo de cada actividad del Itinerario 1 para evitar problemas de registro.
- Añadir una actividad centrada en la diversidad sexual. La actividad de entorno que trabaja este contenido depende de la escuela y no tanto del profesorado. Algunos profesores/as piden una actividad concreta, dinámica y atractiva que permita hablar/tratar/reflexionar sobre el tema de la diversidad sexual con el alumnado en el aula.
- Añadir en el material algún link donde el alumnado pueda plantear dudas que no se atreva a hacer en clase. Las dudas pueden plantearlas en el centro de salud sexual y reproductiva pero no todos los centros llevan al alumnado a esta sesión.
- Proponer alguna película o material audiovisual para trabajar en el aula. Se pueden proponer una actividad que tenga como contenido central el tema de la diversidad sexual y utilice un medio audiovisual.
- Proponer una alternativa con menos unidades didácticas en el aula. El profesorado afirma que el programa es muy largo y tienen poco tiempo y otras prioridades para tratar con el alumnado. Se considera que la intervención ideal o recomendada y que garantiza la consecución de los objetivos planteados es la que propone desarrollar en el aula las 6 unidades. Así y todo se ve posible conformar una intervención mínima con 5 unidades didácticas (1, 2, 3, 4, y 6).

Sugerencias de mejora del Itinerario 2:

- Modificar la pregunta que recoge el desarrollo de cada unidad didáctica del Itinerario 2 para evitar problemas de registro. El profesorado que ha hecho este itinerario en su gran mayoría no ha contestado la pregunta.
- Se propone estudiar más a fondo los motivos por los cuales sólo los distritos 1, 5 y 8 (de este último no tenemos ficha, a pesar de que nos consta que ha desarrollado el programa y en concreto este itinerario) han hecho este Itinerario. Se trata de unos distritos con características tan diferentes que se hace necesario profundizar en los motivos.
- Otro punto que se quiere estudiar con mayor profundidad para conocer los motivos y mejorar la cobertura del itinerario 2 es: motivos por los cuales, aunque los profesores que hacen el

itinerario 2 presentan unas valoraciones mucho mejores que las que hace el profesorado que ha realizado el itinerario 1, continúan siendo una minoría. La escuelas, el alumnado y el profesorado de los centros que implementan el Itinerario 2 son tan diferentes que se incrementa la dificultad para entender lo que pasa. El itinerario 2 continúa teniendo una cobertura muy baja comparado con el itinerario 1.

-Aunque con las fichas no lo hemos corroborado, la actividad que menos gusta al alumnado es el 'juego del siglo'. Esta afirmación la han hecho los alumnos/as asistentes al taller de formación. Se propone diseñar, probar e incorporar otra actividad alternativa a la propuesta en el material, que trabaje los mismos contenidos pero con una dinámica diferente. La nueva propuesta una vez probada puede ser colgada en la web de la ASPB como parte del material de soporte del programa, en concreto para la actividad 3 del itinerario 2.

-Es necesario dar feed back de las valoraciones que se piden al profesorado una vez finalizan la intervención en el aula. Una vez cerrado el informe se debería enviar por mail o indicar donde pueden encontrarlo, al profesorado y a la dirección de los centros escolares participantes incluyendo las medidas o mejoras que se van a tomar en base a sus comentarios.

-Para las escuelas que tienen tanta diversidad cultural en sus aulas, se hace necesario tomar medidas alternativas. Aspecto sugerido por el profesorado participante en los talleres de formación. En el caso de inmigración pakistaní o de otras culturas que muestran gran dificultad para hablar de los temas que tratamos en el programa, se propone hacer alguna actividad previa que de soporte y facilite al profesorado la posterior realización de las actividades en el aula. Esta actividad o taller puede introducir el tema de la sexualidad de manera más general para empezar a hablar en el aula, y trabajar un tema que implica una especial dificultad, la diversidad sexual. En el capítulo final de conclusiones y propuestas de futuro se hablara de la experiencia al respecto realizada en Ciutat Vella y que fue pilotada en el curso escolar 2012-13. Este tipo de acciones sólo se llevarían a cabo en centros escolares o territorios muy concretos. Estas u otras medidas pueden servir para que el alumnado aproveche mejor las actividades en el aula y que el profesorado tenga una tarea menos complicada.

Sugerencias de mejora de las actividades de entorno (para ambos itinerarios):

-Es importante continuar reforzando la actividad que se desarrolla en el centro de salud sexual y reproductiva. Los objetivos que cubren la visita/taller en el centro (conocimiento del recurso, profesionales que trabajan, utilidad del recurso, etc.) no pueden ser sustituidos por otra acción (taller en el aula, charla, etc.).



-Se trata de la actividad de entorno mejor valorada tanto por el profesorado como por el alumnado.

-Se sabe a través de los Equipos de Salud Comunitaria que los centros escolares que contestan que no han ido al taller tienen una razón de peso. El grupo con el que trabajan han ido al centro a hacer el taller en el curso anterior. Esto puede hacer que se registren un número de visitas al centro de salud sexual menor al real. Se ha de introducir una pregunta para identificar a aquellos centros que hacen la visita en un curso diferente al de aplicación del programa.

-Es necesario potenciar que en el centro escolar se trabaje el tema de la diversidad sexual. La actividad de entorno centrada en este aspecto no ha sido desarrollada por muchos centros escolares. La actividad de entorno propuesta implica a todo el centro escolar, al claustro, etc. Para las escuelas que nunca han trabajado el tema de forma explícita y abierta este tema puede resultar más fácil si empiezan por alguna actividad más concreta, no tan ambiciosa. Se propone diseñar y probar en algunas escuelas alguna actividad de refuerzo de este aspecto. Las actividades una vez diseñadas y probadas pueden ser colgadas en la web de la ASPB como material de soporte del programa.

## **5.5. Resultados de la diseminación y evaluación del proceso de implementación del programa 'Parlem-ne; no et tallis!' (2011-12 al 2013-14)**

### **5.5.1. Resultados del profesorado, diseminación y evaluación del proceso de implementación del programa 'Parlem-ne; no et tallis!' (2011-14)**

Se recogieron indicadores de la diseminación y de la evaluación del proceso de implementación para los cursos escolares 2011-12 al 2013-14.

Como ya se explicó en el capítulo 5, los objetivos específicos se centraron, en describir la cobertura, centros escolares, profesorado y alumnado participante, los componentes de la intervención, la percepción del profesorado en relación al funcionamiento de las unidades didácticas en el aula, al programa en sí, la satisfacción global, su intención de volver a aplicar el programa en el futuro y describir los parámetros cuantitativos y cualitativos que permiten valorar la exhaustividad y calidad de la aplicación de la intervención.

Se trata de un estudio de cortes transversales. Se recogieron los anteriores indicadores del programa de forma transversal, es decir, para cada curso escolar estudiado.

#### 5.5.1.1. Evolución de la cobertura en la diseminación del programa 'Parlem-ne; no et tallis!', cursos escolares del 2011-12 al 2013-14

En la tabla 62 se observa que el número de centros escolares que participó e implementó el programa desde el curso escolar 2011-12 hasta el 2013-14 fue variable. Se observaron valores entre 64 y 73 centros escolares. La media de centros a lo largo de este periodo fue de 70 centros escolares de secundaria obligatoria y postobligatoria de la ciudad de Barcelona. El porcentaje de centros sobre los que contamos información (cobertura) fue lógicamente también variable, mostrando valores entre un 29,8% de centros participantes respecto a los inscritos de la ciudad de Barcelona, hasta un 34,7%.

**Tabla 62:** Cobertura del programa 'Parlem-ne; no et tallis!' (2011-12 al 2013-14)

Indicador/curso	Curso 2011-12	Curso 2012-13	Curso 2013-14
Escuelas participantes inscritas	62 (ESO + Bachillerato)	64 (ESO + Bachillerato)	73 (ESO + Bachillerato)
Escuelas participantes con valoración	44	37	56
Cobertura escuelas inscritas	33,6% *	29,8%*	34,7% *
Número profesorado inscritos	147	58	¿??
Número profesorado con valoración	96	55	97
Número aulas inscritas	178	138	168
Número aulas con valoración	97	75	109
Número alumnos inscritos	4712	4075	5797
Número alumnos con valoraciones	2223	1848	2757
Cobertura alumnos Inscritos	28,2%	24,3%	34,7%
Asistencia taller formación	61,9% profesorado inscrito		

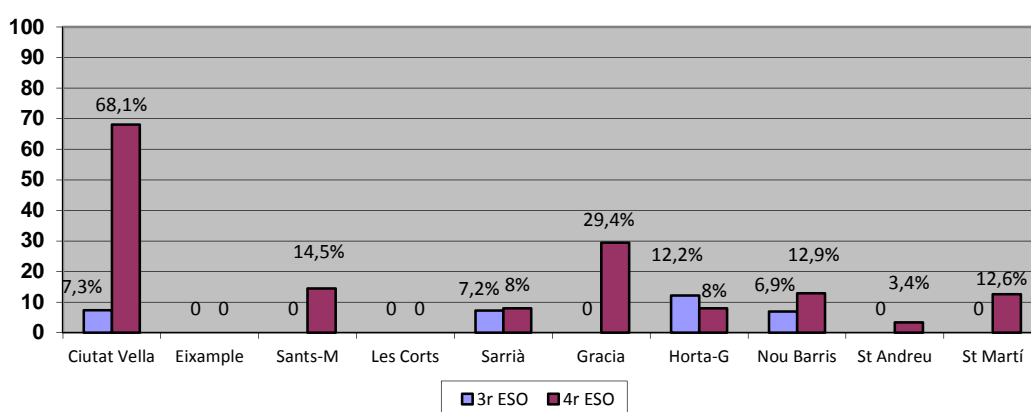
\*Cobertura con escuelas ESO BCN.

El número de profesores y profesoras que implementó el programa en el aula desde el curso escolar 2011-12 hasta el 2013-14 fue variable. Se observaron valores entre 55 y 97 profesores/as. La media de profesorado participante a lo largo de este periodo fue de 82,6.

El número de aulas en las que se desarrolló el programa en el curso escolar 2011-12 hasta el 2013-14 fue también variable. Se observaron valores entre 75 y 109 aulas. La media de aulas participantes a lo largo de este periodo fue de 93,3.

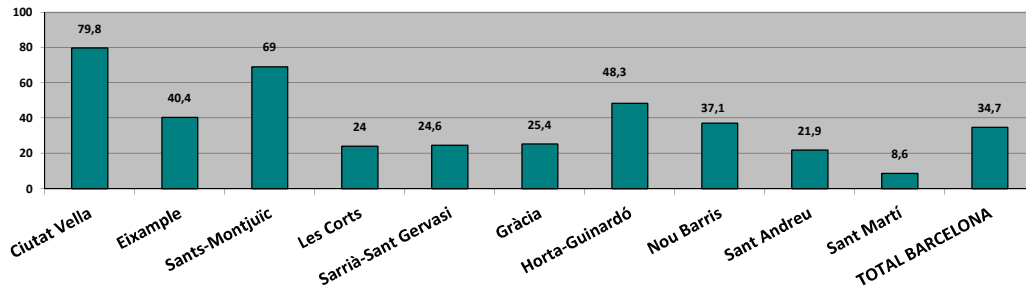
El número de alumnos que recibió la intervención desarrollada por el profesorado desde el curso escolar 2011-12 hasta el 2013-14 osciló entre 4075 y 5797 escolares. La media de alumnos y alumnas que recibieron la intervención fue a lo largo de este periodo de 4861 alumnos de centros escolares de secundaria obligatoria de la ciudad de Barcelona. La cobertura de alumnado osciló entre un 24,3% y un 34,7% con respecto al alumnado de centros de secundaria obligatoria de la ciudad de Barcelona.

Cobertura por distritos: La cobertura del programa por distritos de la ciudad de Barcelona fue variable a lo largo de los cursos escolares. En los tres cursos estudiados destacó la cobertura del distrito de Ciutat Vella, le siguió Sants Montjuic y Nou Barris y Horta Guinardo (ver figuras 38, 39 y 40).



Fuente: Equipos de Salud Comunitaria

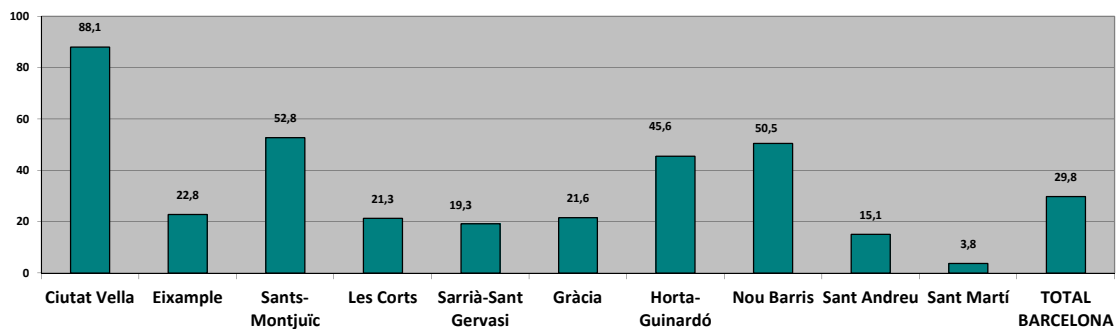
**Figura 38.** Cobertura de alumnado del programa 'Parlem-ne; no et tallis!' por distrito de la ciudad de Barcelona (2011-12).



Fuente: Equipos de Salud Comunitaria

**Figura 39.** Porcentaje de alumnado que participa en el programa 'Parlem-ne; no et tallis!' según distrito de Barcelona (2012-13)

Fuente: Equipos de Salud Comunitaria



**Figura 40.** Porcentaje de alumnado que participa en el programa 'Parlem-ne; no et tallis!' según distrito de Barcelona (2013-14)

En la tabla 63 se observa el número de centros escolares que participó e implementó el Itinerario 1 desde el curso escolar 2011-12 hasta el 2013-14 fue variable. Se observaron valores entre 51 y 56 centros escolares. La media de centros a lo largo de este periodo fue de 53,6 centros escolares de la ciudad de Barcelona.

El número de profesores y profesoras que desarrolló el programa en el aula desde el curso escolar 2011-12 hasta el 2013-14 fue variable. Se observaron valores entre 54 y 162 profesores/as. La media de profesorado participante a lo largo de este periodo fue de 110.

El número de aulas en las que se desarrolló el programa en el curso escolar 2011-12 hasta el 2013-14 fue variable. Se observaron valores entre 129 y 161 profesores/as. La media de aulas participantes a lo largo de este periodo fue de 139.

El número de alumnos que recibió la intervención desarrollada por el profesorado desde el curso escolar osciló entre 332 y 4166 escolares. La media de alumnos y alumnas que recibieron la intervención fue a lo largo de este periodo de 3664 alumnos de centros escolares de secundaria de la ciudad de Barcelona.

**Tabla 63:** Cobertura del Itinerario 1 del programa 'Parlem-ne; no et tallis!' (2011-12 al 2013-14)

Indicador/curs	Curso 2011-12		Curso 2012-13		Curso 2013-14	
	Inscritas	Valoraciones	Inscritas	Valoraciones	Inscritas	Valoraciones
Escuelas participantes	51	51	54	--	56	46
Número profesorado	162	78	54	41	114	77
Número aulas	161	78	129	56	127	93
Número alumnos	4166	1950	3494	--	3332	2319

En la tabla 64 podemos observar el número de centros escolares que participó y desarrolló el Itinerario 2 desde el curso escolar 2011-12 hasta el 2013-14 fue variable. Se observaron valores entre 4 y 24 centros escolares. La media de centros a lo largo de este periodo fue de 13 centros escolares de la ciudad de Barcelona.

**Tabla 64:** Cobertura del Itinerario 2 del programa 'Parlem-ne; no et tallis!' (2011-12 al 2013-14)

Indicador/curs	Curso 2011-12		Curso 2012-13		Curso 2013-14	
	Inscritas	Valoraciones	Inscritas	Valoraciones	Inscritas	Valoraciones
Escuelas participantes	11	11	4	--	24	10
Número profesorado	17	18	4	14	48	20
Número aulas	17	14	9	19	59	16
Número alumnos	546	243	581	--	1398	438

El número de profesores y profesoras que desarrolló el programa en el aula desde el curso escolar 2011-12 hasta el 2013-14 fue variable. Se observaron valores entre 4 y 48 profesores/as. La media de profesorado participante a lo largo de este periodo fue de 23.

El número de aulas en las que se desarrolló el programa en el curso escolar 2011-12 hasta el 2013-14 fue variable. Se observaron valores entre 9 y 59 profesores/as. La media de aulas participantes a lo largo de este periodo fue de 28,3.

El número de alumnos que recibió la intervención desarrollada por el profesorado desde el curso escolar 2011-12 hasta el 2013-14 osciló entre 546 y 1398 escolares. La media de alumnos y alumnas que recibieron la intervención fue a lo largo de este periodo de 841,6 alumnos de centros escolares de secundaria obligatoria de la ciudad de Barcelona.

#### **5.5.1.2. Perfil del profesorado que implementa el programa 'Parlem-ne; no et tallis!' (2011-12 al 2013-14)**

La edad media del profesorado que implementó el programa 'Parlem-ne; no et tallis!' a lo largo de los cursos escolares estudiados fue variable. Observamos que la edad va bajando a medida que avanzan los cursos. Los valores fueron entre 43 y 47,5. La edad media a lo largo de los cursos fue de 48,8. A lo largo de los cursos escolares el porcentaje de profesoras participantes fue superior al de profesores (ver tabla 65).

Se preguntó al profesorado si habían asistido a la formación previa del programa. Esta formación fue realizada por el equipo de investigación, tuvo una duración de 4 horas y se consideró parte de la intervención debido a su importancia para el conocimiento del profesorado sobre el programa, sus contenidos, las actividades propuestas y las posibles soluciones ante dificultades concretas. Las respuestas a lo largo de los cursos estudiados fueron variadas, entre un 34% y 61,9% del profesorado afirmó haber asistido a la última convocatoria de formación con una asistencia media de un 24,6%. Entre un 44,4%.

**Tabla 65.** Perfil del profesorado participante en el programa ‘Parlem-ne; no et tallis!’ 2011-12 al 2013-14)

Curso/profesorado	Edad media	Hombre	Mujer	Formación última convocatoria
<b>2011-12</b>	47,5	31,1%	68,9%	61,9%
<b>2012-13</b>	44	32%	68%	37,3%
<b>2013-14</b>	43	37%	63%	34%

### 5.5.1.3. Algunos aspectos de la aplicación del programa ‘Parlem-ne; no et tallis!’ 2011-12 al 2013-14)

#### Itinerario 1

Todo y que se recomendó su aplicación en 4ºESO, su desarrollo en el aula se hizo en diferentes cursos escolares, según las características de los jóvenes y según la preferencia por diversas razones del profesorado (ver tabla 66).

**Tabla 66.** Etapa escolar de aplicación del Itinerario 1 del programa ‘Parlem-ne; no et tallis!’ (2011-12 al 2013-14)

Curso/Etapa	3ª ESO	4º ESO	BACH./CF
<b>2011-12</b>	23,07%	67,9%	9,9%
<b>2012-13</b>	23,2%	55,4%	21,4%
<b>2013-14</b>	13,9%	38,4%	50,6%

Desde el curso escolar 2011-12 hasta el curso 2013-14 un 20,02% de media lo aplicó en 3º de ESO con valores entre un 13.9% y un 23,2%; un 53,9% en 4º de ESO (38,4%-67,9%); un 27,3% en Bachillerato/Ciclos Formativos (9,9%-50,6%).

#### Itinerario 2

Todo y que se recomendó su aplicación en Bachillerato y Módulos formativos, su desarrollo en

el aula se hizo en diferentes cursos escolares, según las características de los jóvenes y según la preferencia por diversas razones del profesorado.

Desde el curso escolar 2011-12 hasta el curso 2013-14 un 1,7% de media lo aplicó en 3º de ESO con valores entre un 0% y un 5,3%; un 66,6% en 4º de ESO (63,2%-71,4%) y un 30,7% en Bachillerato (28,6%-31,9%) (Ver tabla 67).

**Tabla 67.** Etapa escolar de aplicación del Itinerario 2 del programa ‘Parlem-ne; no et tallis!’ (2011-12 al 2013-14)

Curso aplicación	3ª ESO	4º ESO	BACH./CF
2011-12	0%	71,4%	28,6%
2012-13	5,3%	63,2%	31,6%
2013-14	0%	65,2%	31,9%

#### 5.5.1.4. Cumplimiento y algunos aspectos de fidelidad del programa ‘Parlem-ne; no et tallis!’ (2011-12 al 2013-14)

##### Itinerario 1

Se analizó si el profesorado participante había desarrollado cada una de las sesiones propuestas. Se utilizaron 3 preguntas: si había hecho o no la sesión, cuanto tiempo había dedicado a cada una y el tiempo total de la intervención en el aula.

La segunda pregunta sirvió para asegurar que se había dedicado el tiempo mínimo recomendado para cada una de las sesiones que afirmaron haber realizado (50 minutos). De esta forma los porcentajes que se ofrecen en las tablas garantizan el cumplimiento y la fidelidad autodeclarada de los datos. Un 78,9% de media del profesorado participante y del cual se disponía de ficha de valoración a lo largo de los tres cursos estudiados, afirmó haber desarrollado la unidad 1, sus valores oscilaron entre un 73,2% y un 83,3%. Para la unidad 2 se obtuvo una media a lo largo de



los 3 cursos estudiados de un 80,6% con valores entre un 76,8% y un 87,3% de profesorado participante que desarrolla la unidad. Para la unidad 3 se observó una media de 72,8% con valores entre 64,3% y 79,7%. Para la unidad 4 una media de 61,5% de profesorado afirmó haber desarrollado la sesión en el aula, con valores entre 41,1% y 77,2%. La sesión 5 fue realizada por un 59,8% de media y con valores entre 55,4% y 68,49%. Por último la unidad 6 fue desarrollada por un 34,8% del profesorado participante a lo largo de los cursos escolares estudiados, con valores entre (21,4% y 50,4%). Se observó una bajada paulatina del cumplimiento de las unidades, desde la primera a la sexta. Como se dijo con anterioridad la secuencia de las unidades es escalonada y resulta necesario empezar por la primera e ir recorriendo las seis unidades en este orden para un apropiado aprovechamiento de la intervención (ver tabla 68).

**Tabla 68.** Cumplimiento de cada unidad del Itinerario 1 del programa 'Parlem-ne; no et tallis!' (2011-12 al 2013-14)

Curso/ unidad	Unidad 1	Unidad 2	Unidad 3	Unidad 4	Unidad 5	Unidad 6
<b>2011-12</b>	83,3%	87,3%	79,7%	77,2%	68,4%	50,4%
<b>2012-13</b>	73,2%	76,8%	64,3%	41,1%	55,4%	21,4%
<b>2013-14</b>	80,2%	77,8%	74,4%	66,3%	55,8%	32,6%

Dedicación mínima de 50 minutos

Actividades de entorno: Como se explicó anteriormente se propuso la realización de como mínimo una actividad de entorno como parte del desarrollo del programa 'Parlem-ne; no et tallis!', esta fue la visita al centro de salud sexual y reproductiva. Todo y así se ofrecieron además la coordinación con Consulta Oberta, Coordinación con el Punto de información Joven y la actividad sobre diversidad sexual. En relación a la visita/taller al centro de salud sexual y reproductiva se dieron dos posibilidades, concertar una visita al CJAS (Centro Jove d'Anticoncepció i Sexualitat) (ONG) o bien organizar una visita al centro de atención afectiva y sexual más cercano al centro escolar (centros públicos). Cada profesor/a podía escoger el centro a visitar, pero se debía tener en cuenta que el número de visitas (talleres) en el caso del CJAS estaba limitado por la subvención que recibían para ello. En el caso de querer ir al CJAS, el centro escolar y en su caso el profesorado debía decidirlo pronto y contactar lo antes posible. Aun así

en ocasiones, centros interesados se quedaron sin actividad de entorno para su alumnado si es que no querían ir al centro público más cercano a la escuela.

Para los cursos estudiados se observaron los resultados siguientes: Un 48% de media del profesorado que participaron y enviaron la ficha de valoración a lo largo de los tres cursos estudiados, afirmó haber desarrollado la sesión en el Centro de Atención Afectiva y Sexual, sus valores oscilaron entre un 39,4% y un 57,1%. Para la actividad coordinada con Consulta Oberta se obtuvo una media a lo largo de los 3 cursos estudiados de un 17,6% con valores entre un 14,3% y un 21,1% de profesorado participante que desarrolla la sesión. Para la actividad con el Punto de Información Joven se observó una media de 13,5% con valores entre 9,9% y 17,9%. Para la sesión sobre diversidad sexual se obtuvo una media de 13,3% de profesorado afirmó haber desarrollado la actividad en el aula, con valores entre 11,3% y 16,3 (ver tabla 69).

**Tabla 69.** Realización de actividades de entorno del Itinerario 1 del programa ‘Parlem-ne; no et tallis!’ (2011-12 al 2013-14)

Curso/ sesión	CAAS <sup>1</sup>	C.O <sup>2</sup>	PIJ <sup>3</sup>	Div. Sex. <sup>4</sup>
<b>2011-12</b>	39,4%	21,1%	9,9%	11,3%
<b>2012-13</b>	57,1%	14,3%	17,9%	12,5%
<b>2013-14</b>	47,7%	17,4%	12,8%	16,3%

(1) Centro de Salud sexual y reproductiva; (2) Consulta Oberta; (3) Punto de Información Joven; (4) Diversidad Sexual

## Itinerario 2

Se analizó si el profesorado participante había desarrollado cada una de las sesiones propuestas. Se utilizaron 3 preguntas: si había hecho o no la sesión, cuanto tiempo había dedicado a cada una y el tiempo total de la intervención en el aula.

### La segunda pregunta

sirvió para asegurar que se había dedicado el tiempo mínimo recomendado para cada una de las unidades didácticas que afirmaron haber realizado (50 minutos). De esta forma los porcentajes que se ofrecen en las tablas garantizan el cumplimiento y la fidelidad autodeclarada de los datos. Un 86,9% de media del profesorado participante y del cual se disponía de ficha de

valoración a lo largo de los tres cursos estudiados, afirmó haber desarrollado la unidad 1, sus valores oscilaron entre un 60,9% y un 100%. Para la unidad 2 se obtuvo una media a lo largo de los 3 cursos estudiados de un 84% con valores entre un 52,2% y un 100% de profesorado participante que desarrolla la unidad. Para la unidad 3 se observó una media de 72,8% con valores entre 56,5% y 84,2%. Para la unidad 4 una media de 77,5% de profesorado afirmó haber desarrollado la unidad en el aula, con valores entre 65,2% y 77,8% (ver tabla 70).

**Tabla 70.** Cumplimiento de cada unidad del Itinerario del programa ‘Parlem-ne; no et tallis!’ (2011-12 al 2013-14)

Curso/ sesión	Unidad 1	Unidad 2	Unidad 3	Unidad 4
<b>2011-12</b>	100%	100%	77,8%	77,8%
<b>2012-13</b>	100%	100%	84,2%	89,5%
<b>2013-14</b>	60,9%	52,2%	56,5%	65,2%

Dedicación mínima de 50 minutos

Actividad de entorno: Un 57,1% de media del profesorado que participaron y enviaron la ficha de valoración a lo largo de los tres cursos estudiados, afirmó haber desarrollado la actividad en el centro de salud sexual y reproductiva, sus valores oscilaron entre un 30,4% y un 77,8%. Para la actividad coordinada con Consulta oberta se obtuvo una media a lo largo de los 3 cursos estudiados de un 36,9% con valores entre un 31,6% y un 44,4% de profesorado participante que desarrolla la sesión. Para la actividad con el Punto de Información Joven se observó una media de 37,2% con valores entre 30,4% y 44,4%. Para la sesión sobre diversidad sexual se obtuvo una media de 27,4% de profesorado afirmó haber desarrollado la actividad en el aula, con valores entre 17,4% y 33,3 (ver tabla 71).

**Tabla 71.** Realización de actividades de entorno del Itinerario 2 del programa ‘Parlem-ne; no et tallis!’ (2011-12 al 2013-14)

Curso/ sesión	CAAS <sup>1</sup>	C.O <sup>2</sup>	PIJ <sup>3</sup>	Div. Sex. <sup>4</sup>
<b>2011-12</b>	77,8%	44,4%	44,4%	33,3%
<b>2012-13</b>	63,2%	31,6%	36,8%	31,6%
<b>2013-14</b>	30,4%	34,8%	30,4%	17,4%

(1)Centro de Atención Afectiva y Sexual; (2) Consulta Oberta; (3) Punto de Información Joven; (4) Diversidad Sexual

**5.5.1.5. Satisfacción del profesorado con las actividades desarrolladas del programa ‘Parlem-ne; no et tallis!’ (2011-12 al 2013-14)**

A lo largo de los cursos escolares estudiados se cambiaron las variables y la forma de medir algunos aspectos. Por ello presentaremos a continuación los resultados obtenidos para ambos itinerarios en el curso 2011-12 y a continuación los resultados obtenidos para los dos itinerarios para los cursos 2012-13 y 2013-14.

Siete variables diferentes permitieron valorar la satisfacción del profesorado a lo largo del curso escolar 2011-12. El profesorado debía valorar con las categorías de respuesta (Totalmente de acuerdo, bastante de acuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo, bastante en desacuerdo, totalmente en desacuerdo) las variables siguientes: El programa es: atractivo, largo, claro, informativo, comprensible, útil e interesante. Los resultados obtenidos para ambos itinerarios aparecen en la tabla 72.

**Tabla 72.** Aspectos referidos a las actividades de cada uno de los itinerarios del programa ‘Parlem-ne; no et tallis!’, valorados por el profesorado, curso escolar 2011-12

	Atractivo		Largo		Claro		Informativo		Comprensible		Útil		Interesante	
	Ta y Ba <sup>a</sup>		Ta y Ba <sup>a</sup>		Ta y Ba <sup>a</sup>		Ta y Ba <sup>a</sup>		Ta y Ba <sup>a</sup>		Ta y Ba <sup>a</sup>		Ta y Ba <sup>a</sup>	
	It1	It2	It1	It2	It1	It2	It1	It2	It1	It2	It1	It2	It1	It2
2011-212	91,2%	91,2%	51,9%	51,9%	81%	94,1%	88,6%	94,1%	93,7%	94,1%	92,4%	94,1%	94,9%	100%

(a) Totalmente de acuerdo y bastante de acuerdo

Todos los aspectos fueron valorados positivamente por el profesorado excepto la variable extensión del programa. Un 50% aproximadamente mostró su acuerdo con el concepto. En la mayoría de variables observamos valoraciones más positivas para el itinerario 2.

Para los cursos escolares 2012-13 y 2013-14 la forma de valorar estos aspectos referidos a las unidades del programa cambiaron. Presentamos los resultados en la tabla 73.

**Tabla 73.** Valoración del profesorado sobre aspectos referidos a las unidades de cada uno de los itinerarios del programa ‘Parlem-ne; no et tallis!’ (2012-13 y 2013-14)

	2012-13		2013-14	
	Itinerario 1	Itinerario 2	Itinerario 1	Itinerario 2
<b>Interés alumnado</b>	7,5	8,6	7,6	7,5
<b>Comprensión</b>	8	9,1	7,7	7,8
<b>Participación</b>	7,7	8,7	7,5	7,4
<b>Idóneo para alumnado</b>	7,8	9,1	7,9	8,4
<b>Contenidos educativos</b>	8	8,7	7,7	8,1
<b>Formación previa</b>	6	8,4	7,3	7,9
<b>Satisfacción global</b>	7,4	8,6	7,5	7,9

Puntuación media (0 mínimo -10 máximo)

Todos los aspectos son valorados positivamente por el profesorado excepto la variable ‘formación previa’ que recibió (para el itinerario 1) un 6 sobre 10. En todas las variables y para los dos cursos escolares estudiados las valoraciones del itinerario 2 fueron mejores que para el itinerario 1.

En el curso 2012-13 un 95,6% del profesorado que implementó el itinerario 1 en el aula afirmó que lo volvería a aplicar frente a un 91,3% del profesorado que aplicó el itinerario 2. En el curso 2013-14 se observaron los mismos resultados. El soporte recibido por el equipo de investigación recibió un valor medio de 87,2 con valores entre (80,2% y 91,7%).

#### **5.5.1.6. Valoración cualitativa del profesorado del Itinerario 1 e Itinerario 2 del programa ‘Parlem-ne; no et tallis!’ (2011-12 al 2013-14)**

Los resultados literales de la valoración cualitativa por parte del profesorado pueden verse en el anexo, documento 5. A continuación se presentan los principales resultados observados, de mayor a menor frecuencia de aparición.

Itinerario 1

Lo que más gustó:

2011-12: las actividades, el material, aspectos del alumnado, contenidos y metodología.

2012-13: la orientación de los temas, visita/taller en el centro de salud sexual y reproductiva, unidades y actividades concretas, material y recursos proporcionados, idoneidad del grupo edad.

2013-14: Adecuación y contenidos de los temas, materiales, formación y recursos proporcionados, resultados obtenidos, unidades y actividades concretas.

Lo que menos gustó:

2011-12: Nada, aspectos del alumnado, falta de tiempo, material, contenidos, duración, otros.

2012-13: Orientación de los temas y actividades, falta de tiempo, otros.

2013-14: Extensión, adecuación y orientación de las actividades, falta audiovisual, falta claridad, resultados de actividades.

Itinerario 2

Lo que más gustó:

2011-12: Alumnado, visita/taller en el centro de salud sexual y reproductiva.

2012-13: Orientación y formato de las actividades, material y recursos proporcionados.

2013-14: Unidades y actividades concretas, orientación y formato actividades, materiales y otros recursos proporcionados.

Lo que menos gustó:

2011-12: Alumnado, contenidos.

2012-13: Orientación de los temas y actividades, idoneidad del grupo de alumnado.

2013-14: idoneidad del grupo de alumnado, otros.

### **5.5.2. Valoración de ambos itinerarios del programa ‘Parlem-ne; no et tallis!’ por parte del alumnado que recibe la intervención y los jóvenes educadores que comparten las actividades del itinerario 2 con el profesorado, (2012-13)**

A partir del curso escolar 2012-13 se inicia la recogida de valoraciones por parte del alumnado que recibe la intervención (itinerario 1 y 2) y por parte de los jóvenes educadores (Itinerario 2).

2012-2013

No se recibieron valoraciones de los jóvenes educadores participantes en el programa durante este curso escolar. A continuación se describen los resultados de las valoraciones del alumnado.

Se recibió el cuestionario de valoración por parte de 253 alumnos de 16 centros escolares, que representan el 6,2 % del total de alumnos participantes en el programa. De estos, un 51,8% eran chicos la edad media del total fue de 15 años (con un rango entre 12 y 18 años); un 68,4% participaron en el Itinerario 1 y un 31,6%, en el Itinerario 2.

A continuación (tabla 74), se muestran los datos referidos a la etapa educativa y espacio educativo en donde se implementó el programa, la realización de la visita/taller al centro de salud sexual y reproductiva y la satisfacción media con el programa por parte del alumnado (medida mediante una escala del 0-nada /rechazo total al 10-entusiasmo) según se desarrollase el Itinerario 1 o 2.

En las figuras 41 y 42 se recoge el grado de aceptación de las actividades realizadas y de la visita/taller al centro de salud sexual y reproductiva, respectivamente. Cada aspecto valorado se midió mediante una escala del 1al 5 (mucho, bastante, regular, poco, nada. En general, el Itinerario 2 contó con mejor grado de aceptación de las actividades realizadas que el Itinerario 1. El alumnado valoró positivamente la mayoría de aspectos. No obstante, más de un 40% en ambos itinerarios consideraron las actividades demasiado largas y un 25% en ambos itinerarios, les consideraren aburridas. En el caso del Itinerario 1, la valoración de las actividades como prácticas, dinámicas y participativas también disminuyó. Respecto a la visita/taller en el centro

de salud sexual y reproductiva, tanto en un itinerario como en el otro, recibió valoraciones muy positivas respecto a todos los aspectos valorados, pero porcentaje de alumnos que la consideraron larga y aburrida también fue considerable.

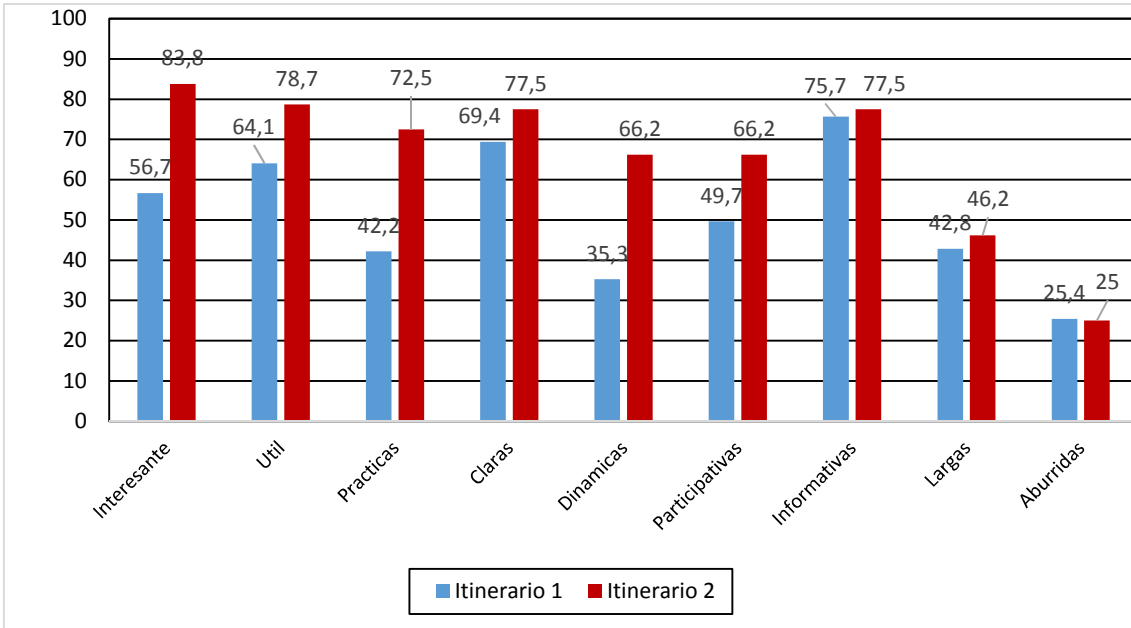
**Tabla 74.** Etapa y espacio escolar, realización del taller en el centro de salud sexual y satisfacción global, del programa 'Parlem-ne; no et tallis!', según itinerario (2012-13)

	<b>Itinerario 1 (n=173)</b>	<b>Itinerario 2 (n= 80)</b>
<b>Etapa</b>		
<b>1º ESO*</b>	2,3%	
<b>3º ESO</b>	47,4%	
<b>4º ESO</b>	49,1%	100,0%
<b>1º Bachillerato</b>	0,6%	
<b>2º Bachillerato</b>	0,6%	
<b>Espacio</b>		
<b>Tutoría</b>	67,1%	100,0%
<b>Ética</b>	30,6%	
<b>Ciencias Sociales</b>	0,6%	
<b>Otros</b>	1,7%	
<b>Realización taller (Centro SSR)</b>	28,3%	68,8%
<b>Satisfacción global</b>	6,4	7,4

Fuente: Cuestionario de evaluación del programa, curso 2012-13. Satisfacción: (puntuación media)

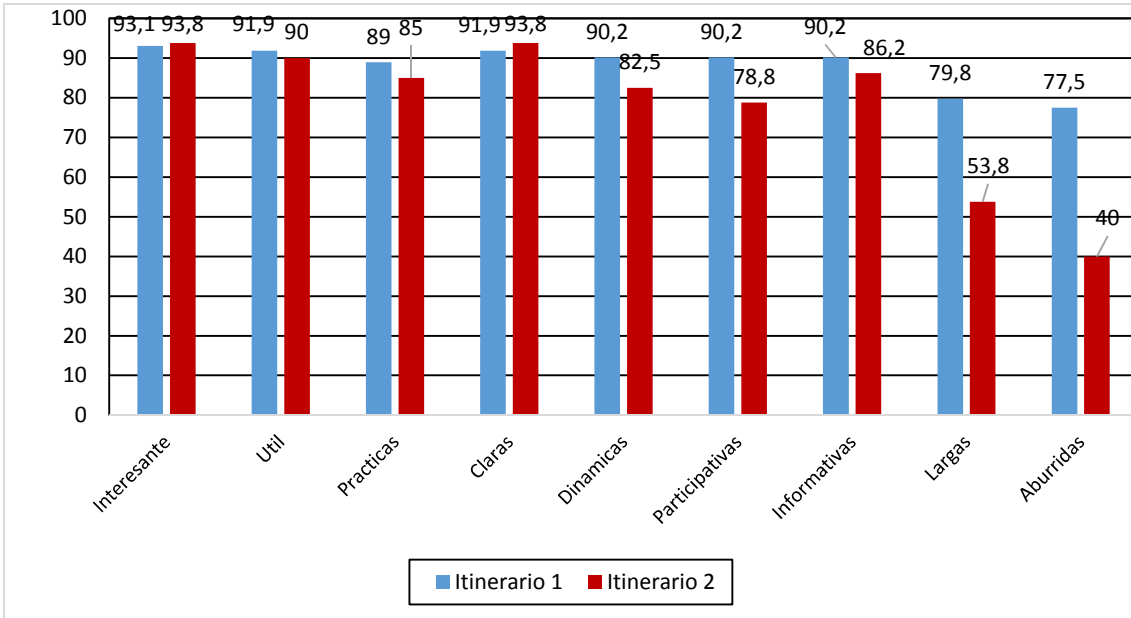
\*error del registro de inscripciones





Fuente: cuestionario de evaluación del programa, curso 2012-13. Porcentaje de alumnos que hicieron una valoración como (muy o bastante), según itinerario

**Figura 41.** Valoración del alumnado sobre aspectos de las actividades realizadas del programa 'Parlem-ne; no et tallis!' (2012-13)



Fuente: cuestionario de evaluación del programa, curso 2012-13. Porcentaje de alumnos que hicieron una valoración como (muy o bastante), según itinerario

**Figura 42.** Valoración del alumnado sobre visita/taller centro salud sexual y reproductiva del programa 'Parlem-ne; no et tallis!' (2012-13)

Los aspectos que más gustaron al alumnado del programa fueron, por orden de mayor a menor frecuencia en las respuestas (los resultados literales pueden verse en el anexo, documento 6):

Itinerario 1: orientación de temas y actividades, contenidos aprendidos, actividades y temas concretos, participación y dinámica de las clases y material.

Itinerario 2: orientación de temas y actividades, contenidos aprendidos, actividades y temas concretos y participación y dinámica de las clases.

Los aspectos que menos gustaron al alumnado del programa fueron, por orden de mayor a menor frecuencia en las respuestas (los resultados literales pueden verse en el anexo, documento 6):

Itinerario 1: Contenidos conocidos, repetitivos, clases largas y aburridas, actividades y temas concretos, orientación de las actividades, dinámicas, practicidad, dificultades en la participación y duración corta del programa.

Itinerario 2: Contenidos conocidos, repetitivos, clases largas y aburridas, actividades y temas concretos, orientación de las actividades, dinámicas, practicidad, dificultades en la participación y duración corta del programa.

2012-2013

Se recibió el cuestionario de valoración por parte de 321 alumnos de 23 centros escolares, que representan el 5,5 % del total de alumnos participantes en el programa. De estos, un 52% eran chicos la edad media del total fue de 15 años (con un rango entre 14 y 18 años); un 68,4% participaron en el Itinerario 1 y un 31,6%, en el Itinerario 2.

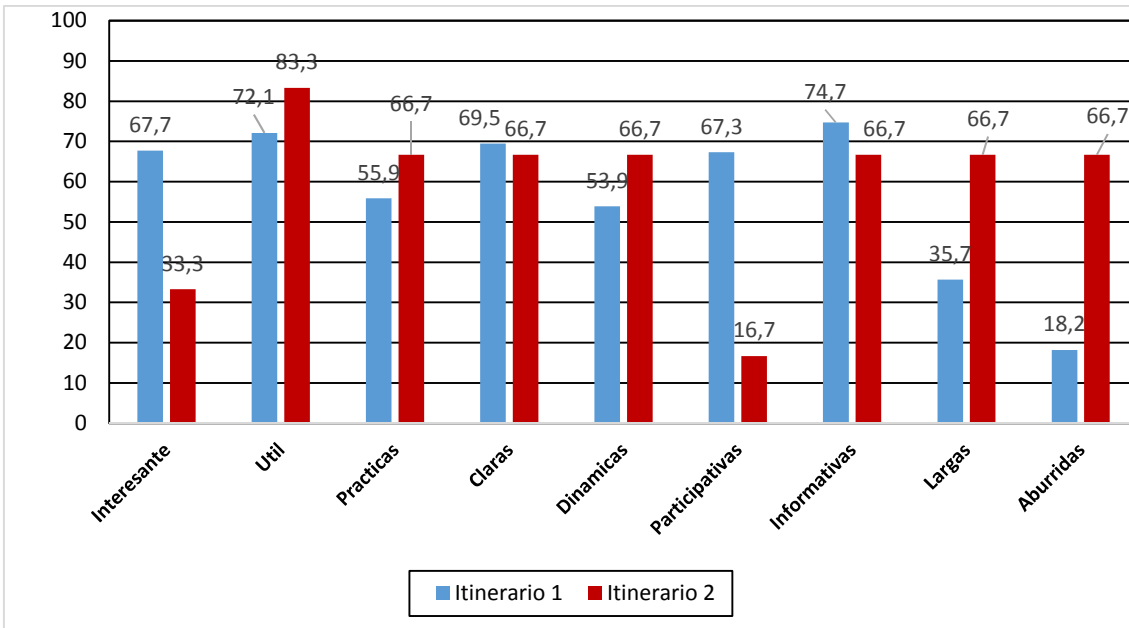
A continuación (tabla 75), se muestran los datos referidos a la etapa educativa y espacio educativo en donde se implementó el programa, la realización de la visita/taller al centro de salud sexual y reproductiva y la satisfacción media con el programa por parte del alumnado (medida mediante una escala del 0-nada /rechazo total al 10-entusiasmo) según se desarrollase el Itinerario 1 o 2.

**Tabla 75.** Etapa y espacio escolar, realización del taller en el centro de salud sexual y satisfacción global del programa 'Parlem-ne; no et tallis!' según itinerario, (2012-13)

	<b>Itinerario 1 (n=269)</b>	<b>Itinerario 2 (n= 6)</b>
<b>Etapa</b>		
<b>3º ESO</b>	28,2%	
<b>4º ESO</b>	64,3%	33,3%
<b>1º Bachillerato</b>	7,1%	16,7%
<b>Otros</b>	0,4%	50%
<b>Espacio</b>		
<b>Tutoría</b>	81,4%	0%
<b>Ética</b>	8,9%	0%
<b>Otros</b>	9,7%	100%
<b>Realización taller (Centro SSR)</b>	72,5%	16,7%
<b>Satisfacción global</b>	7,1	7,2

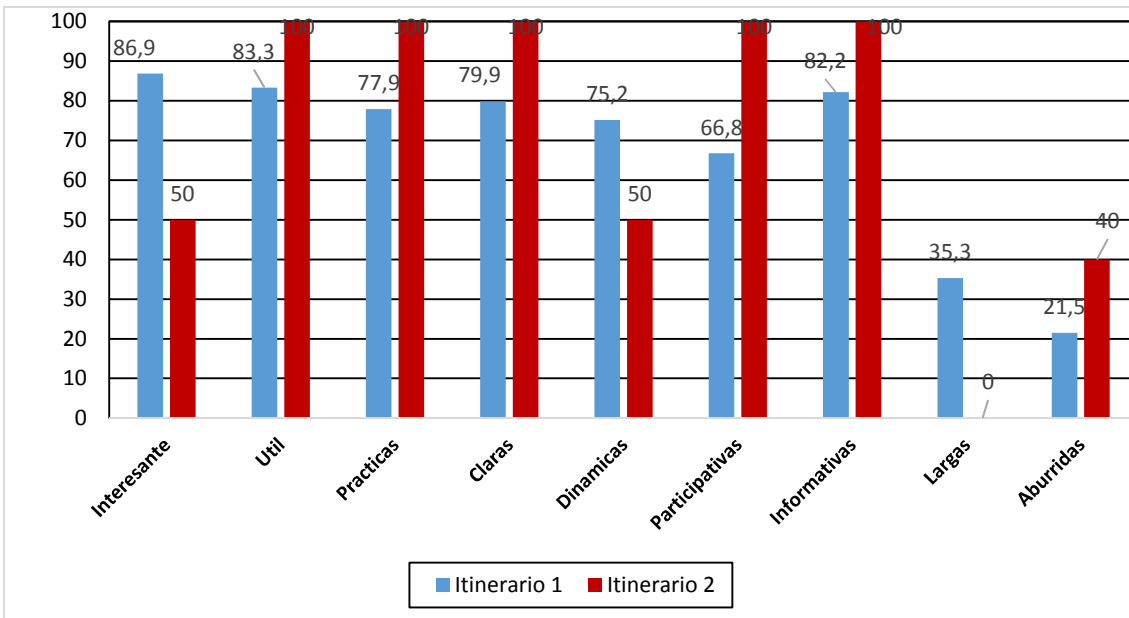
46 perdidos. (\*) Error del registro de inscripciones. Satisfacción: (puntuación media)

En las figuras 42 y 43 se recoge el grado de aceptación de las actividades realizadas y de la visita/taller al centro de salud sexual y reproductiva, respectivamente. Cada aspecto valorado se midió mediante una escala del 1 al 5 (mucho, bastante, regular, poco, nada. El Itinerario 2 contó con solo 6 evaluaciones con los que sus resultados se han de tomar con más prudencia. El alumnado valoró positivamente la mayoría de aspectos, más de un 70% las considero muy y bastante útiles e informativas. . No obstante, más de un 35% en ambos itinerarios consideraron las actividades demasiado largas. Respecto a la visita/taller en el centro de salud sexual y reproductiva, tanto en un itinerario como en el otro, recibió valoraciones muy positivas respecto a todos los aspectos valorados, pero porcentaje de alumnos que la consideraron larga y aburrida también fue considerable.



Fuente: cuestionario de evaluación del programa, curso 2012-13. Porcentaje de alumnos que hicieron una valoración como (muy o bastante), según itinerario

**Figura 43.** Valoración del alumnado sobre aspectos de las actividades realizadas del programa 'Parlem-ne; no et tallis!' (2013-14)



Fuente: cuestionario de evaluación del programa, curso 2012-13. Porcentaje de alumnos que hicieron una valoración como (muy o bastante), según itinerario

**Figura 44.** Valoración del alumnado sobre visita/taller centro salud sexual y reproductiva del programa 'Parlem-ne; no et tallis!' (2013-14)

Los aspectos que más gustaron al alumnado del programa (ambos itinerarios juntos) fueron, por orden de mayor a menor frecuencia en las respuestas (los resultados literales pueden verse en el anexo, documento 6): actividades concretas, tema y aprendizaje, organización y forma, otros y material utilizado.

Los aspectos que menos gustaron al alumnado del programa (ambos itinerarios juntos) fueron, por orden de mayor a menor frecuencia en las respuestas (los resultados literales pueden verse en el anexo, documento 6): conocimientos, actividades concretas, forma y organización,

### **5.5.3. Valoración del programa 'Parlem-ne, no et tallis!' por parte de los jóvenes educadores**

Durante el curso 2013-2014, el programa tenía previsto la participación en la docencia de 24 jóvenes educadores, alumnos voluntarios que colaboran en la implementación del programa. Todos tenían entre 15 y 18 años, con una edad media de 16 años, el 56% de los cuales eran chicos. Del total de 24 jóvenes educadores, solo tres realizaron la evaluación final del programa, dando lugar a los siguientes resultados:

Las tres evaluaciones corresponden a chicas de 15 a 17 años, todas ellas cursaban 4º de ESO y asistieron a los cursos de formación. La satisfacción media fue de un 9 sobre 10 y las tres volverían a aplicar el programa. El aspecto que más les gustó fue poder hacer de profesor por un día y la unidad 1 donde se hablaba de sida. El único comentario negativo fue la actitud de sus compañeros.

## **5.6. Discusión**

### **Programa 'Parlem-ne; no et tallis!'**

**En relación a los resultados de la diseminación y evaluación del proceso de implementación del programa 'Parlem-ne; no et tallis!':**

Itinerario 1

La cobertura del programa 'Parlem-ne; no et tallis!' Itinerario 1 se mostró a lo largo de los cursos escolares estudiados mejorable. Se consideró baja en relación al número de centros escolares de secundaria obligatoria de la ciudad de Barcelona. El estudio de la cobertura por distritos muestra unas diferencias entre los territorios importantes. Se observó una mayor cobertura en los distritos de Ciutat Vella, Horta-Guinardó, Sants y se observa un incremento en Nou Barris frente a coberturas más bajas en el resto de territorios. Este hecho hizo pensar en el estudio de las características de cada territorio, centros escolares y características del alumnado para explicar estas diferencias. A esto se le suma que las profesionales que trabajan en cada distrito son también diferentes por lo que también podría explicar las diferencias y no sólo por las características personales y habilidades de estas profesionales sino también por las prioridades marcadas en cada territorio, así como el número de escuelas ubicadas en cada distrito que fue y sigue siendo muy variable.

El número de profesorado participante a lo largo del periodo estudiado resultó también variable y claramente mejorable. Habría que analizar si realmente estos datos reflejan una mayor o menor aplicación del programa o son reflejo de una mayor o menor recogida recepción de fichas de valoración.

La diseminación del programa confirma toda una serie de aspectos ya expuestos en la evaluación de proceso/implementación del curso 2010-11:

La edad media del profesorado participante ha ido bajando a lo largo de los cursos escolares pasando de una media de 47 años a una media de edad de 43 años. Sigue observándose una mayor participación de profesoras respecto a profesores.

Al analizar el porcentaje de profesorado que aplica el programa cada curso escolar en relación con su asistencia a la formación previa (que el equipo de investigación considera parte de la intervención o un requisito para garantizar su calidad) se observó un valor inferior al esperado.

El espacio escolar que con diferencia mostró ser el escogido por el profesorado para desarrollar las actividades propuestas por el Programa fue a lo largo de los cursos escolares el espacio de tutoría.

El Itinerario 1 ha sido aplicado principalmente en 4º de ESO pero se observa un aumento progresivo de su aplicación en 3º de ESO. Este hecho se ha observado a lo largo de los cursos escolares y ha ido aumentando hasta el momento actual. Quizá porque el perfil del alumnado obviamente ha ido cambiando a lo largo de los años.

Si tenemos en cuenta la insistencia del profesorado a lo largo de los cursos escolares estudiados en la necesidad de actualizar los recursos especialmente los audiovisuales y ofrecemos otros recursos, resultará más fácil adecuarse a las características concretas del grupo con el que se ha de trabajar. Ofrecer un grupo de situaciones actualizadas, variadas y cercanas al alumnado ha facilitado el proceso.

Las tablas de resultados sobre el cumplimiento de cada unidad didáctica del Itinerario 1 recogen el porcentaje de profesorado que afirma haber realizado en el aula cada una de las unidades propuestas, con una dedicación mínima de 50 minutos por unidad. Se observó una bajada paulatina del cumplimiento de las unidades de la 1a a la sexta, hecho que coincide con el seguimiento de otros programas de promoción de la salud.

Aproximadamente la mitad de los participantes en el programa a lo largo de los cursos escolares estudiados afirmó haber realizado la actividad de entorno propuesta (la visita a un centro de salud sexual y reproductiva)). De estos, la mayoría visitó el CJAS.

En relación a la valoración de algunos aspectos de la intervención por parte del profesorado, se observaron resultados positivos. El profesorado en su mayoría afirmó que el alumnado se mostró interesado en las actividades, aceptaron globalmente el programa y participaron de forma activa en las actividades. El profesorado consideró el programa idóneo para la edad del alumnado al igual que la adecuación de sus contenidos educativos. Se observó una satisfacción

global con el programa favorable con una puntuación media superior a 7 sobre 10. Aunque las puntuaciones medias son superiores en relación al itinerario 2.

La valoración de la formación previa al desarrollo del Programa obtuvo una puntuación positiva pero mejorable.

## Itinerario 2

La cobertura del Itinerario 2 se mostró a lo largo de los cursos escolares estudiados mejorable. Se consideró baja en relación al número de centros escolares de secundaria de la ciudad de Barcelona. La cobertura observada en este programa resultó muy inferior a la del Itinerario 1. Los motivos pueden ser entre otros que va dirigido a alumnado más maduro, que implica la participación del alumnado en la realización de dos de las sesiones y esto puede hacer que el profesorado prefiera llevar el las riendas del Programa. El estudio de la cobertura por distritos muestra unas diferencias entre los territorios importantes, igual que en el caso del Itinerario 1 se observó una mayor cobertura en los distritos de Ciutat Vella, Sants, Horta-Guinardó y Nou Barris frente a coberturas bajas en el resto de territorios. Este hecho hizo pensar en el estudio de las características de cada territorio, centros escolares y características del alumnado para explicar estas diferencias.

Todo y que la cobertura de este Itinerario es inferior al del Itinerario 1 sus valoraciones y opiniones del profesorado recogidas a lo largo de los cursos escolares han sido muy favorables, incluso mejores a los comentarios en relación al Itinerario 1.

El número de profesorado participante a lo largo del periodo estudiado resultó también variable y claramente mejorable. Con valores muy inferiores a los alcanzados por el Itinerario 1.

La edad media del profesorado participante también ha bajado respecto a cursos anteriores aunque se ha mantenido una mayor participación de profesoras frente a profesores.



Al analizar el porcentaje de profesorado que aplica el programa cada curso escolar en relación con su asistencia a la formación previa se observó un valor inferior al esperado. Al igual que la asistencia a la formación previa de los jóvenes educadores.

El espacio escolar que con diferencia mostró ser el escogido por el profesorado para desarrollar las actividades propuestas por el Programa fue a lo largo de los cursos escolares el espacio de tutoría.

El Itinerario 2 ha sido recomendado para jóvenes maduros y con información previa sobre el tema. Los resultados observados mostraron que a lo largo de los cursos escolares el curso en el que más se ha aplicado es en 4º de ESO y en segundo lugar en Bachillerato.

Las tablas de resultados sobre el cumplimiento de cada unidad del Itinerario 2 recogen el porcentaje de profesorado que afirma haber realizado en el aula cada una de las sesiones propuestas dedicando un mínimo de 50 minutos por sesión. Se observó una bajada paulatina del cumplimiento de las unidades, pero los porcentajes de cumplimiento son muy superiores a los del Itinerario 1. Esto podría explicarse al tratarse de un Programa formado por cuatro unidades y su realización repartida entre el profesorado y los jóvenes educadores.

Aproximadamente la mitad de los participantes en el programa a lo largo de los cursos escolares estudiados afirmó haber realizado la actividad de entorno propuesta (la visita al centro de salud sexual y reproductiva)

La actividad centrada en diversidad sexual ha aumentado su aplicación en relación a cursos anteriores.

En relación a la valoración de algunos aspectos de la intervención por parte del profesorado, se observaron resultados positivos. Los valores fueron en todos los casos superiores a los obtenidos por el itinerario 1. El profesorado en su mayoría afirmó que el alumnado se mostró interesado en las actividades, aceptaron globalmente el programa y participaron de forma activa en las

actividades. El profesorado consideró el programa idóneo para la edad del alumnado al igual que la adecuación de sus contenidos educativos. Se observó una satisfacción global con el programa favorable con una puntuación media superior a 7 sobre 10. La valoración de la formación con previa para el desarrollo del Programa obtuvo una puntuación positiva.

La mayoría de profesorado que a lo largo de los cursos escolares estudiados que enviaron su valoración, afirmaron su interés en volver a aplicar el Programa. Dato muy favorable para la valoración del programa.

Limitaciones del estudio:

Los datos de cobertura en los cursos escolares estudiados estuvieron sobrevalorados ya que se basan en las inscripciones según las enfermeras del SESAC. En un principio los informes de seguimiento se basaban únicamente en las fichas de valoración recibidas del profesorado que una vez inscritos al programa y una vez habían aplicado el programa, nos hacían llegar su valoración. Estas profesionales que están en contacto personal con el profesorado desde el momento de las inscripciones a los programas hasta el momento de valorar la aplicación poseen información privilegiada al respecto. A partir de este momento para las coberturas se utiliza la información proporcionada por ellas. De esta forma se evita la infra valoración aunque se utilizar la información proporcionada por las fichas de valoración recibida para el estudio del resto de variables. Esta fue una limitación del estudio desde el primer momento y que aún hoy en día sigue existiendo.

A partir del curso escolar 2008-9 la cobertura de los programas se empieza a medir no por el número de escuelas participantes si no por el número de alumnado participante. El motivo es por la variabilidad de líneas que cuentan las escuelas de Barcelona. Es interesante recoger los indicadores de ambas maneras.

Otra limitación del presente estudio fue que las variables incluidas en la valoración posterior al desarrollo de la implementación de los programas no se han mantenido en su totalidad a lo largo del tiempo. Esto hace que perdamos información longitudinal de ciertos aspectos.

## Capítulo 6. Conclusiones y recomendaciones

A continuación se presentan las principales conclusiones obtenidas de la investigación:

### A) Sobre las bases para el desarrollo de los programas

1. En el ámbito de la psicología de la salud se han propuesto una gran cantidad de modelos teóricos para intentar predecir la ejecución de conductas relacionadas con la salud, sobre todo en los ámbitos de la prevención primaria y secundaria.
2. La aplicación de modelos está relacionado con el éxito de los programas preventivos y los estudios empíricos han mostrado que la integración de nuevas variables no redundantes incrementa la capacidad predictiva de los modelos teóricos originales.
3. Además de ser útiles para la predicción, los modelos, de carácter socio-cognitivo en su mayoría, sirven de guía para el diseño de programas de educación y promoción de la salud, al identificar los determinantes críticos de las conductas.
4. Los estudios metodológicamente correctos en cuanto a la evaluación y a la intervención, ofrecen resultados positivos y consiguen reducir las prácticas de riesgo.
5. Sólo evaluando los determinantes conductuales en la población sobre la que queremos intervenir, se obtiene un diagnóstico claro para planificar una intervención lo más eficaz posible.
6. Es imprescindible contar un procedimiento de evaluación apropiado, mediante diseños experimentales verdaderos o cuasiexperimentales y medidas de pre-test y post-test.

### B) Sobre la evaluación de los resultados de los programas

7. Los resultados de la evaluación de la efectividad de los programas 'PRESSEC' y 'Parlem Clar' no se alejan de los observados en encuestas realizadas a jóvenes sobre los mismos temas: alto nivel de conocimientos sobre la infección por el VIH y otras ITS (aciertos de las chicas por encima de los chicos), vías de transmisión de la infección bien conocidas,

conceptos erróneos sobre los fluidos del organismo que no son capaces de transmitir la infección, actitudes favorables al uso de anticonceptivos y del preservativo (superior en las chicas), intenciones de conducta (ambos sexos tienen en su mayoría la intención de utilizar preservativo si su pareja se lo pide), intención de pedir el uso del preservativo (superior en las chicas), intención de rechazar una relación sexual si la pareja se niega a utilizar preservativo( superior en las chicas), se considera el preservativo un método que no sería difícil de conseguir, la marcha atrás considerada un método contraceptivo no seguro . El porcentaje de actividad sexual de los jóvenes participantes fue superior al obtenido en encuestas anteriores.

8. La modestia de los resultados en términos de cambio de conducta no ha de hacer olvidar la importancia del posible impacto poblacional de las intervenciones escolares bien hechas. Un programa efectivo presenta un coste muy bajo frente a los tratamientos habituales.

#### C) Sobre la evaluación de proceso de implementación de los programas y su disseminación

9. La evaluación del proceso de implementación permite conocer a fondo el desarrollo real programa en el aula.
10. La disseminación de los programas a lo largo de los cursos escolares y la recogida de indicadores de evaluación del proceso de implementación permite hacer un seguimiento detallado de la difusión de los programas en el territorio e identificar los aspectos a mejorar y a mantener de cara a una actualización.
11. La cobertura de los programas es mejorable. Es importante estudiar diferentes estrategias que mejoren este aspecto.
12. Contar con las valoraciones por parte de los jóvenes que reciben la intervención permite identificar aquello que más les gusta, motiva y lo que menos les agrada.
13. Resulta imprescindible mejorar la recogida de las valoraciones del alumnado y sobre todo de los jóvenes educadores para comprender mejor los que pasa en el aula cuando se implementan las unidades didácticas.

14. Es necesario prever el mantenimiento y diseminación de los programas de promoción de la salud.

## **Recomendaciones**

Las características deseables en el diseño de intervenciones dirigidas a prevenir el embarazo adolescente, las ITS incluida la infección por el VIH/sida permiten formular las siguientes recomendaciones sobre el diseño de programas de prevención de las conductas sexuales de riesgo:

- a) Estar centrados en conductas de riesgo específicas y usar modelos teóricos reconocidos (TAS, TCS, TAR, ASE, PRECEDE, Intervention Mapping, etc.).
- b) Utilizar métodos pedagógicos interactivos e incluir la clarificación de valores, la resistencia a la presión social y el entrenamiento en habilidades de comunicación.
- c) Incluir el trabajo de la percepción de riesgos.
- d) Dar formación previa a las personas que llevan a cabo el programa y actualizarla periódicamente.
- e) No repetir la información sobre transmisión del VIH/sida y otras ITS, dando importancia a aspectos que aún no están claros para la mayoría.
- f) Tener muy en cuenta las diferencias entre sexos en relación a las actitudes y la intención de conducta.
- g) Dedicar más tiempo a aspectos comportamentales del alumnado.
- h) Centrar los esfuerzos en trabajar la susceptibilidad percibida y el uso del preservativo como método de prevención del embarazo adolescente, la infección por el VIH/sida y otras ITS recomendado a jóvenes.

- i) Reforzar la anticipación de beneficios en cuanto a prevenir infecciones y embarazo, especialmente entre las mujeres, que deben mantener el uso de preservativo aun cuando tengan una pareja estable presumiblemente sana, y alertar de las indeseables consecuencias del *coitus interruptus*. Los varones se pueden beneficiar de ver, practicar y poner preservativos, para usarlos con tranquilidad con su pareja habitual. Ambos sexos pueden beneficiarse del recurso de negarse a mantener relaciones sin protección, lo que se podría practicar proponiendo alternativas protegidas, ya que las inducciones a la abstinencia se han mostrado poco eficaces.
- j) Los jóvenes que no tienen relaciones pueden beneficiarse de consejo u otras intervenciones educativas dirigidas a que perciban que lo normal, lo mayoritario, es que los jóvenes mantengan relaciones con preservativo, recordar que en algún momento cada uno tendrá una pareja y que esta pareja espera que quieran usar preservativos.
- k) El grupo de amigos favorece el uso del preservativo, y es útil promover actitudes favorables en las escuelas u otros ámbitos.
- l) Es necesario explorar el diseño de intervenciones preventivas más amplias que aborden al mismo tiempo diferentes conductas de riesgo que interactúan, como el consumo de alcohol y las relaciones sexuales.
- m) Las conductas y los determinantes también se modifican en función del entorno. El acceso de los jóvenes a los preservativos, a otros métodos contraceptivos y a un ambiente favorable a la prevención y la solidaridad son objetivos a trabajar en paralelo al desarrollo de programas en la escuela. La coordinación de los programas con las visitas individuales y colectivas a los centros de atención a la salud sexual y reproductiva es un primer paso adoptado en esta dirección.
- n) El espacio de tutoría parece ser el más adecuado y adaptable para desarrollar las unidades didácticas que forman los programas.
- o) Es importante que a la hora de dar resultados respecto al número de sesiones desarrolladas por el profesorado en el aula, que se garantice que éstas han sido desarrolladas al menos en el tiempo mínimo recomendado (50 minutos).

- p) El cumplimiento y desarrollo de las actividades en el aula se ha de garantizar ya que asegura la consecución de los objetivos.
- q) Un número reducido de unidades didácticas facilita que el profesorado implemente hasta el final el programa al igual que insistir al profesorado en que planifique bien la implementación del programa.
- r) La participación activa del alumnado como jóvenes educadores que trabajan actividades con sus compañeros tras una formación previa, es una buena herramienta en el desarrollo de intervenciones de prevención del embarazo, de las ITS incluida la infección por el VIH/sida.
- s) La elección de estos jóvenes es importante ya que deben ser los líderes sociales del grupo aula, no los líderes intelectuales (delegados, etc.).
- t) Los programas han de ofrecer adaptabilidad a las características del alumnado, del profesorado, del propio centro escolar y a las características diferenciales de los territorios (diferentes situaciones para que el alumnado se sienta identificado, incluir la diversidad cultural, sexual y de género).
- u) Proponer actividades dinámicas que permitan un dialogo abierto y ágil con el alumnado.
- v) Ofrecer un buen soporte externo al centro escolar de asesoramiento y acompañamiento del profesorado facilita la consecución de los objetivos de los programas.
- w) Un número reducido de unidades didácticas facilita que el profesorado implemente hasta el final el programa al igual que insistir al profesorado en que planifique bien la implementación del programa.
- x) Es importante actualizar los programas periódicamente para que no queden desfasados y estimular la actualización de la formación del programa, teniendo en cuenta las necesidades e intereses del profesorado.





## Bibliografía

- Abraham, S.C., Rubaale, T.K., & Kipp, W. (1995). HIV-preventive cognitions among secondary school students in Uganda. *Health Educ Res*, 10 (2): 155-62.
- Aggleton, P., O'Reilly, K.T., Slutkin, G., & Davies, P. (1994). Risking everything? Risk behavior, behavior change, and AIDS. *Science*, 265, 341-5.
- Ajuntament de Barcelona (1993). *La salut a Barcelona, 1992*. Barcelona: Ajuntament de Barcelona.
- Ajuntament de Barcelona (1995). *SIDA a Barcelona. Vigilancia epidemiológica. Situació a 31 de març de 1995*. Barcelona: Ajuntament de Barcelona.
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Ajzen, I. (1988). *Attitudes, personality and behavior*. Buckingham: Oxford University Press.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179-211.
- Abolfotouh, M.A. (1995). The impact of lecture on AIDS on knowledge, attitudes and beliefs of male school-age adolescents in the ASIR region of southwestern Saudi Arabia. *Journal of Community Health*, 20, 271-281.
- Aluja, T. (1991). *Index de capacitat econòmica familiar en la ciutat de Barcelona*. Barcelona: Ajuntament de Barcelona y Caixa d'Estalvis i Pensions de Barcelona.
- Aplasca, M.R., Siegel, D., Mandel, J.S., Santana-Arciaga, R.T., Paul, J., & Hudes, E.S. (1995). Results of a model AIDS prevention program for high school students in the Philippines. *AIDS*, 9, 7-13.
- Armitage, P., & Berry, G. (1992). *Estadística para la investigación biomédica*. Barcelona: Doyma.

- Arredondo, C., Coronado, A., De la Fuente, M., & Luengo, S. (1990). *Actitudes sociales ante el SIDA. Informe de resultados, población general*. Plan Nacional sobre SIDA. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Ashwort, C.S., Duruant, R.H., Newman, C.H., & Galierd, G. (1992). An evaluation of a school based AIDS/HIV education program for high school students. *Journal of Adolescent Health*, 13, 582/588.
- Bandura, A. (1976). Social learning perspective on behaviour change. En: Burton, A. (editor). *What makes behaviour change possible?* 34-57. New York: Brunner/Mazel.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy. Toward a unifying theory of behavioural change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanisms in human agency. *American Psychologist*, 37, 122-147.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and actions*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall. Traduction: *Pensamiento y acción. Fundamentos sociales*. Barcelona: Martínez Roca, 1987.
- Bandura, A. (1990a). Perceived self-efficacy in the exercise of control over AIDS infection. *Medienpsychologie*, 1, 23-24.
- Bandura, A. (1990b). *Pensamiento y acción*. Fundamentos sociales. Barcelona: Martínez Roca.
- Bandura, A. (1992). Self-efficacy mechanism in psychobiologyc functioning. En R. Schwarzer (Ed.), (1992). *Self-efficacy: Thought control of action*. (pp. 354-393). Washintong: Hemisphere Publishing Corporation Kuhlman.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy. The Exercise of Control*. New York: Freeman and Company.
- Baranowski, T., Weber, K., Basenengkist, K., Wetter, D., Cummings, S., Martineau, D. et al. (1997). Transitions out of high school: time of increased cancer risk? *Preventive Medicine*, 26, 694-703.

- Bartholomew, L.K., Parcel, P.G., Kok, G., & Gottlieb, N. (2001). *Intervention Mapping: designing theory and evidence based health promotion programs*. Mountain View, CA: Mayfield.
- Basen-Enquist, K., & Parcel, G. (1992). Attitudes, norms and self-efficacy: a model of adolescents HIV related sexual risk behavior. *Health Education Quarterly*, 19, 263-277.
- Bayés, R. (1992). Variaciones sobre un modelo de prevención de la enfermedad y su aplicación en el caso del SIDA. *Acta Comportamental*. (1), 33-50.
- Bayés, R., Pastells, S., & Tuldrá, A. (1994). *Conducta heterosexual y percepción de riesgo de contagio al VIH/SIDA en una población universitaria española*. Comunicación presentada al V Congreso Español de Sexología. Granada, Septiembre.
- Bayés, R. (1995). *SIDA y Psicología*. Barcelona: Martínez Roca.
- Becker, M. (1974). The health belief model and personal health behavior. *Health Education Monographs*, 2 (4): 234-508.
- Beiter, M., Ingersoll, G., Ganser, J., & Donald, P. (1991). Relationships of somatic symptoms to behavioral and emotional risk in young adolescents. *J Pediatr*, 118: 118: 473-8.
- Boyd, B., & Wandersmen, A. (1991). Predicting undergraduate condom use with the Fishbein-Ajzen and Triandis attitude-behavior models: implications for public health interventions. *Journal of Applied Social Psychology*, 21, 1810-1830.
- Brener, N., & Collins, J. (1998). Co-occurrence of health-risk behaviors among adolescents in the United States. *J Adolesc Health*, 22, 209-213.
- Brown, L.K., Fritz, M.D., & Barone, V.J. (1989). The impact of AIDS education on junior and senior high school students. A pilot study. *Journal of Adolescent Health Care*, 10, 386-392.
- Brown, L.K., DiClemente, R.J., & Reynolds, L.A. (1991). HIV prevention for adolescents: utility of the health belief model. *AIDS Education and Prevention*, 3, 50-59.
- Bruvold, W.H. (1993). A meta-analysis of adolescent smoking prevention programs. *American Journal of Public Health*, 83, 872-880.

- Bueno, F., Gavidia, V., Gómez, J., Salazar, A., Sieres, J., & Valderrama, J. (1995). *Hábitos de Salud en la juventud de Valencia*. Valencia: Ayuntamiento de Valencia.
- Cáceres, C.F., Rosasco, A.M., Mandel, J.S., & Hearst, N. (1994). Evaluating a school-based intervention for STD/AIDS prevention in Perú. *Journal of Adolescent Care*, 15, 582-591.
- Carballo, M. (1992). Aspectes socials, culturals i polítics de la sida. *Salut Catalunya*; 4:128-30.
- Carrera, M.A., & Calderone, M.S. (1981). The SIECUS/New York University principles basic to education for sexuality. *Journal of School Health*, 51 (4): 315-16.
- Carter, W. (1990). Health behavior as a rational process: Theory of Reasoned Action and Multiattribute Utility Theory. En: K Glanz, FM Lewis and B Rimer (eds.) (1990). *Health behavior and health education*, San Francisco: Josey Bass Publisher.
- Catania, J.A., Dolcini, M.M., Coates, T.J., et al. (1989). Predictors of condom use and multiple partneed sex among sexually-active adolescent women: implications for AIDS-related health interventions. *J Sex Res*; 26: 514-24.
- Centers for Disease Control and Prevention. (1994). Health risk behaviors among adolescents who do and do not attend school. United States, 1992. *JAMA*, 271, 1.068-1.070.
- Cerdà, N., Díez, E., & Juárez O. (1997). *Diseño y evaluación de un programa de prevención del sida en la escuela secundaria*. Programa PRESSEC. Barcelona: Publicaciones de la Diputación de Barcelona.
- Chan, D., & Fishbein, M. (1993). Determinants of college women's intentions to tell their partners to use condoms. *Journal of Applied Social Psychology*, 23, 1455-1470.
- Christopher, F.S., & Roosa, M.W. (1990). An evaluation of an adolescent pregnancy prevention program: is 'just say no' enough? *Family Relations*, 39, 68-72.
- Comín, E., Torrubia, R., Mor, J., & Villalbí, J.R. (1997). Fiabilidad de un cuestionario autoadministrado para investigar el nivel de ejercicio y el consumo de tabaco y alcohol entre escolares. *Med Clin (Barc)*, 108, 293-298.

- Comunidad de Madrid (1993). *Estudio de actitudes, opiniones y comportamientos sexuales de los jóvenes de la Comunidad de Madrid*. Madrid: Comunidad de Madrid, Dirección General de Prevención y Promoción de la Salud.
- Cremer, S. (1998). *HIV/AIDS prevention policies for youth in Europe. State of the art*. Woerden: NIGZ.
- Crosby, R.A. (1996). Combating the illusion of adolescent invincibility to HIV/AIDS. *Journal of School Health*, 66, 186-189.
- Davoli, M., Perucchi, C.A., Sangalli, M., Brancato, G., & Dell'Uomo, G. (1992). Reliability of sexual behavior data among high school students in Rome. *Epidemiology*, 3, 531-535.
- Dawson, D.A. (1986). The effects of sex education on adolescent behavior. *Family Planning Perspective*, 18, 162-170.
- De Miguel, J.M. (1994). Salud y sanidad. En: *Quinto informe sociológico sobre la situación social en España*, (1994). Madrid: Fundación Foessa.
- De Vries, H., Dijkstra, M., & Kuhlman, P. (1988). Self-efficacy: the third factor besides attitude and subjective norm as a predictor of behavioral intentions. *Health Education Research*, 3, 273–28.
- De Vries, H., Backbier, E., Dijkstra, M., Van Breukelen, G., Parcel, G., & Kok, G. (1994). A Dutch social influence smoking prevention approach for vocational school students. *Health Education Research*, 9, 365-374.
- De Vries, H., Backbier, E., Kok, G., & Dijkstra, M. (1995). The impact of social influences in the context of attitude, self-efficacy, intention and previous behaviour as predictors of smoking onset. *Journal of Applied Social Psychology*, 25, 237-257.
- De Vries, H., & Mudde, A. (1998). Predicting stage transitions for smoking cessation applying the Attitude – Social influence – Efficacy Model. *Psychology & Health*, 13, 369–385.
- DiClemente, R.J., Zor, J., & Temoshok, L. (1986). Adolescents and AIDS: a survey of knowledge, attitudes and beliefs about AIDS in San Francisco. *Am J Public Health*, 76, 1443-5.

- DiClemente, R.J. (1992). *Adolescents and AIDS: a generation in jeopardy*. Newbury Park: Sage Publications.
- DiClemente, R.J., Durbin, M., Siegel, D., Kranovsky, F., Lazarus, N., & Comacho, T. (1992). Determinants of condom use among junior high school students in a minority, inner-city school district. *Pediatrics*; 89, 197-202.
- DiClemente, R.J. (1993). Preventing HIV/AIDS among adolescents. School as agents of behavior change (editorial). *JAMA*, 270, 760-762.
- Díez, E., Villalbí, J.R., Benaque, A., & Nebot, M. (1995). Desigualdades en salud materno-infantil: impacto de una intervención. *Gaceta Sanitaria*; 49: 224-31.
- Díez, E., Barniol, J., Nebot, M., Juárez, O., Martín, M., & Villalbí, J.R. (1998). Comportamientos relacionados con la salud en estudiantes de secundaria: relaciones sexuales y consumo de tabaco, alcohol y cannabis. *Gaceta Sanitaria*, 12, 272-280.
- Diputació de Barcelona. Servei de Salut Pública i Consum (1993). *Estudi sobre el grau d'informació que tenen els joves pel que fa a les característiques i les mesures de prevenció de la SIDA i de les MTS*. Barcelona: Diputació de Barcelona.
- Dusenbury, L., Brannigan, R., Hansen, W. B., Walsh, J., & Falco, M. (2005). Quality of implementation: developing measures crucial to understanding the diffusion of preventive interventions. *Health Educ Res.* 20, 308-313.
- European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS. (1998) *HIV/AIDS Surveillance in Europe*. St. Maurice, France: European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS. Quarterly Report.
- Fernández, S., Juárez, O., & Díez, E. (1999). Prevención del SIDA en la Escuela Secundaria: recopilación y valoración de programas. *Revista Española de Salud Pública*, 73 (6).
- Fishbein, M. (1967). *Attitude and the prediction of behavior: results of a survey sample*. En M. Fishbein (Ed.), *Readings in attitude theory and measurement*. New York: Wiley.

- Fishbein, M. (1993). *The theory of reasoned action: its applications to AIDS-preventive behaviour*. Nueva York: Pergamon Press.
- Fisher, J.D., & Fisher, W.A. (1992). Changing AIDS-risk behavior. *Psychological Bulletin*, 3, 455-447.
- Fustenberg, F.F., Moore, K.A., & Petterson, J.L. (1985). Sex education and sex experience among adolescents. *American Journal of Public Health*, 75, 1331-1332.
- Gascó, M. (1991). El embarazo en la adolescencia (II). *Trepitja Segur*, 11, 6-9.
- Gielen, A.C., & McDonald, E.M. (1997). The PRECEDE/PROCEED planning model. En Glanz, K., Lewis, F.M., & Rimer, B. (editors), (1997).. *Health behaviour and health education. Theory, research and practice*. San Francisco: Josey Bass Publishers.
- Glanz, K., Lewis, F., & Rimer, B. (1990). *Health behavior and health education. Theory, research and practice*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Glaser, B., & Strauss, A. (1967). *The Discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*, New York: Aldine de Gruyter.
- González, S. L. (2010). Tema 4. *El Modelo Transteórico*. Retrieved July 07, 2015, from OCW Universidad de Cantabria. Disponible en: <http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/promocion-de-la-salud/material-de-clase/tema-3.-el-modelo-transteorico> (2015, agosto).
- Goodson, P., & Edmunson, E. (1994). The problematic promotion of abstinence. An overview of sex respect. *Journal of School Health*, 64, 205-210.
- Green, L.W., & Kreuter, M.W. (1991). *Health promotion planning: an educational and environmental approach*. Mountain View, California: Mayfield.
- Grimley, D., Prochaska, J.O., Velicer, W., & Prochaska, G. (1995). Ontraceptive and condom use adoption and maintenance: a stage paradigm approach. *Health Educ Q.*, 22, 20-35.
- Grunseit, A. (1994). Young people and sex/HIV education: the debate continues... *Promotion and Education*, 1, 21-23.

- Grunseit, A. (1997) *Impact of HIV and sexual health education on the sexual behaviour of young people: a review update*. Geneva: WHO/ UNAIDS.
- Harrison, J., Mullen, P., & Green, L. (1992). A meta-analysis of studies of the Health Belief Model with adults. *Health Education Research*, 7, 107-116.
- Heaven, P., Connors, J., & Kellehear, A. (1992). Health locus of control and attitudes toward people with AIDS. *Australian Psychologist*, 27, 172-175.
- Hingson, R.W., Strunin, L., & Berlin, B.M. (1990). Acquired immunodeficiency syndrome transmission: Changes in knowledge and behaviors among teenagers, Massachusetts statewide surveys, 1986 to 1988. *Pediatrics*; 85, 24-9.
- Higueras, C., & Manuel, A. (1996). *Catálogo de material didáctico sobre VIH/sida*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Hochbaum, G.M. (1958). *Public participation in medical screening programs: A sociopsychological study*. Washington, DC: US Government Printing Office; PHS publicación nº 572.
- Holden, G. (1991). The relationship of self-efficacy appraisals to subsequent health related outcomes: A meta-analysis. *Social Work in Health Care*, 16, 53-93.
- Holtgrave, D.R., Qualls, N-L., Curran, J.W., Valdiserri, R.O., Guinan, M.E., & Parra, W.C. (1995). An overview of the effectiveness and efficiency of HIV prevention programs. *Public Health Report*, 110, 134-146.
- Hunt, R., & Jensen, J. (2007) *The School Report. The experiences of young gay people in Britain's schools*. Schools Health Education Unit & Stonewell.
- ICB. (1993). *Els joves de Barcelona*. Enquesta del desembre del 1992. Barcelona: Ajuntament de Barcelona.
- Jacobs, C., & Wolf, E.M. (1995). School sexuality education and adolescent risk-taking behavior. *Journal of School Health*, 65, 91-95.



- Janz, N., & Becker, M. (1984). The health belief model: A decade later. *Health Education Quarterly*, 11, 1-47.
- Jemmott, J.B., Sweet Jemmott, L., & Fong, G.T. (1992). Reductions in VIH risk-associated sexual behaviors among black male adolescents: effects of an AIDS prevention intervention. *Am J Public Health*; 82:372-7.
- Joffe, A., & Radius, S. (1993). Self-Efficacy and Intend to Use Condoms Among Entering College Freshmen. *Journal of Adolescent Health*, 14, 262-268.
- Juárez, O., & Díez, E. (1995). *Preveció de la SIDA a l'escola secundària. Programa PRESSEC*. Barcelona: Institut Municipal de la Salut. Ajuntament de Barcelona, 1995.
- Juárez, O., & Díez, E. (1999). Prevención del SIDA en adolescentes escolarizados: una revisión sistemática de la efectividad de las intervenciones. *Gaceta Sanitaria*, 13, 150-162.
- Kann, L., Warren, C., Harris, W., Collins, J., Williams, B., Ross, J. et al. (1996). Youth risk behavior surveillance. United States, 1995. *MMWR*, 45, 1-83.
- Kasen, S., Vaughan, R.D., & Walter, H.J. (1992). Self-efficacy for Aids preventive Behaviors among Tenth Grade Students. *Health Education Quarterly*, 2, 187-202.
- Kegeles, S.M., Adler, N.E., & Irwin, C.E. (1988). Sexually active adolescents and condoms: changes over the year in knowledge, attitudes and use. *Am J Public Health*, 78: 460-1.
- Kelly, J., Lawrence, J., Hood, H., & Brasfield, T. (1989). Behavioral intervention to reduce AIDS risk activities. *J Consult and Clin Psychol*, 57: 60-7.
- Kirby, D., Barth, R.P., Leland, N., & Fetro, J.V. (1991). Reducing the risk: impact of a new curriculum on sexual risk taking. *Familiar Planning Perspective*, 23, 253-263.
- Kirby, D. (1992). School-Based programs to reduce sexual risk-taking behaviors. *Journal of School Health*, 62, 280-287.
- Kirby, D. (1993). Preventing HIH/AIDS among adolescents. Schools as agents of change. *JAMA*, 270: 7602.

- Kirby, D. (1995). Sex and HIV/AIDS education in schools. Have a modest but important impact on sexual behavior. *BMJ*, 311, 403.
- Kirby, D., Short, L., Collins, J., Rugg, D., Kolbe, LL., & Howard, M. (1994). School-based programs to reduce sexual risk behaviors: a review of effectiveness. *Public Health Report*, 109, 339-360.
- Klein, N.A., Goodson, P., Serrins, D.S., Edmundson, E., & Evans, A. (1994). Evaluation of sex education curricula: measuring up to the SIECUS guidelines. *Journal of School Health*, 64, 328-333.
- Klepp, K., Ndeki, S.S., Seha, A.M., Hannan, P., Lyimo, B.A., Msuya, M-H., Irema, M.N., & Schreiner, A. (1994). AIDS education for primary school children in Tanzania: an evaluation study. *AIDS*, 8, 1157-1162.
- Lameiras, M., & Failde, J.M. (1997). Sexualidad y salud en jóvenes universitarios: actitudes, actividad sexual y percepción de riesgo de la transmisión heterosexual del VIH. *Análisis y Modificación de conducta*, 23, 28-63.
- Lawrence, L., Levy, S.R., & Rubinson, L. (1990). Self-efficacy and AIDS Prevention for Pregnant Teens. *Journal of School Health*, 1, 19-24.
- Levi, S., Perhats, C., Weeks, K., Handler, A., Zhu, C., & Flay, B. (1995). Impact of a school-based AIDS prevention program on risk and protective behavior for newly sexually active students. *Journal of School Health*, 65, 145-151.
- Main, D.S., Iverson, D.C., McGloin, J., Banspach, S.W., Collins, J.L., Rugg, D.L., et al. (1994). Preventing HIV infection among adolescents: avaluation of a school-based education program. *Preventive Medicine*, 23, 409-417.
- Makusick, L., Wiley, J., Coates, T., & Morin, S. (1986). *Predictors of AIDS behavioral risk reduction: the AIDS behavioral research project*. Comunicación presentada en The New Zewland AIDS Foundation Education Workshop. Auckland. (Nueva Zelanda).

- Makusick, L., Coates, T., & Morin, S. (1989). Longitudinal predictors of reduction of high risk sexual behaviors among gay men in San Francisco. *American Journal of Public Health, 79*, 122-131.
- Marshall, B., & Jill, J. (1988). AIDS and behavioral change to reduce risk: a review. *Am J Public Health, 78*: 394-410.
- Marsiglio, W., & Mott, F.L. (1986). The impact of sex education on sexual activity, contraceptive use and premarital pregnancy among american teenagers. *Familiar Planning Perspective, 18*, 151-161.
- May, C., & Foxcroft, D. (1995). Minimizing bias in self-reports of health beliefs and behaviours. *Health Educ Res., 10*, 107-112.
- McGrath, Y., Sumnall, H., Edmonds, K., McVeigh, J., & Bellis, M. (2006). *Review of grey literature on drug prevention among young people*. London: National Institute for Health and Clinical Excellence.
- Mellamby, A.R., Phels, F.A., Crichon, N.J., & Tripp, J.H. (1995). School sex education: an experimental programme with educational and medical benefit. *BMJ, 311*, 414-417.
- Mendoza, R., Sagrera, M.R., & Batista, J.M. (1994). *Conductas de los escolares españoles relacionadas con la salud (1986 y 1990)*. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas.
- Miller, W., & Heather, N. (1986). *The Addictive Behaviors: Process of Change*. New York, NY: Plenum Publishing, Co.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2009). *Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva*. DIN Impresores, S. L. Disponible en:<http://publicacionesoficiales.noe.es> (2015, Agosto).

- Minkler, M., & Wallerstein, N. (1997). Improving health through community organization and community building. En: Glanz, K., Lewis, F.M., & Rimer, B., (editors), (1997). *Health behavior and health education. Theory, research and practice*. San Francisco: Josey Bass Publishers.
- Miret, M., Rodés, A., Valverde, G., Geli, M., & Casabona, J. (1997). Conductas de riesgo relacionadas con la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en los adolescentes escolarizados de Cataluña. *Gac Sanit*, 2, 66-73.
- Moore, S.M., Rosenthal, D.A., & Boldero, J. (1993). Predicting AIDS-Preventive behavior among adolescents. En D. Terry, C. Gallois y M. McCamish (editors), (1993). *The Theory of Reasoned Action its application to AIDS-preventive behavior*, pp. 65-80. Pergamon Press: Oxford.
- Oackley, A., Fullerton, D., Holland, J., Arnold, S., France-Dawson, M., & Kelley, P., et al. (1995). Sexual health education interventions for young people: a methodological review. *BMJ*, 310, 158-162.
- Ochoa, O., Villamarín, F., & Bayés, R. (1998). El SIDA en los adolescentes mexicanos: un análisis de las conductas de riesgo desde la teoría de la autoeficacia. *Revista de Psicología Contemporánea*, 5, 46-55.
- Oñorbe, M., Fernández, E., García, M., Civantos, M.V., & Iniesta, D. (1993). *Estudio de actitudes, opiniones y comportamientos sexuales de los jóvenes de la Comunidad de Madrid*. Madrid: Comunidad de Madrid, Consejería de Salud.
- O'Leary, A. (1992). Self-efficacy and health: behavioral and stress – physiological mediation. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 229-245.
- Ordoñana, J.R., & Gutiérrez, J.J. (1991). *Sida y adolescencia. Estudio sobre conocimientos, actitudes y conductas en relación a la infección por VIH en adolescentes escolarizados de la región de Murcia*. Murcia: Región de Murcia, Consejería de Sanidad.
- Orr, D.P., Berter, M., & Ingersoll, G. (1991). Premature sexual activity as an indicator of psychological risk. *Pediatrics*, 87: 141-7.

- Páez, D., Ubillos, S., Pizarro, M., & León, M. (1994). Modelos de creencias de salud y de la acción razonada aplicados al caso del SIDA. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 47, 141-149.
- Parcel, G.S., Luttmann, D., & Meyers, M.P. (1979). Formative evaluation of sex education course for young adolescents. *Journal of School Health*, 49, 335-339.
- Parcel, G. (1992). Is Childhood Obesity Associated with High-Fat Foods and Low Physical Activity? *Journal of School Health*, 62 (1): 19-23.
- Parera, N., & Surís, J.C. (1997). Sexuality and contraception in adolescents from Barcelona, Spain. *J Pediatr Adolesc Gynecol.*, 10, 153-157.
- Parras, F. (1998) Epidemiología actual de la infección por VIH/sida. *Med.* 7: 3861-7.
- Payne, A.A., Gottfredson, D.C., & Gottfredson, G.D. (2006). School predictors of the intensity of implementation of school-based prevention programs: results from a national study. *Prev Sci.*, 7,225-37.
- Peersman, G., Sogolow, E. & Harden, A. (1999). *HIV-prevention: effectiveness of interventions for young people* (Protocol for a Cochrane Review. Oxford: The Cochrane Library (updated software), issue 1.
- Portell, M. (1995). *La adopción de precauciones como resultado de un proceso de decisión en condición de riesgo: una perspectiva para analizar el incumplimiento de las precauciones universales contra la infección por VIH*. Tesis doctoral inédita. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona.
- Prochaska, J., & DiClemente, C.C. (1984). *The transtheoretical approach: Crossing the traditional boundaries of therapy*. Hoomewood, Illinois: Dow Jones/Irwin.
- Resnicow, K., & Botvin, G. (1993) School- based substance use prevention programs: Why do Effects decay? *Prev. Med.* 22, 484-490.
- Resnicow, K., Cross, D., & Wynder, E. (1993). The Know your body program: a review of evaluation studies. *Bull N Y Acad Med.* 70, 188-207.

- Resnicow, K., Davis, M., Smith, M., Lazarus-Yaroch, A., Baranowski, T., & Baranowski, J., et al. (1998). How best to measure implementation of school health curricula: a comparison of three measures. *Health Educ Res.* 13, 239-250.
- Rodés, A. (1998). *Monitoratge de la prevalença d'infecció per l'HIV i dels comportaments associats amb la seva transmissió entre les persones que s'injecten drogues il·legals*. Barcelona: Generalitat de Catalunya, CEESCAT.
- Rodríguez-Marín, J. (1994). Evaluación en prevención y promoción de la salud. En: R Fernández-Ballesteros (editors), (1994). *Evaluación conductual hoy. Un enfoque para el cambio en psicología clínica y se la salud* (pp. 652-707). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Rosenthal, D., Moore, S., & Flynn, I. (1991). Adolescent self-efficacy, self-esteem and sexual risk-taking. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 1, 77-88.
- Rosentock, I.M. (1960). What research in motivation suggest for public health. *American Journal of Public Health*, 50, 295-301.
- Rosentock, I.M. (1974). Historical origins of Health Belief Model. *Health Education Monographs*, 2, 328-335.
- Rosentock, I.M., Strecher, V.J., & Becker, MH. (1998). Social Learning Theory and the Health Belief Model. *Health Education Quarterly*, 15, 175-183.
- Roos, M.W., & McLaws, M.L. (1993). *Attitudes toward condoms and the Theory of Reasoned Action*. En D. Terry, C. Gallois y McCamish (Eds.), *The Theory of Reasoned Action; its application to Aids-Preventive behaviors*, (pp. 81-92). Oxford Pergamon.
- Rotter, J.B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80 (No. 1).
- Ryan, C., Huebner, D., Diaz, R., & Sánchez, J. (2009). Family rejection as a predictor of negative health outcomes in white and latino lesbian, gay and bisexual young adults. *Pediatrics*, 123: 346-352.

- Sánchez-Candamio, M. (1990). *Informe del estudio 'Los jóvenes y la salud'*. Barcelona: Àrea d'Afers Socials i Joventut, Ajuntament de Barcelona.
- Sánchez, V., Steckler, A., Nitria, P., Hallfors, D., Cho, H., & Brodish, P. (2007). Fidelity of implementation in a treatment effectiveness trial of Reconnecting Youth. *Health Educ Res.* 22, 95-107.
- Sánchez Martínez, F., Ariza C., Pérez, A, Diéguez, M., López Medina, M.J., & Nebot, M. (2010). Evaluación de proceso del programa de prevención del consumo de cannabis “xkpts.com” en adolescentes de Barcelona en 2006. *Adicciones*, 22, 217-226.
- Schinke, S.P., Gordon, A.N., & Weston, R.E. (1990). Self-instruction to prevent HIV infection among African-American and Hispanic-American adolescents. *J Clin Consult Psychol.*, 58: 432-6.
- Segura, A. (1992). La sida i les polítiques d'intervenció sanitària. *Salut Catalunya*; 4: 135-8.
- Shaalma, H., Kok, G., & Peters, L. (1993). Determinants of condom use by adolescents: the impact of experience of sexual intercourse. *Health Ed Res.*, 8: 255-69.
- Shaalma, H., Kok, G., Bosker, R., Parcel, G., Peters, L., Poelman, J., & Reinders, J. (1996). Planned developed and evaluation of AIDS/STD education for secondary of school students in the Netherlands: Short-term effects. *Health Education Quarterly*, 23 (4):469-87
- Shepard, B., Hartwick, J., & Warshaw, P. (1988). The Theory of Reasoned Action: A meta-analysis of past research with recommendations for modifications and future research. *Journal of Consumer Research*, 15, 325-343.
- Shrier, L., Emans, J., Woods, E., & Durant, R. (1996). The association of sexual risk behaviors and problem drug behaviors in high school students. *J Adolesc Health*, 20, 377-383.
- Siegel, D.M., Aten, M.J., & Roghmann, K.J. (1998). Self-reported honesty among middle and high school students responding to a sexual behavior questionnaire. *J Adolesc Health*, 23, 20-28.

- Silva Ayçaguer, L.C. (1995). *Excursión a la regresión logística en ciencias de la salud*. Barcelona: Díaz de Santos.
- Simons-Morton, B.G., Greene, W.H., & Gottlieb, N.H. (1995). *Needs assessment and planning*. En: Simons-Morton BG, Greene WH, Gottlieb NH, (editors), (1995). *Introduction to health education and health promotion*. Prospect Heights: Waveland Press Inc.
- Stevenson, H.C., & Davis, G. (1994). Impact of culturally sensitive AIDS video education on the AIDS risk knowledge os African-american adolescents. *AIDS Education and Prevention*, 6, 40-52.
- Sunwoo, J., Brenman, A., Escobedo, J., Philpot, T., Allman, K., & Mueller, J.J. (1995). School/based aids education for adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 16, 309/315.
- Surís, J.C., Parera, N., & Puig, C. (1993). *Enquesta de salut als adolescents de la ciutat de Barcelona*. Barcelona: Institut Universitari Dexeus.
- Terry, D., Gallois, C., & McCamish, M. (1993). *The Theory of Reasoned Action: its application to AIDS-preventive behavior*, (pp. 135-152). Oxford: Pergamon Press.
- Van Duyn, M.A., Kristal, A.R., Dood, K., Campbell, M.K., Subar, A.F., Stables, G., et al. (2001). Association of awareness, intrapersonal and interpersonal factors, and stage of dietary change with fruit and vegetable consumption: a national survey. *Am J Health Promotion*, 16, 69-78.
- Villamarin, F., & Álvarez, M. (1998). Modelos sociocognitivos en promoción de la salud: un análisis conceptual. *Psicologemas*, 12:161-204.
- Villamarín, F. (1990). Las expectativas como variables predictoras en los procesos de adaptación. Actas del II Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos. Area5. *Psicología de la Salud*, 71-75.
- Villamarin, F. (1990b). Un análisis conceptual de la teoría de la autoeficacia: ¿una alternativa a la teoría bifactorial del condicionamiento? *Análisis y Modificación de Conducta*, 20, 70-109.



- Villamarin, F. (1994). Autoeficacia: investigaciones en psicología de la salud. *Anuario de Psicología*, 61, 9-18.
- Walter, H.J., Vaughan, R.D., Gladis, M.M., Ragin, D.F., Kasen, S., & Cohall, A.T. (1992). Factors associated with AIDS risk behaviors among high school students in an AIDS epicenter. *Am J Public Health*, 82, 528-532.
- Walter, H.J., & Vaughan, R.D. (1993). AIDS risk reduction among a multi-ethnic sample of urban high school students. *JAMA*, 270, 725-730.
- Wallston, B., Wallston, K., Kaplan, G., & Maides, S. (1976). Development and validation of the health locus of control (HLC) scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 44, 580-585.
- Wallston, B., & Wallston, K. (1984). *Social psychological models of health behavior: An examination and integration*. En: A. Baum, S. Taylor y J. Singer (editors), (1984) *Handbook of Psychology and Health*. (Vol., 4). Hillsdale: Erlbaum.
- Wallston, K. (1992). Hocus-pocus, the focus isn't strictly on locus: Rotter's Social Learning Theory Modified for Health. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 183-199.
- Weeks, K., Levy, S.R., Zhu, C., Perhats, C., Handler, A., & Flay, B.R. (1995). Impact of school-based AIDS prevention program on young adolescent's self-efficacy skills. *Health Education Research*, 10, 329-344.
- Wellings, K., Wadsworth, J., Johnson, A.M., Field, J., Whitaker, L., & Field, B. (1995). Provision of sex education and early sexual experience the relation examined. *BMJ*, 311, 417-420.
- Wellings, K., & Field, B. (1996). *Stopping AIDS: AIDS/HIV public education and the mass media in Europe*. Nueva York: Longman.
- Wilson, D., Lavelle, S., Greenspan, R., & Wilson, C. (1992). Psychological predictors of HIV-preventive behavior among Zimbabwe students. *The Journal of Social Psychology*, 131, 293-295.



**ANEXO**



## **ANEXO, documento 1: Programa 'PRESSEC', otros comentarios del profesorado a lo largo de los cursos escolares (2004-05 al 2009-10)**

2004-05:

-No pudieron asistir al taller de formación previo y les costó seguir algunas actividades del Programa.

-Les resultó complicado poder ir al centro de asistencia a la salud sexual y reproductiva por diferentes motivos: difícil contactar, coordinarse y concretar día y hora de visita.

-Se observó la necesidad de revisar los procesos relacionados con los materiales para mejorar su optimización y actualización periódica.

2005-2006:

-No pudieron desarrollar todas las sesiones por diferentes motivos: surgieron otras prioridades en tutoría, cansancio del alumnado, etc.

☒Resultó complicado poder ir al centro de asistencia a la salud sexual y reproductiva por diferentes motivos: difícil contactar, coordinarse y concretar día y hora de visita. Resultó mucho más fácil asistir a estos recursos cuando la visita se realiza en el CJAS.

-Se observó la necesidad de actualizar algunos materiales: especialmente los audiovisuales 'Joves, sida i plaer' y 'De Buen rollo'. Se recogió la sugerencia de recomendar otros más actualizados y más adecuados a las características del alumnado.

2006-2007:

-El profesorado concreta otros materiales que han utilizado en las sesiones: la película 'Philadelphia', juegos de mesa sobre el tema, programas de competencias y de habilidades sociales, noticias de prensa, uso de materiales realizados en tutoría a lo largo de los años, etc.

-Los motivos por ni acudir al centro de asistencia a la salud sexual y reproductiva fueron principalmente la falta de tiempo, no llegó la información, fueron a una exposición 'Dona: una vida'.

-Se planteó la necesidad de que los materiales llegasen a la escuela con más tiempo.

-Se planteó la necesidad de hacer alguna sesión de refuerzo u orientadora a lo largo del curso y poder contar con agentes externos que apoyaran el programa.

2007-1008:

-El profesorado concreta otros materiales que han utilizado en las sesiones: el documental 'Curarse en salud' sobre ITS, vídeo de la BBC 'La adolescencia' un juego sobre el VIH, y un crédito sobre competencias y de habilidades sociales, noticias de prensa, etc.

-Los motivos por ni acudir al centro de asistencia a la salud sexual y reproductiva fueron principalmente la falta de tiempo y no haberla planificado.

-El material del programa llegó a la escuela más tarde de lo previsto y esto retrasó el inicio y desarrollo del Programa.

-Se detecta la necesidad de actualizar contenidos y materiales, incorporando actividades más breves y que permitan una mejor planificación.

-Se sugiere la incorporación de casos más actualizados y cercanos al alumnado.

-El alumnado encontró actividades repetitivas.

-El profesorado planteó la posibilidad de poder recibir conferencias de expertos que reforzasen el Programa.

2008-2009:

-Lo que más gustó del Programa fue poder hablar con el alumnado de estos temas, la dinámica participativa que se creó y que el Programa genera.

-Lo que menos gustó fue la duración del Programa, el número de sesiones, la excesiva extensión y que esté poco actualizado.

2009-2010:

-Lo que más gustó del Programa es la dinámica creada con el alumnado, la claridad con la que se trata el tema, la participación en la 'tarda jove' (visita al centro de salud sexual y reproductiva).

-Lo que menos gustó del programa fue la falta de tiempo para desarrollarlo y la falta de actualización. Se habla de la posibilidad de incorporar actividades más cercanas a la vida actual del alumnado.

## **ANEXO, documento 2: Programa 'Parlem Clar' , otros comentarios del profesorado a lo largo de los cursos escolares (2004-05 al 2009-10)**

2004-05:

-Resultó complicado poder ir al centro de asistencia a la salud sexual y reproductiva por diferentes motivos: difícil contactar y por lo tanto concretar día y hora de visita'.

-Se observó la necesidad de revisar los procesos relacionados con los materiales para mejorar su optimización y actualización periódica.

-La cobertura de este Programa fue baja pero los comentarios positivos: el alumnado participa cuando sus compañeros dinamizar las actividades, se implican en las dinámicas, se genera una dinámica grupal positiva.

2005-2006:

-El profesorado participante pidió que se enviaran los preservativos directamente a la escuela y no tenerlos que solicitar para agilizar el trámite

-Se pidió que profesionales externos a la escuela colaboraran en el desarrollo del programa en el aula. Este comentario se refirió a la experiencia positiva vivida por varias escuelas de un mismo territorio en el que el personal de enfermería del SESAC participaba en la realización de la primera sesión.

-Se observó la necesidad de hacer difusión y promover su aplicación también los ciclos formativos debido a las características del alumnado.

-En este curso se hizo en ciertas escuelas una derivación individual al CJAS en lugar de grupal.

-Se solicitó la actualización de ciertos materiales, especialmente los audiovisuales 'Joves, sida i plaer' y 'De Buen rollo'.

2006-2007:

-El profesorado expresa la existencia de un recurso que en ese momento atrae la atención del alumnado. Se trata de la obra de teatro 'Que sí vida'. Centrada en el tema del VIH/SIDA y las relaciones personales. Se solicita a la ASPB que coordine con la organización de ese recurso que



el alumnado pueda asistir a la obra como actividad que refuerce el Programa y se incorpore como una más en el marco del 'Parlem Clar'.

-Se insiste en la necesidad que los materiales lleguen antes a la escuela para poder iniciar el Programa con más tiempo ya que el espacio de tutorías es limitado por los diversos temas a tratar.

-Se plantea la posibilidad de que agentes externos refuercen el trabajo del profesorado con alguna sesión informativa.

-Se sugiere la importancia de recoger las valoraciones de los jóvenes educadores, además del profesorado participante. De esta manera se podría recoger el punto de vista de quien recibe la intervención y que aspectos les atraen más, les motivan y que aspectos les gustan menos.

2007-2008:

-El profesorado concreta otros materiales que han utilizado a lo largo del Programa como complemento o refuerzo de alguna sesión: un juego centrado en contenidos sobre VIH/sida llamado 'TRIVIH'.

-Los motivos por no acudir al centro de salud sexual y reproductiva fueron: la falta de tiempo y no haberlo planificado con tiempo.

-Se insiste en la necesidad que los materiales lleguen a la escuela con más tiempo para iniciar el Programa.

-Se plantea la necesidad de actualizar contenidos y materiales que están quedando obsoletos, así como mejorar el formato.

- Se insiste en la posibilidad que un agente externo a la escuela refuerce el Programa con una sesión informativa dirigida al alumnado.

- Se insiste en recoger la valoración del programa por parte del alumnado para tener otro punto de vista diferente al profesorado. Aquí el profesorado se refiere a los jóvenes educadores y al grupo aula.

2008-2009:

-El comentario más recogido gira en torno a plantear más situaciones para que el profesorado en base a los alumnos con los que ha de trabajar pueda escoger entre varias.

2009-10:

-Se solicita la actualización de los materiales y ciertas actividades planteando situaciones más cercanas a la realidad del alumnado.

-Se insiste en la necesidad de facilitar el trámite para hacer la visita al centro de salud sexual y reproductiva desde la ASPB.

### **ANEXO, documento 3: Resultados literales del estudio cualitativo con directores y profesorado sobre la promoción de la salud en la escuela (Egea et al., 2008)**

#### Resultados

A la hora de aplicar un programa de promoción de la salud en la escuela, podemos distinguir factores que facilitan esta aplicación y la decisión de los equipos directivos y el profesorado de los centros escolares y factores que la dificultan.

Estos factores pueden ser de índole social-comunitaria, familiares o del propio centro educativo, según como hemos podido identificar en este estudio, nos centramos en los educativos y familiares por ser los que podíamos aplicar en los programas 'PRESSEC' y 'Parlem Clar' con menor dificultad.

Se siguen estas categorías para exponer los resultados y así conocer que factores interactúan a la hora de implementar los programas de promoción de la salud ofrecidos por la ASPB en los centros educativos de la ciudad de Barcelona, con el objetivo de promoverlos. También se recogen algunas de las propuestas realizadas por los participantes.

Los factores más relevantes resultaron:

#### Factores del ámbito educativo que dificultaron la aplicación de programas:

De entre los factores del ámbito educativo que dificultaron la aplicación de los programas, los participantes de los grupos identificaron los siguientes:

**-Ausencia de acuerdo colectivo del claustro escolar:** Todos los grupos señalaron el acuerdo colectivo del claustro escolar como un factor que propició la cobertura de los programas. Se identificó como necesario el 'ir todos a la una' (profesores, jefe de estudio, coordinadores de ciclo y áreas, tutores, etc.) si se pretende que los programas funcionen, que haya un acuerdo general. Este acuerdo, que refirieron como más usual en sus centros profesores y directores de escuelas fidelizadas, se consiguió pocas veces en las escuelas no fidelizadas.

**-Medios audiovisuales insuficientes en de los programas:** Otra crítica generalizada de los participantes de los grupos estuvo centrada en los medios audiovisuales ofrecidos como recurso desde los programas. Todos los grupos propusieron aumentar los medios audiovisuales de los programas, porque consideraban muy extensos los contenidos orales a trabajar, y creían que los

vídeos impactarían más a los jóvenes escolares que cualquier otra actividad. Tutores fidelizados y no fidelizados creyeron que los audiovisuales favorecerían que los jóvenes estuviesen más motivados y les ayudasen a involucrarse en el resto de actividades.

Algunas de sus propuestas fueron: Que los medios audiovisuales que complementan los programas dejasen de corresponderse con 'un modelo típico de alumno/a del Eixample' (que impide que los alumnos se sientan identificados con las imágenes), 'que se utilicen sobre todo para trabajar las consecuencias negativas a largo plazo (facilita que piensen: "esto me puede pasar a mí", que es lo que más les cuesta entender al trabajar aspectos de prevención.

**-Jornadas de formación susceptibles de mejoras:** Aunque todos los grupos aprobaron las jornadas de formación que organizaba la ASPB, éstas no estuvieron exentas de críticas, sobre todo por parte de los profesores no fidelizados.

Los aspectos positivos identificados fueron: Consideraban que las jornadas de formación 'enseñaban como aplicar el programa', 'enseñaban herramientas para llevar a cabo los contenidos', les hacían sentir 'que no estaban solos haciendo prevención' y 'que habían otros compañeros docentes con sus mismas inquietudes', 'te daban facilidades para poder informarse de todo lo que hiciese falta', 'les explicaban las intenciones que estructuraban cada programa', y a parte de recibir el material' aprendían a usarlo'.

Los aspectos mejorables fueron: (Son sobre todo los profesores no fidelizados los que identificaron los siguientes aspectos): 'Seguimiento y soporte a largo plazo', 'cambiar las fechas de las jornadas de formación' (a principio del curso escolar no iban bien porque según los directores, 'no se sabía quiénes serían los profesores interinos nuevos', 'aún no estaban situados en el centro', 'no se habían organizado los horarios', 'ni los tutores de cada curso').

Algunas de sus propuestas fueron: Propusieron realizar las jornadas 'a mediados o principios de octubre, o a principios de julio'. Este momento era cuando se realizaban el resto de cursos ofertados por educación y aún no habían comenzado de manera oficial las vacaciones, identificaron la necesidad 'que el equipo directivo del centro apoyase los docentes que realizaban la formación' (en ocasiones los cursos se realizaban en horario extra-escolar, o perdían clases, y 'entonces asistir se convertía en un problema', que la información de las jornadas' llegase a las escuelas con suficiente antelación', que fuese 'formación homologada que puntuase como formación permanente reconocida por el Ministerio de Educación'.

**-Demanda de formación en el área de psicología, pedagogía y dinamización de grupos:** Todos los participantes pidieron formación en el área de psicología, pedagogía y dinamización de grupos. Aspectos que consideraron 'una habilidad indispensable para poder aplicar los programas'. Propusieron que se realizasen 'en los cursos de formación en detrimento de otros contenidos'. En relación a lo comentado, consideran herramientas necesarias para la aplicación del programa' la formación, el entrenamiento y la adquisición de competencias en: dinámicas, estrategias y técnicas de grupo' (indispensables para aplicar los programas).

La situación que describieron fue la siguiente: 'el profesorado se percibía con insuficiente preparación, y al desarrollar los programas se encontraba con falta de recursos', 'muchas veces quien aplicaba los programas era un docente de naturales, matemáticas, que no sabía manejarse más allá de impartir la instrucción sobre una determinada materia', 'no saber cómo llevar a cabo estos programas' fue una de las razones que dificultaba la decisión de aplicarlos porque para ellos' resultaba una tarea complicada'.

Algunas de sus propuestas fueron: Identificaron como necesario el entrenamiento en dinámicas de grupo para 'No perder de vista que no era una clase de cualquier otra asignatura, sino que estaban trabajando otro tipo de objetivos para los que se necesitaba una metodología específica con un rodaje profesional del que carecían', 'conseguir adaptar las dinámicas de los programas a la heterogeneidad, realidad y diversidad de los grupos' (algo necesario para que los programas llegasen a los alumnos), 'aprovechar al máximo las actividades propuestas en los programas', 'superar el temor a crear el efecto contrario a los objetivos del programa al no trabajar bien un tema', 'poder desarrollar su labor docente, que consistía en algo más que transmitir determinada información', 'conseguir ser el líder de la interacción que se producía en el grupo-clase, conociendo y gestionando: la presión grupal, los estereotipos de participantes en el aula, cuál era la mejor forma de introducir el tema según el grupo, como manejar la información para llevar a los alumnos a su terreno, etc.', 'sentirse seguros trabajando los programas, porque había muchos profesores que no se sentían cómodos con la metodología que exigía aplicar programas, y dudaban de si lo estaban haciendo bien o no', 'superar y manejar puntos conflictivos de aplicar los programas a ciertos tipos de alumnos con los que el trabajo no resultaba tan fácil', 'saber cuáles eran las actitudes y estrategias más idóneas que como profesor tenía que manejar para trabajar los programas', 'no reducir los programas a un mero intercambio de información y acabar leyendo los dossiers y ya está', 'saber cómo debían empatizar con un grupo-clase'.

**-La creencia de que transmitir determinada información podía provocar efectos negativos en los alumnos:** Otro factor que dificultaba trabajar la prevención en la escuela era la creencia de que ‘podía provocar efectos negativos transmitir información’. Esta creencia errónea apareció en todos los grupos. La compartieron docentes, y a veces también fueron las familias que mostraban su desagrado sobre la aplicación de ciertos programas. Se detectó ‘miedo a trabajar programas en el aula y que provocaran el efecto contrario al buscado’, por ejemplo ‘que dando información al alumnado se invitase al alumnado a fumar o se despertase gusanillo de probar y experimentar conductas de riesgo, alimentando la curiosidad, cuando era posible que no lo hubiese pensado’.

**-La extensión de los programas:** Todos los grupos, pero especialmente los profesores fidelizados, compartieron la crítica a la ‘extensión de los programas’. Fueron descritos como ‘inabarcables’. Esta característica de los programas hizo que se decidiera aplicarlos en la escuela o, en su defecto, cuando se llevaron a cabo ‘nunca se realizaron completos, sino que se seleccionaron partes de ellos, eliminando otras’. Las causas por las que critican la extensión de los programas fueron: ‘falta de tiempo en las horas y el calendario escolar para introducirlos’, porque ‘no se adaptaron a la dinámica de la escuela’, ‘se produjeron periodos donde fue necesario dejar los programas de lado’, ‘porque los alumnos se desmotivaron al ser tan largos, ‘un programa entero fatiga mucho al grupo’.

Algunas de sus propuestas fueron: ‘Combinar el formato actual de programas de salud por actividades pensadas para desarrollarse en una hora’, ‘formato más breve de 4 semanas de duración por ejemplo y no todo el curso escolar’, ‘indicar que partes es mejor seleccionar del programa si decides no aplicarlo entero (ofreciendo propuestas de que partes son más importantes, cuales se aconsejan según el grupo, etc.)’, ‘Hacer un planning realista de las horas de tutoría disponibles a lo largo del curso para trabajar el programa y en base a ello seleccionar las actividades’.

**-El procedimiento de selección de partes concretas dentro de los programas:**

Fueron sobre todo los profesores, tanto fidelizados como no fidelizados, quienes seleccionaban las partes de los programas. Fue identificada como una práctica muy extendida entre los docentes que aplicaron programas en el aula y surgió como respuesta a la extensión de los programas. La selección, según ellos, tuvo la ventaja de que ‘permitió trabajar en aquellos temas o actividades que se sintieron más cómodos, y que consideraron más apropiados al grupo clase’.

**-Apoyo puntual y seguimiento sobre temas de salud insuficiente, para docentes y alumnos/as, a lo largo del curso escolar:** De nuevo fueron los profesores fidelizados, aquellos que conocían más los programas, los que pidieron ‘apoyo puntual y seguimiento, sobre temas de salud, a lo largo del curso escolar’ (para profesorado y alumnado)‘.

Algunas de sus propuestas fueron: ‘Que se dispusiese de páginas web de consultas y bancos de datos para resolver dudas, para que los profesorado y alumnado accediesen’, ‘contar con servicios de atención externa (enfermería, apoyo especializado) que diesen soporte a:

Los alumnos ante problemas individuales puntuales (porque opinaban que ‘estaba bien tratar los temas de forma global mediante programas, pero siempre era necesario dar la opción de tratarlos de forma más personal’, ‘que los alumnos conociesen donde dirigirse, y a quien preguntar, convirtiéndose así el profesor en agente de prevención’.

Cuando el profesor, que’ no era experto en todas las materias’, ni lo debía ser, encontraba a un alumno que ‘sabía más que él’, o ‘no sabía resolver dudas que iban apareciendo al aplicar los programas’. Se valoró positivamente el papel la enfermera en la escuela. Afirmaron que ‘las enfermeras que visitaban los centros podían ser una figura importante de soporte y orientación para profesorado y alumnado, pues conocían la realidad del centro’.

**-La creencia sobre la necesidad de que un experto externo acudiese al centro para cubrir demandas de prevención, y que esta tarea no fuese tarea del profesorado:** Este fue otro de los factores que dificultaba la aplicación de programas en el aula en opinión de todos los participantes, y compartida sobre todo por el profesorado y directores no fidelizados.

Algunas de sus propuestas fueron: ‘Que se organizaran conferencias realizadas por expertos, visitas a recursos (comunidades de afectados, centros de salud, etc.)’, ‘que un experto sustituyese al profesorado realizando la prevención en el centro’ (en algún centro escolar este papel de experto comenzaba a ser desarrollado por la enfermera del SESAC), pedían ‘tutorización por parte de la ASPB’ o que ‘profesionales de ésta recomendase a expertos externos’.

Describieron dos tipos de expertos: Expertos en las materias de prevención que se pretendían trabajar en el aula (alimentación, sexo, drogas, etc.) y personas afectadas por la problemática objeto de prevención que les relatase a los alumnos su experiencia vital (víctimas de accidentes de tráfico, alcohólicos anónimos, etc.). Los participantes informaron que en ocasiones venían al

centro escolar, o se organizaba una visita extraescolar para ir a visitar asociaciones, centros de rehabilitación, etc.

Afirmaban del experto A: que 'el alumnado estaba más receptivo a escuchar a alguien que no fuese el profesorado', al que ya escuchaban cada día, 'por la novedad que suscitaba', que podía ser el 'complemento puntual a los programas que contribuyese a una metodología didáctica más creativa y diversa', que podía resultar útil para trabajar la prevención con los padres, creyendo que tiene más poder de convocatoria una charla con un experto que con el profesorado'.

Del experto B que: que creían que 'les impactaba más a los alumnos/as y quedaban más afectados y sensibilizados', 'se daban cuenta del riesgo al ver los efectos a largo plazo (que era lo que más les costaba imaginar de los programas)'.

#### **-La falta de autoridad de la dirección a la hora de obligar a hacer programas al profesorado:**

Los directores, sobre todo los directores de escuelas fidelizadas, señalaban este factor escolar como relevante a la hora de aplicar programas en el aula. El papel mediador de la dirección de los centros educativos era, según la opinión de los directores de escuelas fidelizadas 'un factor clave a la hora de aplicar los programas'. Su 'actitud y creencias influían en la aplicación de los programas, aunque la decisión final era del profesorado'. Dentro del funcionamiento del claustro de profesores un factor decisivo a la hora de aplicar los programas en el aula era si la dirección 'los promovía o no dentro del centro'. La dirección se limitaba a 'proponer una determinada línea educativa, unos proyectos de centro, pero el profesor luego, si no le convence, tenía la libertad de elegir hacerlos o no'. Así, el realizar programas preventivos o no, era una decisión que 'acababa quedando en manos de la voluntad personal del docente'.

Algunas de sus propuestas fueron: 'Que los equipos directivos propusiesen abiertamente su realización, sin llegar a presionar o enfrentarse con el profesorado', 'añadir como tema a tratar en los listados de los claustros la promoción de programas de salud', 'difundir la información de que al trabajar programas se trabajaban las habilidades sociales' (que era un tema que se potenciaba y tenía mucho auge actualmente), 'premiar o incentivar de algún modo a los directores que los impulsasen', 'dar todas las facilidades posibles al profesorado que estuviese involucrado en la tarea de prevención', 'que las direcciones mostrasen al profesorado su interés por el desarrollo y seguimiento de los programas, hiciesen un seguimiento a lo largo del curso sobre su funcionamiento, acompañando en las dificultades que se encontrasen al trabajarlos'.



**-La ausencia de la familia en los programas:** Todos los docentes participantes coincidieron en señalar que la ausencia de la familia en los programas era un factor que dificultaba la prevención. Consideraban la familia ‘un entorno potente de prevención y el no incluirla en los programas era un error’ que proponían se debía enmendar en adelante ‘a la hora de crear los programas’. Los docentes consideraban a la familia ‘un agente clave de prevención’, por eso consideraban necesario ‘incluirla en todas las acciones que, como los programas, quisieran llevarse a cabo para prevenir las conductas de los hijos’. Relataban como ‘muchas veces era el alumnado quien acababa instaurando conductas saludables en los padres (el padre dejaba de fumar porque llegaba la niña a casa contándole los efectos nocivos del tabaco)’.

Algunas de sus propuestas fueron: ‘Implicar a la familia en los programas creando tareas o actividades en las que los alumnos tuvieran que resolver ejercicios con la ayuda de los padres’, ‘que una parte de los programas se trabajase en casa’, ‘que se hiciesen entrevistas a los padres, etc.’, ‘que el programa tuviese continuidad y prolongación en casa’, ‘implicar a toda la comunidad educativa’, ‘implicar a los padres en la decisión de qué se hiciese’.

**-El enfrentamiento entre familia y escuela:** También hubo unanimidad en los grupos al señalar el enfrentamiento entre familia y escuela como ‘un factor que dificultaba la aplicación de programas’. Si la familia y la escuela estaban enfrentadas, o simplemente no colaboraban, ‘era imposible realizar un trabajo preventivo eficaz’. ‘Era contraproducente que los chavales recibiesen informaciones contrarias, percibiesen prioridades distintas o se fomentase el enfrentamiento o la descalificación de los docentes’. En situaciones de enfrentamiento entre familia/escuela, ‘cuando se detectaba un problema de salud, la resolución era difícil, porque la familia lo vivía como un ataque y se intentaba defender negando la realidad’.

**-Que no se comience a aplicar intervenciones preventivas en Educación primaria:** Todos los grupos creyeron que las intervenciones preventivas debían empezar a aplicarse antes de secundaria.

Algunas de sus propuestas fueron: ‘Empezar en primaria porque tendrían más efecto al no ser tan relevante la presión de los iguales’, ‘Perciben que se está llegando tarde si se realiza en secundaria’, ‘en primaria ya se puede empezar a trabajar actitudes y valores que favoreciesen las conductas saludables deseadas más tarde’, ‘en secundaria había más movilidad de alumnos entre centros’, ‘si se trabajase en primaria, los alumnos llegarían a la ESO más receptivos en

relación a determinados temas', 'la figura del profesor de primaria era más significativa para los alumnos que en secundaria (donde ya entraban en contacto con otras fuentes de autoridad)'.

**-El hecho de que aplicar programas en el aula era una elección personal según los criterios prioritarios de cada profesor:** La implicación de los profesores era el aspecto más determinante para la aplicación de los programas en las aulas. Señalaban su relevancia sobre todo los directores de escuelas fidelizadas. Dada la falta de autoridad del equipo directivo, y la heterogeneidad en el grado de implicación de los directores en la prevención del centro, 'quedaba en la voluntad de los docentes decidir aplicar o no un programa'. Los directores fidelizados afirmaban: 'que los programas se habían hecho porque ellos, los profesores, habían querido hacerlo, no porque ellos hubiesen presionado'.

Algunas de sus propuestas fueron: 'Que se implicasen sería indispensable', 'que percibiesen el problema a prevenir como relevante', 'que sus compañeros le respaldasen', 'que creyesen que lo que iban a hacer provocaría consecuencias (o sea, que percibiesen que los programas fueran una herramienta útil-efectiva para conseguir sus objetivos)'.

**-La inadecuación de los programas a la edad del alumno:** La inadecuación a la edad del alumno de los programas fue una crítica que compartían todos los grupos menos los profesores fidelizados. La estrategia de los profesores fidelizados, cuando detectaban el desfase de edad y valoraban que el contenido no se adaptaba al grupo-clase, fue tratar de adaptar al máximo posible la actividad propuesta a las características de los alumnos con los que tuviesen que trabajar. Los profesores fidelizados que trabajaban con programas de salud en el aula, ya no contemplaban esta crítica a los programas, sino que la vivieron 'como una tarea usual para ellos al adaptar cada programa con el que trabajaban al grado de madurez del alumnado al que iba dirigido'.

El profesorado afirmó encontrarse con 'problemas para adecuar los programas a la edad del alumno', describiendo dos situaciones posibles: 'encontraban al grupo-clase demasiado inmaduro para trabajar ciertos contenidos' o 'parecía que lo que trabajaba el profesorado ya había quedado atrás para ellos, ya lo tienen superado', 'se empleaba un lenguaje demasiado infantil para dirigirse a ellos en algunos puntos del programa'.

Algunos profesores lo vivenciaban como si nunca llegaran a acertar a adecuar los programas a la edad del grupo, moviéndose entre 'el temor de explicar cosas que el alumnado ni se había planteado', y el desajuste de 'tratar temas demasiado infantiles para la madurez del alumno/a'.

**-La inadecuación de los programas a la diversidad del aula** (cuando hablaban de diversidad se referían a las diferencias producidas por la inmigración): En cuanto a la inadecuación de los programas a la diversidad del aula, fue el profesorado fidelizado quien hizo mayor hincapié en la ‘necesidad de actualizar los programas existentes’. La ‘adaptación requerida suponía un sobreesfuerzo del profesorado’. Cuando hablaban de diversidad se refirieron a ‘las diferencias producidas por la inmigración creciente de los últimos años en la ciudad de Barcelona, y en determinados barrios en particular’. Ésta ‘planteaba nuevos retos a la actualización de los programas’: ‘problemas de lenguaje (que se facilitaría con alguna referencia a su idioma)’, ‘crear modelos de referencia distintos con los que identificarse’, ‘enfoques culturales de la alimentación y las drogas distintos (distintas realidades sociales)’, aumento de la heterogeneidad en el aula (con sus ventajas y sus inconvenientes), ‘negociaciones distintas a las habituales con los padres (explicarles porque se previene algo en concreto que para la población de alumnos catalanes se daba por sentado)’, ‘trabajar partiendo de escalas de valores sociales distintos’, ‘necesidad de trabajar con las redes asociativas y demás entidades del distrito en el que se inserta la comunidad educativa, etc.’. El profesorado fidelizado identificó que la adaptación de los programas al centro educativo, al grupo clase, a la diversidad individual de los alumnos, sería el gran reto de los programas de salud en las escuelas en la actualidad’.

**-Falta de incentivos a las escuelas “saludables” (aquellas que hacen programas)**: Fueron los directores de escuelas fidelizadas los que propusieron ‘incentivar las escuelas saludables’ (‘si tan importante es, ¿por qué no lo incentivan desde Educación?’), ‘promoverlas e incentivarlas llevaría a una mayor cobertura de los programas’.

Algunas de sus propuestas fueron: ‘Que hubiese un reconocimiento institucional a las escuelas que aplicaban programas (les beneficiaría de cara a la imagen que dan como institución a las familias, al nº de matrículas solicitadas para el centro, etc.)’, ‘que se hiciese una insignia que pudiese colgarse en las webs de los IES y que reconociese su línea preventiva’, ‘que la ASPB devolviese feedback a los directores sobre las escuelas que mejor hubiesen aplicado un programa, por su labor preventiva’.

**-Falta de incentivos a los profesores que realizan los programas**: También fueron los directores de escuelas fidelizadas los que propusieron incentivar a los profesores que realizaban los programas.

Algunas de sus propuestas fueron: 'Que se contemplase a los profesores las horas dedicadas a hacer seguimiento del programa, coordinación con otros tutores, etc.', 'que obtuviesen retribución horaria a cambio de hacer los programas', 'que el profesorado que aplicase programas fuese reconocido por el resto de profesores en su tarea (por ejemplo, que el director lo reforzase ante de sus compañeros)', 'que los docentes tuviesen reconocimiento y seguimiento por parte del claustro y del equipo directivo acerca de su tarea con los programas (qué se preocupasen de conocer qué hacían, cómo los aplicaban y qué resultados conseguían)'.

**-La ausencia de carácter interdisciplinar en el modo de enfocar la prevención:** Otra crítica que realizaron los profesores fidelizados fue la ausencia de carácter interdisciplinar en el modo de enfocar la prevención. Afirmaron que 'la prevención debía ser transversal, y ni el sistema educativo ni los programas lo potenciaba'.

Algunas de sus propuestas fueron: 'Que el trabajo preventivo debía hacerse de una manera más interdisciplinaria' (trabajarla desde las múltiples áreas del programa escolar), para que: 'No se percibiese como un asunto que se reduce a un compartimento estanco, propio de la tutoría, sino que se interrelacionaba', 'que no fuesen sólo los tutores los que carguen con el peso', 'las asignaturas más idóneas' para trabajar prevención creyeron que eran la 'Educación Física, Ciencias Naturales y Educación para la Ciudadanía', 'se consiguiese crear contenidos dignos de ser aprendidos significativamente', 'si la prevención de hábitos alimentarios se realizara desde ciencias naturales cuajaría más', 'el trabajo preventivo realizado de manera interdisciplinar sería más positivo para los alumnos'.

**-La falta de 'merchandising' en los programas:** Otro factor que dificultaba la aplicación de los programas, y que fue detectado por los profesores de escuelas fidelizadas, fue la 'falta de *merchandising* en los programas'. Afirmaron que 'el *merchandising* era muy útil en los programas, para reforzar las tareas que se realizan en el aula y motivar a los alumnos'. Opinaban que 'cualquier objeto que se diseñase como camisetas o carpetas de los programas, contribuiría a dar continuidad al programa y recordaría los mensajes transmitidos por el profesorado en el aula'.

**-Escasas actividades dirigidas a trabajar con la influencia de los iguales:** Todos los docentes reconocieron la influencia de los iguales, tanto positiva como negativa, en el cambio y la nueva adquisición de conductas saludables. Afirmaron que 'era crucial dar más peso en los programas a la influencia de los iguales'.

Algunas de sus propuestas fueron: ‘Desacreditar las creencias grupales erróneas del tipo: ser el que se droga más es ser el más fuerte, ser el que más fuma el más guay, etc.’, ‘dar más voz a aquellos que llevaban a cabo conductas saludables (por ejemplo dándoles la oportunidad de que aquellos que no fumaban explicasen porque lo hacían)’, ‘que los alumnos fuesen más más activos en el desarrollo de las actividades de los programas: por ejemplo siendo ellos los que daban la información a los compañeros’, los que se preparasen temas de prevención para exponerlos en clase’, ‘que hiciesen entrevistas a los hermanos, etc.’.

**-El personal cambiante cada curso escolar en los centros educativos provoca que no haya continuidad en los programas, pero también facilita la posibilidad de cambio y renovación:** El profesorado fidelizado y no fidelizados opinaron que ‘el personal cambiante cada curso escolar en los centros educativos era un factor que dificultaba el que hubiese continuidad en los programas’, pero ‘también facilitaba la posibilidad de cambio y renovación (profesores que ya habían decidido no hacer programas y ante una nueva interinidad surgió la posibilidad de introducirlos en la práctica educativa)’. Durante los últimos años se había observado cada vez ‘más cambios de personal y movilidad en los centros educativos’. Cuando el claustro cambiaba por diversos motivos (jubilación, prejubilaciones, bajas prolongadas, interinos, traslados, oposiciones, etc.) ‘cambiaba la estructura’. Afirmaban que ‘cuando una persona llega nueva a un centro era el momento ideal para integrarla a la dinámica de realizar programas’, ‘que viese que esto se hacía aquí de esta manera’, ‘porque cuando ya llevaba muchos años de docencia costaba mucho introducir la costumbres de hacer programas si no los hacían, y ya estaban cansados si llevaban años haciéndolos’. Se observó que los centros escolares pequeños tenían ‘más continuidad en la aplicación de programas, porque lo tenían más integrado y estaban más familiarizados con ellos’. En los centros más grandes y con más cambios de personal ‘resultaba más difícil el traspaso de información’.

**-Profesorado que no era un modelo saludable:** Los directores de escuelas fidelizadas hicieron hincapié en señalar que un aspecto que dificultaba la prevención era que ‘el profesorado no fuese un modelo saludable, y ejecutasen conductas contrarias a las que trataba de prevenir’, ‘el profesor le dice al alumno/a que no fume y luego fuma en el patio’.

**-El modo de escoger los programas:** ‘Cuando percibían que la sociedad presionaba más sobre un tema, cuando había una necesidad social, o se sientan más sensibilizados hacia una

problemática', elegían ese tema. Según la motivación del profesorado o del alumnado se escogían los temas a tratar. También se escogían aquellos 'con los que el profesorado se sentía más seguro'. Otro aspecto que afirmaron les hacía escoger un programa u otro fueron las 'necesidades que se intuían en un grupo-clase, evaluando la situación concreta del alumnado (depende en que grupo empezaban con tabaco, sino directamente con drogas)'.

**-La necesidad de actualización de los programas de la ASPB:** Todos los grupos, pero sobre todo los profesores fidelizados, coincidieron en 'proponer la actualización de los programas' de la ASPB. Creían que el material 'estaba desfasado', 'no había incorporado los últimos cambios que había transformado la población de la ciudad de Barcelona (por ejemplo en lo que concierne a inmigración)', 'los consideraban poco atractivos visualmente y con formatos demasiado largos'.

Alguna de sus propuestas fue: 'Que los programas fueran revisados con más frecuencia, dada la característica cambiante de nuestra sociedad'.

**-La problemática de trabajar los programas a la hora de tutoría:** Otro factor compartido por todos los grupos que dificultaba la aplicación de los programas era 'la problemática de trabajar los programas en la hora de tutoría'. La mayoría de los programas se aplicaban en la hora de tutoría y 'esto comportaba según los participantes problemas' porque: 'el espacio de tutoría no se podía destinar únicamente a hacer programas', 'en la hora de tutoría los profesores tenían muchas más temas y asuntos escolares que tratar', 'entonces, el tiempo de tutoría se les quedaba corto, y los tutores se veían desbordados', 'era imposible seguir el formato actual extenso de los programas en la hora de tutoría durante el calendario escolar, porque los programas actuales no obedecían a principios de realidad', 'no se les podía incluir en el programa general del curso, y se veían obligados a seleccionar actividades y ajustarlas al formato de una hora escasa de tutoría'.

**-La sobrecarga de trabajo como docentes:** Profesores y directores de escuelas no fidelizadas creían que 'la sobrecarga de trabajo era uno de los factores que incidía en una mala aplicación de los programas'. Esta sobrecarga les llevaba según los participantes 'a no tener tiempo de formarse correctamente en su aplicación', 'no podían realizar su seguimiento', 'no podían involucrarse adecuadamente, etc.'.

**-Otras críticas y propuestas de mejora:** Partieron del profesorado y directores fidelizados. Fueron: 'La información sobre los programas y la inscripción a las jornadas, al inicio del curso y

al final, no les llegaba puntualmente', 'consideraban los programas muy uniformes, metodológicamente. Proponían diversificarlos más metodológicamente, que fueran más creativos, para evitar trabajar del mismo modo temas como la sexualidad, las drogas, la alimentación', 'propusieron que se utilizaran las nuevas metodologías dentro de los programas. Por ejemplo creando una página web donde acudir, que unificase todos los temas y no hubiese que ir a documentos colgados aisladamente', 'que los programas (las carpetas, el material de soporte, etc.) llegasen fácilmente a las escuelas, ya que a veces era costoso conseguirlos', 'Todos los grupos coincidieron en la eficacia de los programas de la Agencia', 'sabían que se trataba de programas que funcionaban, pero para ellos la variable eficacia no era relevante a la hora de elegir aplicar un programa o no', 'hay otros determinantes de mayor peso'.

#### Factores del ámbito educativo que facilitaban la implementación de los programas:

- 1) Prestigio y valoración positiva de los programas de la ASPB.
- 2) La creencia de los profesores del aula como lugar idóneo para trabajar la prevención.
- 3) Dar más carga en prevención a los profesores de educación física.
- 4) Que sea el departamento de orientación psicopedagógica, dentro del centro educativo, quien lidere/impulse la función de coordinación de los programas de salud.
- 5) La valoración de los programas por su utilidad como herramienta de reflexión para los alumnos/as, que a su vez facilita la tutoría.
- 6) La presión social sobre la escuela contribuye a que se marque como tarea primordial de los centros escolares el prevenir los problemas sociales.
- 7) La construcción de la prevención como una tarea del docente.
- 8) Valoración de la información proporcionada por los programas de la ASPB como fiable y contrastada.

De los 8 factores identificados que facilitaban la implementación de los programas, de ellos, nos centraremos en los más relevantes para nosotros.

**-Prestigio y valoración positiva de los programas de la ASPB:** Todos los grupos, sobre todo los profesores y directores fidelizados, valoraban muy positivamente los programas de salud de la ASPB. Describieron los programas como 'prácticos', 'necesarios', 'buenos para el alumnado', 'consistentes', 'bien elaborados', 'con herramientas de utilidad', 'válidos', 'bien estructurados', 'de gran flexibilidad', 'con contenidos adecuados a la realidad social de nuestros días' y 'abalados por una entidad pública como la ASPB'. Les daba 'confianza trabajar con programas de la ASPB

porque sabían que hay todo un trabajo y estudio detrás y estaban elaborados por profesionales', en contraposición con los que 'les podían ofrecer las empresas privadas'. Creían que el material con apoyo didáctico era 'muy útil', 'estaban muy bien diseñados', 'facilitaban la tarea del profesor' y 'respondían a una necesidad educativa y social'.

**-La creencia del profesorado acerca del aula como lugar idóneo para trabajar la prevención:**

Es unánime en todos los participantes la concepción del profesorado que el aula era 'el lugar idóneo para trabajar en prevención', 'porque podían proporcionar a los alumnos/as un referente saludable (distinto a la familia, la TV, o los modelos sociales predominantes)', 'transmitir unos valores que fueran correctos y contribuyeran a la sociedad, teniendo presente la cultura de nuestro entorno', consideraban 'pertinente trabajar los temas de prevención en las escuelas, tanto o más como otros contenidos de historia, matemáticas, etc.', 'los propios alumnos lo demandaban y necesitaban', 'el profesorado debía educar para el desarrollo integral de las personas, y no limitarse a impartir contenidos', 'y más en una educación en la que cada vez más son objetivos educativos los valores, las actitudes y las habilidades'.

**-La valoración de los programas por su utilidad como herramienta de reflexión para los alumnos/as, que a su vez facilita la tutoría:**

Otra característica de los programas que fue valorada por todos los grupos fue su 'utilidad como herramienta de reflexión para los alumnos/as y que facilita la tutoría'. Los programas facilitaban la tutoría 'proponiendo temas sobre los que trabajar', traducándose para el profesor como un 'beneficio al ahorrarse tiempo de preparación de la hora de tutoría'. Todos los participantes opinaban que los programas 'enseñaban a pensar al alumnado'.

**-La construcción de la prevención como una tarea del docente:**

Otro factor que fue compartido por todos los grupos fue la construcción de la prevención como una tarea del docente. Eran conscientes de que 'la labor preventiva les atañía como educadores', y ello les llevaba 'responsabilizarse e implicarse en el desarrollo de los programas', basándose en: 'la creencia del beneficio de la existencia de una figura externa al núcleo familiar, que reforzase la línea educativa de los padres en materia de prevención (para que así no fuesen los padres, los iguales o los medios de comunicación los únicos que marcasen valores y normas de prevención correctos)', 'para asegurar que se le mostraba al alumno un modelo referente de salud, al menos uno, que ejemplifica las conductas a seguir', 'su rol social, que era idóneo para poder crear un modelo saludable, sin los fuertes vínculos emocionales que ya representan los padres como figuras significativas (permitía identificarse sin ir ligado a conflictos, chantaje emocional,



etc.)', 'porque como educadores tenían una responsabilidad y un compromiso social y laboral de formar personas de calidad'.

**-Valoración de la información proporcionada por los programas de la ASPB como fiable y contrastada:** Otro aspecto que valoraron muy positivamente sobre todo los directores, tanto de escuelas fidelizadas como de aquellas no fidelizadas, es que los programas de la ASPB 'proporcionaban información correcta, contrastada y fiable'. Expresaban que uno de los valores más importantes de los programas era, que trabajándolos, 'te asegurabas que les llegase a los alumnos/as información correcta, no sesgada o deformada como la que le podían proporcionar los medios de comunicación, los amigos, o un medio familiar de riesgo'.

#### Factores del ámbito familiar que dificultan la aplicación de los programas:

Los participantes de los grupos identificaron:

- 1) 'El desbordamiento del núcleo familiar en materia de prevención y gestión de problemas'.
- 2) Las familias que representan 'modelos de prevención contrarios a los que se pretendía instaurar con los programas'.
- 3) 'Se delegaba la responsabilidad de la prevención a las escuelas por parte de los padres'.
- 4) Cuando los padres 'eran reticentes a que se trabajase la prevención en el aula'.

## **ANEXO, documento 4: Programas ‘PRESSEC’ y ‘Parlem Clar’, resultados literales del estudio cualitativo con profesorado, jóvenes educadores y alumnado, mediante grupos de discusión y entrevistas grupales y personales**

A lo largo de los dos cursos escolares estudiados y mediante los grupos de discusión y las entrevistas grupales realizadas al profesorado, el alumnado y en el caso del programa ‘Parlem Clar’, de los jóvenes educadores (*peers*) se recogieron resultados cualitativos, valoraciones y opiniones acerca de aspectos concretos de cada uno de los programas que había que mejorar o había que mantener y la opinión sobre aspectos concretos y propuestas a cerca de los programas. A continuación se presentan los más significativos y que nos ayudaron a identificar los aspectos a mejorar y mantener a la hora de actualizar ambos programas.

### **Programa ‘PRESSEC’:**

#### **Características de los participantes:**

Profesorado: 3 grupos de discusión

7 profesores (4 mujeres, 3 hombres) de los distritos 6, 7 y 8

8 profesores (5 mujeres, 3 hombres) de los distritos 1, 2, 5, 7 y 10

7 profesores, (5 mujeres, 2 hombres) de los distritos 2, 7 y 8

Total: 22 profesores/as de los distritos 1, 2, 5, 6, 7, 8 y 10 de centros escolares de la ciudad de Barcelona.

Alumnado: 7 grupos de discusión

7 alumnos/as del distrito 8

11 alumnos/as del distrito 8

9 alumnos/as del distrito 8

12 alumnos/as del distrito 7

Total: 65 alumnos/as de los distritos 7 y 8 de centros escolares de la ciudad de Barcelona.

#### **Aspectos a actualizar o mejorar**

Actividades:

El comentario más recogido en relación a las actividades del Programa fue que el cuestionario propuesto en la primera actividad era excesivamente largo y no iba bien (‘El cuestionario es muy

largo, no va bien', 'Sería necesario preguntar más concretamente sobre lo que el alumnado cree', 'Resulta un poco largo', 'Cuesta que se pongan a hacerlo y reflexionen') 6 participantes.

Se pide la posibilidad de contar con diferentes situaciones en cada actividad para adaptarse mejor a las características del alumnado con el que han de trabajar ('Más situaciones i actividades diferentes para poder ir escogiendo', 'Para que no se aburran', 'Para poder mostrar diferentes realidades') 4 participantes.

Se pide que la actividad del CJAS sea gratuita. Este aspecto se explica porque el CJAS cuenta anualmente con una subvención concreta que cubre unos determinados talleres. Si durante el curso estos talleres se agotan y algún centro escolar quiere ir a hacer la visita ha de pagarse el coste ('Deberíamos tener acceso gratuito al CJAS') 2 participantes.

#### Situaciones:

Los participantes solicitan poder contar con mayor número de situaciones para trabajar las diferentes actividades. Algunos incluso llegan a proponer situaciones concretas ('Situaciones más complejas' 9 participantes, 'Actualizarlas y no dar sólo una salida ya que observamos diferentes alternativas, diferentes caminos' 2 participantes, 'Plantear la situación de rotura del preservativo' 1 participante, 'Plantear la primera vez' 1 participante).

#### Contenidos:

En relación a los contenidos, se recogen propuestas de incorporar contenidos sobre diversidad sexual ('Orientación sexual'; 'Relaciones diferentes', 'Homosexualidad' 24 participantes), Trabajar más a fondo el embarazo ('Casos y contenidos centrados en el embarazo' 13 participantes), Comunicación con los padres, ('Comunicación con los padres' 13 participantes), Contenidos Nuevos ('Se necesita incorporar contenidos nuevos' 12 participantes), Contenidos sobre anticonceptivos ('Anticonceptivos y la píldora del día después' 12 participantes), Aspectos sobre autoestima ('Autoestima, reforzar habilidades de autoestima ya que las chicas son muy sumisas reciben presión sexual' 8 participantes), Sobre interculturalidad ('Interculturalidad: los africanos y chinos no hablan nunca en el aula' 8 participantes), Extraer información que ya tiene el alumnado ('Menos teórico', 'Ya existe mucha información sobre VIH', 'Quitar contenidos que se repiten en otras asignaturas', 'No repetir contenidos', 'Relación existente entre el exceso de información y la poca importancia que se da a ésta' 6 participantes), Habilidades de comunicación ('Negociación', 'Habilidades de comunicación', 'Defender lo que pienso' 6 participantes), Falsas creencias ('Mitos', 'Creencias', Trabajo de falsas creencias', 'Conceptos erróneos' 5 participantes), aspectos de género ('Diferencia entre géneros', 'Diferencias entre los pensamientos de género', 'Formas de pensar hombres y mujeres' 5 participantes).

El resto de aspectos referidos a los contenidos recibieron respuestas de un número inferior de participantes. Estos comentarios fueron 'Grupos de riesgo', ' Abuso, violencia de género', 'Aborto: muy utilizado en culturas de Sur américa', 'Infancia/adolescencia' , 'Temas afectivos y sexuales', 'Masturbación, primeras relaciones sexuales, inicio de la sexualidad', 'Como evitar abusos a menores', 'Capacidad de decisión para iniciar o no relaciones sexuales', 'Valoración de uno mismo', 'Estima por otros y por uno mismo', 'Datos estadísticos sobre evolución de las ITS, los embarazos', 'Resultados del SIDA en diferentes personas', 'Confianza con los padres a la hora de consultar dudas', Rotura del preservativo 'y 'Como pasarlo bien sin la penetración'.

#### Materiales:

Se pide el diseño de nuevos materiales ('Audiovisuales: que no estén anticuados', 'materiales más actuales, que sean creíbles', 'Más actuales y atractivos', 'La parte informativa sería mejor si contara con los nuevos sistemas multimedia', 'Audiovisual con toda la información de la primera sesión', 'El video 'De Buen Rollo' un poco anticuado' 16 participantes).

El resto de comentarios fueron hechos por uno o dos participantes ('Formato más atractivo', 'Actividades o contenidos en power point', 'Hay sesiones que resultan repetitivas', 'Condensar algunas actividades en una sola', 'Ofrecer material para el alumnado' y 'Material con otros recursos').

#### Otros aspectos:

Otros aspectos no clasificados en las anteriores categorías fueron muy variados ('Que sea más corto', 'El programa resulta muy largo', 'Tenemos problemas de tiempo' 12 participantes), (Que se trabaje en grupos pequeños' 12 participantes), ('Utilizar un lenguaje más coloquial' 6 participantes), ('Proponer un cuestionario para evaluar la intervención antes y después' 4 participantes), ('Incluir personal especializado para que haga una charla', 'Traer a alguien a que haga una conferencia', 'Que el programa sea aplicado por un psicólogo, no por un profesor' 3 participantes).

El resto de comentarios fueron hechos por uno o dos participantes ('Hacer un sociograma al inicio del programa para conocer mejor al grupo' 2 participantes), ('Programa más interactivo' 1 participante), ('El alumnado piensa que el lenguaje es infantil' 2 participantes), ('Cambiar la presentación' 1 participante).

## **Aspectos a mantener**

### Actividades:

Los comentarios más recogidos en relación a las actividades del Programa fue que se valoraba necesario mantener ('Actividades participativas', 'Los juegos de rol', 'El test', 'Situaciones prácticas', 'El juego de las tarjetas', 'La fiesta en casa', 'El role-playing' 10 participantes), ('La visita al PASSIR', 'En el CJAS preguntan cuestiones que en clase no hacen' 3 participantes).

El resto de comentarios fueron hechos por un participante (Actividades que les hacen sentirse en riesgo' y 'El cuestionario que plantea cosas importantes aunque es largo').

### Situaciones:

Proponen mantener ('Las situaciones prácticas' 5 participantes) y ('Planteamiento de diferentes situaciones típicas de su entorno' 1 participante).

### Contenidos:

En relación a los contenidos, se recogen propuestas de mantener los contenidos principales del Programa, embarazo e ITS y habilidades de comunicación ('Información sobre ITS, Sida, embarazo no deseado' 3 participantes), ('Desmitificación de falsas creencias que tienen sobre el tema, 'Les puede pasar a ellos' 2 participantes), ('Trabajo de habilidades sociales', 'Habilidades de comunicación', 'Afrontar situaciones difíciles' 1 participante).

### Materiales:

Mantener los esquemas y las fichas y la información para el profesorado y el alumnado ('Información para el formador y para el alumnado' 1 participante), ('Esquemas y fichas' 1 participante).

### Otros aspectos:

Otros aspectos no clasificados en las anteriores categorías fueron variados ('Trabajar con grupos pequeños' 12 participantes), ('Que sea más corto' 1 participante).

## **Programa 'Parlem Clar':**

### **Características de los participantes:**

Profesorado: 1 grupo de discusión / 1 entrevista grupal

8 profesores (6 mujeres, 2 hombres) de los distritos 5 y 1

2 profesores (2 mujeres) del distrito 3

Total: 10 profesores/as de los distritos 1, 3 y 5 de centros escolares de la ciudad de Barcelona.

Jóvenes educadores: 1 grupo de discusión / 1 entrevista grupal

12 jóvenes educadores (6 chicas y 6 chicos) del distrito 5

2 jóvenes educadores (1 chica y 1 chico) del distrito 1

Total: 14 jóvenes educadores de centros escolares de los distritos 1 y 5

Alumnado:

14 alumnos (7 chicas y 7 chicos) de un centro escolar del distrito 5

Total: 14 alumnos/as de un centro escolar del distrito 5 de la ciudad de Barcelona.

### **1. Aspectos a actualizar o mejorar**

Actividades:

El comentario más recogido en relación a las actividades del Programa fue respecto al 'Juego del siglo' ('Juego del siglo no les convence', 'Resulta incómodo, no les convence', 'Era un grupo demasiado numeroso y no se podía hacer debate, sí en grupos más pequeños' 16 participantes). Otros participantes destacaron el role playing ('No les gusta', 'No se ponen en situación', 'Con 15 años no lo ve serio, hacen un role playing muy caricaturizado', 'Eran casos extremos', 'Hace falta enfocar el role-playing, de otra manera', 'Tienen miedo al ridículo, miedo escénico', 'No se lo toman en serio', 'No ven bien que el alumnado escoja la escena' 8 participantes). 6 participantes identificaron el juego inicial de las tarjetas como mejorable.

Situaciones:

Proponen mejorar las situaciones mostrando otras más realistas ('Buscar situaciones más realistas y directas', 'Más situaciones para adecuarnos mejor a los jóvenes', 'Situaciones más cercanas y cotidianas', 'modificar las situaciones y los casos' 7 participantes). Otros proponen ('Presentar un listado de situaciones colgado en la web' 1 participante), ('Modificar los estereotipos, el chico rechaza usar el preservativo' 1 participante).

### Contenidos:

En relación a los contenidos, se recogen propuestas de introducir contenidos diferentes ('Incorporar con naturalidad la homosexualidad masculina y femenina' 5 participantes), ('Importante trabajar la educación sexual previamente a desarrollar estos programas', 'Que venga alguien externo a hablar de sexualidad' 4 participantes), ('Incorporar el tema de la violencia en el trato' 3 participantes), ('Introducir nuevos temas' 2 participantes', ('Falta información concreta sobre qué hacer si se rompe el preservativo' 1 participante).

### Materiales:

Los participantes piden la actualización de ciertos materiales ('Audiovisual, que no estén anticuados', 'Que sean creíbles', 'Que se pueda analizar la escena', 'Hacer las escenas del role paying pero con el video', 'Usar a actores de nuestra edad' 4 participantes). Se proponen nuevos materiales que hasta ahora no se proporcionaban ('Incorporar material para el alumnado, librito o cuaderno', 'Material para alumnado con problemas idiomáticos' 4 participantes).

### Otros aspectos:

Otros aspectos a mejorar no clasificados en las anteriores categorías ('Edad a la que va dirigido el programa', 'Hacer el Programa en Bachillerato es demasiado tarde', 'Se debería hacer antes' 16 participantes); ('No hablan con los padres de estos temas, hace falta incorporar esta idea', 'Formación también para padres' 4 participantes); ('El alumnado debería ser el formador en todas las sesiones' 2 participantes); ('Tener un experto cerca' 1 participante).

### **Aspectos a mantener:**

#### Actividades:

Los participantes piden el mantenimiento del 'Juego de las tarjetas' ('Dinámica del Juego de las tarjetas', 'Actividades donde se ven diferentes tipos de comunicación' 30 participantes), ('Las actividades propuestas' 3 participantes), ('El juego del siglo funciona muy bien según el grupo, me sorprendió' 2 participantes), ('La visita al PASSIR' 1 participante), (El role-playing, me sentía identificada' 1 participante).

#### Situaciones:

No se recogieron situaciones concretas que los participantes quisieran mantener.

#### Contenidos:

Los participantes identifican algunos contenidos a mantener ('Casos reales', 'Que se trabajen casos de gente de su edad' 15 participantes), ('Información científica' 3 participantes), ('Cifras reales, gráficas con datos cercanos, de nuestra realidad' 1 participante).

#### Materiales:

Los materiales que piden que se mantengan en la nueva propuesta son los siguientes ('Regalar preservativos' 2 participantes); ('Información, esquemas, gráficas' 1 participante); ('Los esquemas explicativos' 1 participante).

#### Otros aspectos:

Otros aspectos a mejorar no clasificados en las anteriores categorías ('Jóvenes educadores: les gustó que los jóvenes educadores se encargaran de hacer actividades, se sienten más cercanos a ellos' 14 participantes), ('La formación de los jóvenes educadores', 'Los de bachillerato se forman para luego trabajar con los de 4º de ESO', 'La formación de los jóvenes que luego forman a los compañeros' 4 participantes), ('Que hayan jóvenes educadores' 2 participantes).

#### **Opinión de todos los participantes en relación a propuestas concretas:**

Se recoge la opinión del total de los 32 profesores/as participantes, de centros escolares de los distritos 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8 y 10; de los 14 jóvenes educadores pertenecientes a centros escolares de los distritos 1 y 5 y de los 79 alumnos de centros escolares de los distritos 5, 7 y 8.

1ª Propuesta: En lugar de promover dos programas diferentes ('PRESSEC' y 'Parlem Clar'), qué os parecería que la ASPB propusiera un solo **programa** de prevención del embarazo no deseado, prevención de Infecciones de Transmisión Sexual y de prevención del SIDA pero que dependiendo de las características concretas del grupo con el que se trabajará y las características del profesorado se puedan aplicar **diferentes metodologías?**

Respuestas: Muestran acuerdo con la propuesta 19 participantes ('Ponerlo asequible', 'Podrían ir juntos', 'ayudaría a adaptarse al grupo clase', 'Cuanta más versatilidad mejor, pero



manteniendo los jóvenes educadores', 'Se podría trabajar más a la carta' 19 participantes), ('Depende de cada caso concreto', 'Dependerá del resultado final de la fusión' 4 participantes). 2 participantes no estaban de acuerdo con la propuesta ('No estamos de acuerdo').

2ª propuesta: El programa **se ofrecerá a diferentes cursos** (3º, 4º de ESO, Bachillerato o Ciclos Formativos) ya que su aplicación dependerá de las características de los jóvenes en concreto y será la escuela quien valorará en qué momento conviene aplicarlo. ¿Qué os parece?

Respuestas: Muestran acuerdo con la propuesta 14 participantes (De acuerdo todo y que la escuela puede valorar las características de los jóvenes', 'Buena idea porque en 4º tienen muchas actividades además del trabajo de investigación', 'Será más flexible', 'Será más adaptable', 'Estaría bien poder hacer el 'Parlem Clar' en 4º de ESO'). No están de acuerdo con la propuesta 2 participantes ('No, mejor un programa de complejidad creciente de 1º a 4º de ESO', 'Implicará más coordinación entre el profesorado').

3ª propuesta: Para que el profesorado pueda adaptar al máximo las actividades, se facilitará un **abanico de situaciones** clasificadas según diferentes características: diferentes situaciones para grupos donde la mayoría no ha iniciado las relaciones sexuales con penetración, para grupos donde la mitad ha iniciado las relaciones sexuales con penetración, grupos donde la mayoría ha iniciado las relaciones sexuales con penetración, grupos donde hay presencia de alumnos de diferentes culturas, grupos donde se ha detectado la necesidad de trabajar el tema de la homosexualidad u otros contenidos concretos, etc. ¿Qué os parece?

Respuestas: Se muestran de acuerdo con la propuesta un total de 17 participantes ('Esto implica un conocimiento previo del grupo', 'Se podría hacer con la encuesta inicial', 'Se necesitaría mayor implicación de los padres', 'Llegaríamos mejor a los alumnos', 'Bien a la diversidad de situaciones', 'Perfecto poder escoger').

4ª propuesta: ¿Qué pensaríais si se incorporase al programa de forma explícita una **última sesión que fuese la visita al PASSIR** (programa de atención a la salud sexual y reproductiva) o al CJAS? Y **que se garantizara** que tanto visitando un recurso como el otro, el **esquema básico de la sesión y los contenidos fuesen los mismos?**

Respuestas:

Se muestran de acuerdo un total de 26 profesores/as ('Muy importante el libre acceso, sin cupos', 'Importante para reforzar lo que decimos', 'Se ha de mantener porque el alumnado se siente cómodo hablando con profesionales de fuera de la escuela', 'Es necesario garantizarlo para todos, es básica', 'Importante llevar preguntas anónimas', 'Muy bien ir al PASSIR si está cerca, no al CJAS'. Un participante concreta otra respuesta ('Sería favorable visitar el PASSIR con los padres').

Se muestran de acuerdo un total de 38 alumnos/as participantes ('Es muy importante', 'Es mejor que la teoría que nos dan en clase', 'Importante para practicar la colocación del preservativo', 'Nos entienden', 'Nos tratan bien', 'Hablan sin tabúes', 'Es Bueno que nos faciliten ir a nosotros solos'). Dos participantes afirman que en su centro no fueron al PASSIR. 2 participantes afirmaron que en su centro los habían llevado al CAP, con el programa 'JASP'.

Respecto a los jóvenes educadores, un total de 12 participantes afirmaron que en su centro escolar no los llevaban al PASSIR.

5ª propuesta: Para facilitar que el profesorado pueda seleccionar la metodología más adecuada para trabajar el tema con sus alumnos, proporcionaremos un **listado con las características a tener en cuenta** o condiciones, recomendaciones, etc. ¿Qué os parece?

Respuestas: Se muestran de acuerdo un total de 22 profesores/as ('Sería una herramienta muy buena', 'Muy buena propuesta', 'Que sean los profesores quien implanten el programa').

6ª propuesta: Indicaremos de manera explícita las sesiones y actividades imprescindibles a desarrollar para conseguir los objetivos del programa (**intervención básica**) y la **intervención recomendada** ¿Qué os parece?

Respuestas: 21 profesores/as muestran su acuerdo con la propuesta ('Sería muy bien valorada').

7ª propuesta: Los **materiales que formarán el programa serán**: una guía para el profesorado, carpetas o cuadernos con el material para el alumnado y un documento con recursos complementarios ¿Qué os parece?

Respuestas: 32 profesores/as muestra su acuerdo con la propuesta ('De acuerdo, nos ayudará a organizar mejor las sesiones', 'El material de recursos ha de estar en un lugar de fácil acceso', 'Incorporar material audiovisual', 'Incluir página web').

8ª propuesta: Qué **situaciones** planteadas en las actividades **se acercarán más a la realidad actual** del alumnado y facilitarían la adaptación del material a las características de los diferentes tipos de jóvenes con los que trabajáis habitualmente?

Presentamos las respuestas del profesorado y del alumnado. Desde las que han aparecido con mayor frecuencia a las menos nombradas: ('Los anticonceptivos para chicos y chicas', 'Anticoncepción de emergencia', 'Todos los métodos', 'El preservativo', 'Cuando se rompe el preservativo', 'La marcha atrás', 'la postcoital' 34 participantes), ('Orientación sexual', 'Homosexualidad', 'Parejas del mismo sexo', 'Bisexualidad' 19 participantes), ('MTS, donde ir', 'Qué hacer si sufres una ITS', 'Transmisión sexual de una ITS colocación incorrecta del preservativo', 'Riesgo de contagio de una ITS' 18 participantes), ('Desarrollo sexual', 'Masturbación', 'Relaciones sexuales', 'Primera vez', 'Toma de decisiones' 11 participantes), ('Comunicación con los padres' 9 participantes), ('Abuso, agresiones' 7 participantes), ('Aborto' 5 participantes), ('Sida y discriminación' 6 participantes), ('Ataques de pánico' 2 participantes), ('Presión por parte de la pareja' 2 participantes), ('Vergüenza al colocarse el preservativo' 2 participantes), ('Sexo sin preservativo' 2 participantes), ('Relaciones sexuales con desconocidos' 2 participantes), ('Drogas, sexo y fiesta' 2 participantes), ('Interculturalidad' 1 participante).

9ª propuesta: ¿Se os ocurre algún **título** que pudiera resultar atractivo al alumnado y reflejara las características de la nueva propuesta que representa esta adaptación?

## 2.

Presentamos las respuestas del profesorado de los jóvenes educadores y del alumnado. La mayor parte de los títulos incorporan aspectos de la comunicación y de hablar claramente, sin tapujos.

'Para los dos' (1), 'Hablemos claro'(1), 'No te ralles' (1), 'Te puede pasar a ti' (1), 'Nos puede pasar a todos' (1), 'Somos más directos' (2), 'Aprende a protegerte' (1), 'Sin tabús' (1), 'Otra forma de ver el sexo' (1), 'El sexo desde la realidad' (1), 'Todos hemos de ser responsables' (1), 'Placer sin complicaciones' (1), 'Al grano' (2), 'Hablemos claro' (2), 'Sin tapujos' (1), 'El sexo es

vida' (1), 'Lo importante es...' (1), 'La salud importa' (1), 'Sexo y juventud' (1), 'Riesgo y consecuencias' (1), '¿Qué quieres saber?' (1), '¿Cómo lo hacemos?' (1), 'No tengas miedo a decirlo' (1), 'Menos vergüenza' (1), 'No te de vergüenza' (1), 'Sexo Claro' (2), 'El sexo de hoy día' (1), 'Habla sin miedo' (1), 'Sexo seguro' (1), 'No hay prisa' (1), 'Aprendemos de diferentes formas' (1), 'Más libertad' (1), 'No más tabús' (1), 'Abiertamente' (1), 'El sexo es una realidad de la sociedad, infórmate' (1), 'Sexualidad' (1), 'Verdad sobre sexo' (1), 'Lo que de verdad nos interesa' (1), 'Asuntos embarazosos' (1), 'La salud al día' (1), 'Temas tabú' (1), 'N-PRESSEC' (1), 'El sexo y nuestra sociedad' (1), 'Sexualidad y aventura' (1), 'Sin dudas' (1), 'Representación de tu vida real' (1), 'No dudes' (1), 'Hablemos todos de todo' (1), 'Sin pelos en la lengua' (1), 'Habla en rojo' (1), 'Pasa de la marcha atrás' (1).

## **ANEXO, documento 5: Programa 'Parlem-ne; no et tallis!', resultados literales de la evaluación del proceso de implementación (2010-11)**

**Motivos aludidos por el profesorado que no hizo la formación previa al programa:** 'Hace tiempo que hice la formación de uno de los programas', 'Por incompatibilidad de fechas', 'Ya había aplicado antes uno de los programas', 'No he recibido información sobre esta formación previa', 'No pude'.

**Motivos aludidos por el profesorado que no hizo la formación previa (Itinerario 1):** 'Hace tiempo que hice la formación de uno de los programas', 'No pude'.

### **Identificación de los objetivos del programa (profesorado que implementó el Itinerario 1)**

a) Identifican el objetivo preventivo, también aquellos que hablan de habilidades (47 personas) 'Dar materiales al profesorado para tratar aspectos de sexualidad. Dar herramientas al alumnado para prevenir conductas sexuales de riesgo' (3 personas), 'Información sexualidad responsable' (1 persona), 'Reflexionar sobre ITS. Dialogar entre ellos sobre los riesgos' (1 persona), 'Dar a conocer y educar a los alumnos para tener una relación sexual y afectiva satisfactoria y con cabeza' (1 persona), 'Dar herramientas al alumnado para que sepan tomar decisiones con criterio sobre diferentes situaciones. Ayudar a reflexionar y no actuar primariamente. Prevención del embarazo adolescente' (2 personas), 'Guía de toma de decisiones sobre el tema. Proporcionar diferentes valores. Interpretar y comprender el fenómeno' (2 personas), 'Trabajar la toma de decisiones y la información' (2 personas), 'La toma de conciencia del alumnado sobre los peligros que comporta tener relaciones sexuales sin protección y sobre el sida en general' (5 personas), 'Recordar cosas del programa 'Canvis', aclarar dudas sobre ITS, ayudar a prevenir, trabajar la conducta asertiva, reflexionar sobre el machismo' (2 personas), 'Favorecer la reflexión sobre consecuencias de las relaciones sexuales no protegidas. Aclarar dudas sobre ITS, VIH y embarazo adolescente' (4 personas), 'La prevención. Aclarar mal entendidos. Hablar abiertamente l alumnado y aclarar dudas' (2 personas), 'Educar a los adolescentes sobre la prevención de ITS, conductas de riesgo, ofrecer estrategias sociales' (2 personas), 'Prevención de relaciones sexuales sin protección y por tanto mejorar la salud de los adolescentes. Utilización del preservativo. Toma de decisiones' (1 persona), 'Prevención relaciones sexuales sin protección. Toma de decisiones' (1 persona), 'Evitar riesgos en la práctica sexual y saber tomar decisiones con las herramientas adecuadas y la información necesaria' (1 persona), 'Prevención conductas de riesgo relacionadas con la sexualidad. Aprender habilidades sociales, asertividad para afrontar determinadas situaciones, etc.' (1 persona), 'Ofrecer información sobre ITS, alertar sobre situaciones de riesgo, propiciar un espacio para hablar de estos temas con interlocutores que consideran convincentes y creíbles' (2 personas), 'Evitar embarazos y tener relaciones sexuales satisfactorias' (2 personas), 'Evitar embarazos no deseados y la transmisión de ITS' (2 personas), 'Concienciar al alumnado de la importancia de la prevención del embarazo y de las ITS' (1 persona), 'Prevenir embarazos no deseados, enfermedades' (1 persona), 'Asesoramiento sobre el Programa; prevención sobre

embarazos no deseados' (1 persona), 'Informar i concienciar al alumnado sobre los riesgos de las conductas sexuales' (1 persona), 'Prevención de conductas de riesgo' (2 personas), 'Prevenir embarazos no deseados. Información sobre prácticas sexuales y medios existentes' (1 persona), 'Prevenir las conductas sexuales de riesgo del alumnado' (2 personas), 'Prevención relaciones sexuales no protegidas a 4º de ESO. Prevención embarazo y/o ITS' (1 persona), 'Reducir factores de riesgo que afectan a las conductas sexuales' (1 persona)

b) No contestan (11 personas)

c) Identifican un objetivo más amplio, referido a la sexualidad o a la educación sexual (9 personas)

'Informar. Dar normalidad a la sexualidad' (1 persona), 'Hablar y concienciar sobre los temas de sexualidad con el alumnado' (1 persona), 'Conocer la educación sexual' (2 personas), 'Educación sexual en la igualdad' (2 personas), 'La salud sexual' (1 persona), 'Suministrar orientación de carácter sexual al alumnado de secundaria' (1 persona), 'Mejorar la salud del alumnado en materia sexual, mediante una mejor información o desde la prevención' (1 persona)

d) Identifican como objetivo la parte informativa (ITS, VIH, SIDA) (8 personas)

'Facilitar información al alumnado sobre ITS. Debatir temas laterales de las ITS' (3 personas), 'Las ITS' (2 personas), 'Dar información sobre cuestiones de sexualidad, ITS, tendencias sexuales' (1 persona), 'Estar bien informados para evitar situaciones no deseadas' (1 persona), 'Prevenir embarazos no deseados: Información sobre anticonceptivos' (1 persona)

e) Identifican como objetivo aspectos muy generales (4 personas)

'Responsabilizar al alumnado de sus acciones o como mínimo que reflexionen sobre las consecuencias de ésta' (1 persona), 'Hablar y difundir opiniones sobre problemas actuales (bebidas, drogas, sexualidad)' (1 persona), 'Ayudar en los problemas actuales de los adolescentes' (1 persona), 'Concienciación y corrección de actitudes' (1 persona)

### **Contenidos o mensajes que eliminaría del Programa (profesorado que implementó el Itinerario 1)**

a) Nada (40 personas)

'Adecuados para la edad y las características del alumnado' (1 persona), 'Los contenidos han sido útiles. Es bueno que haya muchos para poder seleccionar en función del grupo clase' (1 persona), 'Lo encuentro bien' (1 persona), 'De acuerdo con los contenidos' (2 personas), 'Comentarios alumnado, satisfactorios' (2 personas), 'Nada/Ninguna' (33 personas)

b) No contestan (36 personas)

c) Aspectos concretos (4 personas)

'Es un programa completo pero cuesta dar el protagonismo al instituto, debido al currículum tan extenso a llevar a cabo' (2 personas), 'Texto' (1 persona), 'Lenguaje más cercano para los alumnos' (1 persona)

### **Contenidos o mensajes que añadiría al Programa (profesorado Itinerario 1)**

a) No contestan (39 personas)

b) Nada/Ninguno (26 personas)

‘Mensajes correctos. Muy bien reflexionar sobre la opinión y presión de los iguales. Influencia de la sociedad’ (1 persona), ‘Me parece adecuado/Todo lo encuentro correcto/Son adecuados’ (3 personas), ‘Es el 1er año que lo hacemos y la valoración ha sido muy positiva por parte del profesorado y el alumnado. No añadiríamos nada’ (2 personas), ‘Nada/Ninguno’ (20 personas)

C) Aspectos concretos (14 personas)

‘Más dibujos’ (1 persona), ‘Más interacción, podría haber un link de consulta abierta para ellos’ (1 persona), ‘Contenidos de educación emocional y sexual’ (1 persona), ‘En la comunicación se necesita un conjunto de habilidades esenciales para la comunicación alumnado y profesorado. Hacer clima de confianza’ (2 personas), ‘Ligar tema de sexualidad y drogas’ (3 personas), ‘Insistir más en las ITS’ (2 personas), ‘lenguaje más cercano al alumnado’ (2 personas), ‘Alguna actividad para trabajar la diversidad del comportamiento sexual’ (1 persona), ‘Añadiría conexión de la afectividad con la sexualidad’ (1 persona)

### **Aquello que más ha gustado (profesorado que implementó el Itinerario 1)**

a) Programa práctico, dinámica, actividades (16 personas)

‘Programa práctico y eso sitúa y engancha en la dinámica de los adolescentes’ (1 persona), ‘Los talleres prácticos donde participan los alumnos’ (3 personas), ‘Actividad inicial. Resulta divertida i provechosa’ (2 personas), ‘Las actividades sugeridas. Los casos planteados. La actividad de las fichas’ (2 personas), ‘El juego de rol del sida por todo el debate posterior que generó’ (2 personas), ‘Ha sido dinámico, bien explicado, ameno para el alumnado, diversificado en cuanto a metodología’ (2 personas), ‘El hecho de poder trabajar en grupo e individualmente’ (2 personas), ‘La parte de role playing, pues es la menta de ponerse en una situación diferente y entenderla’ (2 personas)

b) No contesten (13 personas)

c) Actividad de entorno /visita a un centro de atención sexual (10 personas)

‘Dar la posibilidad que los jóvenes conozcan el CJAS. Muy útil la participación de la enfermera de Consulta Oberta’ (2 personas), ‘Visita al CJAS. Los alumnos han podido preguntar lo que querían’ (3 personas), ‘Visita y el material audiovisual’ (1 persona), ‘Visita Centro de Salud’ (1 persona), ‘La sesión en el CAP’ (1 persona), ‘Visita CJAS, muy ilustrativa’ (2 personas)

d) Situaciones (8 personas)

‘Hablar se situaciones que pueden haber sucedido’ (1 persona), ‘La propuesta de muchas situaciones cercanas a la experiencia del alumnado’ (1 persona), ‘Los casos particulares y los juegos, sobre todo el del contagio del sida’ (1 persona), ‘Las problemáticas que plantea son adecuadas a las edades de los alumnos’ (1 persona), ‘Se pone al nivel de los alumnos buscando la identificación’ (1 persona), ‘Situaciones que se proponen son adecuadas a ña edad’ (1 persona), ‘Todo y que no lo hemos podido trabajar mucho, pienso que las situaciones son más cercanas al alumnado y por lo tanto, se pueden identificar con ellas. Muestran interés Y curiosidad’ (1 persona), ‘Lenguaje utilizado, la claridad de las situaciones’ (1 persona)

e) Todo/Nada (8 personas)

‘Todo en general. Es muy orientador’ (1 persona), ‘Todo’ (5 personas), ‘Muy bien hecho y presentado’ (1 persona), ‘Nada’ (1 persona)

f) Participación e implicación del alumnado (6 personas)

‘La participación del alumnado con el tema y su interacción’ (3 personas), ‘Permite la participación e implicación del alumnado, el diálogo’ (1 persona), ‘Al alumnado le ha gustado’ (2 personas)

g) Material (6 personas)

‘El nuevo material es atractivo para el alumnado’ (2 personas), ‘Van bastante bien los power points informativos y los casos y poder disponer de este material en la web’ (2 personas), ‘Los materiales’ (2 personas)

h) Información (4 personas)

‘Información’ (1 persona), ‘Contenidos’ (1 persona), ‘Información sobre ITS’ (2 personas)

i) Adaptabilidad (2 personas)

- ‘La adaptabilidad en diferentes grupos de alumnos’ (2 personas)

j) Objetivo (2 personas)

- ‘El objetivo del programa (pautas y principios de actuación que tienen un principio de información para ayudar al alumnado en el tema presentado’ (2 personas)

k) Lenguaje (1 persona)

- ‘Lenguaje utilizado, la claridad de las situaciones’ (1 persona)

### **Aquello que menos ha gustado (profesorado que ha hecho el Itinerario 1)**

a) NC (35 personas)

b) Nada: (20 personas)

‘Res/ninguno’ (19 personas), ‘En general me ha gustado todo’ (1 persona)

c) Falta de tiempo/Programa largo (11 personas)

‘Cuesta de hacer todo el programa en la tutoría porque falta tiempo’ (2 personas), ‘El hecho de compartir estos temas con otros de tutoría, ya vamos justos de tiempo’ (2 personas), ‘Un poco reiterativo’ (1 persona), ‘Temporización propuesta no se adaptaba al grupo’ (1 persona), ‘Unidades muy largas. No da tiempo de acabar en una hora de tutoría’ (2 personas), ‘El programa se hace largo’ (1 persona), ‘Programa demasiado largo para hacerlo todo. Le falta un poco de concreción’ (2 personas), ‘Las explicaciones u orientaciones del tutor no están simplificadas. Son reiterativas’ (1 persona)



d) Información (4 personas)

'Hace falta más información en DVD' (1 persona), 'Estaría mejor pasar la información en un cuadernillo editado que en fotocopias' (1 persona)

e) Actividades concretas (3 personas)

'Actividad 3 aburrida' (2 personas), 'La actividad sobre empatía porque se ha tratado en otros programas' (1 persona)

f) Material (3 personas)

'A veces, no todo el material que necesitaban los alumnos estaba en la carpeta y se tenía que preparar con antelación' (2 personas), 'Puede que el formato de las actividades, el color, el papel no acaba de ser atractivo para los alumnos' (1 persona)

g) Contenido afectivo (2 personas)

'Poco contenido de tipo afectivo' (2 personas)

#### **Otros comentarios del programa (profesorado que implementó el Itinerario 1)**

a) Audiovisual (9 personas)

'Al finalizar el programa ven la película 'Philadelphia' para que se hagan una idea de la situación de los que sufren Sida' (5 personas), 'Trabajar alguna película sobre el tema. Más material audiovisual' (1 persona), 'Aconsejaría poner material audiovisual para complementar la charla al CAP' (1 persona), 'Puede que falte un DVD y material audiovisual' (2 personas)

b) Falta de tiempo, largo (8 personas)

'El programa se hace largo. Quizá necesitaría acortarlo un poco' (1 persona), 'El programa muy largo' (1 persona), 'Tenemos dificultades para llevar a cabo todas las actuaciones. Cada curso nos pasa igual. Nos cuesta escoger qué actividades hacer... Hemos de revisar este aspecto' (2 personas), 'El proyecto es muy interesante pero en 4º se han de dedicar muchas horas a la orientación. No hemos tenido suficiente tiempo para hacerlo todo' (3 personas), 'Debería estar más simplificado. Se hace muy pesado y a veces no se entiende como se ha de llevar a cabo la actividad. Muy complicado el planteamiento' (1 persona)

c) Funciona bien (6 personas)

'Hemos pasado el Programa de Bachillerato a 41 de ESO, funciona bastante bien' (3 personas), 'En general las actividades han funcionado bien' (2 personas), 'Bien' (1 persona)

d) Tarde Joven (4 personas)

'Al Taller de la T Joven (CJAS) estaría bien que fuesen los dos grupos juntos su no pierden muchas horas de clase' (2 personas), 'La mitad del alumnado planteó preguntas escritas para la sesión en planning. Unos padres no dejaron a su hija ir a la sesión' (2 personas)

e) Afectividad, emociones (2 personas)

‘Ligar las emociones con las relaciones sexuales que puedan tener’ (1 persona), ‘Reforzar el tratamiento de la afectividad (1 persona)

f) Otros

‘Cambiar el nombre’ (3 personas), ‘Potenciar punto 18’ (1 persona), ‘Aún es pronto para hacer comentarios porque es el primer curso de aplicación’ (2 personas), ‘Ningún comentario’ (3 personas), ‘Nueva responsable del tema Salud’ (2 personas), ‘El alumnado ha encontrado algunas expresiones anticuadas (2 personas), ‘Buscar la claridad’ (1 persona), ‘El libro del profesorado va dirigido a cualquier profesor/a tutor/a y no a personal formado en la materia. Su contenido debería ser más claro’ (1 persona), ‘La verdad es que es muy importante la formación previa que se hace al profesorado, porque seguir el programa por libre hace que a veces no se sepan enfocar correctamente las actividades’ (2 personas), ‘Grupo poco colaborador por no he podido hacer más’ (1 persona)

f) No contestan (32 personas)

### **Identificación de los objetivos del programa (profesorado que implementó el Itinerario 2)**

a) Identifican el objetivo preventivo, también aquellos que hablan de habilidades (14 personas) ‘Prevención sobre la sexualidad’ (1 persona), ‘Prevención de ITS i embarazos no deseados. Asertividad’ (1 persona), ‘Prevención de ITS i embarazos no deseados’ (2 personas), ‘Prevención de ITS’ (1 persona), ‘Concienciar al alumnado sobre las ITS y la importancia de las precauciones’ (1 persona), ‘Que los adolescentes que tienen relaciones sexuales las tengan sin riesgos y de manera voluntaria’ (1 persona), ‘Que aprendan a defender sus deseos’ (1 persona), ‘Evitar embarazos y tener relaciones sexuales satisfactorias’ (1 persona), ‘Ayudar a prevenir conductas de riesgo y resolver dudas en temas de sexualidad a los alumnos’ (5 personas), ‘Educar e informar al alumnado de los diferentes métodos anticonceptivos o para evitar ITS en estas edades’ (1 persona)

b) Identifican un objetivo más amplio, referido a la sexualidad o a la educación sexual (1 persona) ‘Informar y formar en el ámbito de las relaciones personales, la afectividad y la sexualidad’ (1 persona)

c) Identifican como objetivo la parte informativa (1 persona) ‘Informar sobre ITS, sexualidad, comunicación’ (1 persona)

d) Identifican como objetivo aspectos muy generales (2 personas) ‘Clarificar situaciones en las que se pueden encontrar chicos y chicas’ (1 persona), ‘Dar a conocer, implicar y sensibilizar’ (1 persona)

### **Aquello que más gustó (profesorado que ha hecho el Itinerario 2)**

a) Participación e implicación del alumnado (9 personas), 'La implicación que provoca en el alumnado y la información que se saca' (1 persona), 'También la posibilidad de dinamizar la actividad por parte de los propios alumnos' (4 personas), 'Participación e implicación del alumnado' (1 persona), 'Participación e implicación alumnado i formación previa' (3 personas)

b) Mensaje (4 personas)  
'Mensaje claro y entendedor' (4 personas)

c) Adaptabilidad (1 persona)  
'La adaptabilidad en diferentes grupos de alumnos' (1 persona)

d) Res (1 persona)

e) NC (6 personas)

### **Aquello que menos gustó (profesorado que ha hecho el Itinerario 2)**

a) Formato de las actividades (4 personas)  
'Formato de les actividades parecido a otros programas' (4 personas)

b) Actividades muy lúdicas (1 persona)  
'Según el grupo algunas actividades son muy lúdicas y pueden resultar poco efectivas' (1 persona)

c) Nada (6 personas)

d) No contestan (6 personas)

### **Otros comentarios (profesorado que implementó el Itinerario 2)**

a) Diversidad cultural  
'Debido a la amplia variedad de culturas de procedencia de nuestros alumnos, hay actividades poco provechosas para unos y mucho para otros' (1 persona)

b) Persona que desarrolla el programa  
'El programa es interesante y necesario, pero creo que el tutor no es necesariamente la mejor persona para llevarlo a cabo. Hablar de estos temas con el alumnado no es sencillo, no todo el mundo se siente cómodo haciéndolo. Creo que el programa lo debería impartir personas preparadas, y que además les guste. Que seas un buen profesor de tu materia no implica que puedas tratar estos temas con el rigor y la seriedad que se necesita' (1 persona)

c) Primer curso de aplicación

‘Aún es pronto para hacer comentarios, es el primer curso de aplicación’ (1 persona)

d) Sesión no realizada (1 persona)

‘La sesión prevista con el tutor no la veo necesaria porque el alumnado ya tenía mucha información’ (1 persona)

e) NC (11 personas)

f) Queja (1 persona)

‘Queja sobre valorar colores material porque tuvimos que fotocopiar el material’ (1 persona)

g) Por qué tantas valoraciones (1 persona)

‘Hice comentarios el día de la formación y no se pudieron (un simple cambio de fechas), ‘Hicimos una valoración conjunta como centro por curso. Por qué queréis tantas valoraciones si no se pueden cambiar las fechas de formación del alumnado si coinciden con el inicio de la actividad’

h) Nada (1 persona)

### **Dudas que aún quedan en el alumnado tras el taller en el centro de salud sexual y reproductiva (Itinerario 2)**

a) Anticoncepción: Un total de 10 jóvenes plantean cuestiones relacionadas con este tema. Ejemplo: ‘¿Cómo es el condón de las mujeres?’, ‘Dudas sobre el condón’, ‘El condón femenino’, ‘Si el preservativo se queda dentro de la vagina, ¿qué peligro hay?’, ‘La eficacia del preservativo femenino’.

b) Prevención del embarazo: Un total de 4 jóvenes aún tienen dudas en relación a este tema. Ejemplo: ‘Si eyaculas en la ducha, ¿los espermias se mueren?’, ‘Relaciones en la ducha, ¿pueden dejar embarazada?’, ‘Dudas sobre el embarazo’, ‘Cuando tienes relaciones pero te heces muchas pruebas pensando que puedes estar embarazada, pero no lo estás... ¿Por qué no tienes la regla?’.

c) Primeras relaciones sexuales: Un total de 5 jóvenes plantea cuestiones sobre este tema.

Ejemplo: ‘¿Siempre hace daño?’, ‘Inicio de las relaciones sexuales’, ‘¿La primera vez que lo haces sale mucha sangre?’, ‘¿Una virgen es fértil?’.

d) Enfermedades: Un total de 9 jóvenes aún tienen dudas sobre este tema.

Ejemplo: '¿Qué son las ladillas?', '¿Qué otras enfermedades hay?', 'Enfermedades de transmisión sexual, heterosexuales y homosexuales' (4), '¿Puedes coger una ITS si el chico se corre en la boca?', 'Si te tragas el semen del chico, ¿tiene algún inconveniente o enfermedades?'

e) Conductas concretas: Un total de 9 jóvenes plantean cuestiones relacionadas con este tema.

Ejemplo: 'Juegos preliminares', '¿Por qué tenemos apetito sexual?', 'Si el pene es muy grande, ¿luego la vagina se queda abierta?', 'Como llegar al orgasmo', 'Alguna forma para hacer que salga menos flujo pre seminal', 'Hablar de la diferente excitación del chico y de la chica y de la lúvido', '¿El semen es comestible?'; '¿Por qué a las mujeres nos cuesta llegar al orgasmo?', 'Si el chico tiene muchas ganas y la chica está preparada pero a la vez no, ¿qué ha de hacer?', 'Posturas'.

f) Otros: Un total de 5 jóvenes aún tienen otras preguntas.

Ejemplo: 'Cosas personales', 'Algunas preguntas de la lista', 'Alguna cosa sobre la fimosis', '¿Cómo explicar a los padres que hemos tenido relaciones sexuales?', 'Follar' con la regla, ¿es bueno o malo?'

### **Aquello que más gustó temas concretos (alumnado)**

a) Condón: 117 jóvenes.

Ejemplos: 'Explicación condón', 'Hablar de condones de forma divertida', 'Hablar sin problemas, porque es importante que utilicemos preservativo', 'Cómo utilizar los preservativos', 'Cuando nos han enseñado los condones para chicas', 'El condón femenino no sabía que existía', 'Descubrir el preservativo femenino', 'La presentación de los preservativos, tanto masculino como femenino', 'Que nos han podido mostrar los métodos anticonceptivos', 'La demostración de les cosas'.

b) Anticonceptivos en general: 40 jóvenes.

Ejemplos: 'Dudas del anillo', 'Las explicaciones de los anticonceptivos', 'Que expliquen todos los métodos anticonceptivos', 'Que nos hayan enseñado físicamente todos los dispositivos', 'Aprender nuevos métodos, efectivos y más baratos', 'Nuevos métodos', 'Que nos han enseñado todos los métodos, porque lo hemos visto todo', 'Que enseñasen los métodos anticonceptivos'.

c) Educación afectiva y sexual: 31 jóvenes.

Ejemplos: 'Hablar sobre las relaciones entre parejas', 'Charla sobre la menstruación', 'Explicación sobre Sexualidad', 'Información sobre placer', 'Discusión sobre el sexo en las discotecas', 'Aborto', 'Menstruación', 'La sexualidad', 'La virginidad', 'Hablar de sexo', 'Enamoramiento', 'La regla', 'Saber cosas sobre sexualidad a nuestra edad', 'Derecho y deberes de los hombres y las mujeres', 'Explicación de cómo el chico puede producir placer a la chica', 'Que todos tenemos los mismos derechos', 'Haber aprendido cosas de la sexualidad, que no es trata sólo de diversión', 'Explicación vagina', 'Hablar y opinar sobre sexo', 'Hablar de nosotros'.

d) ITS y SIDA: 20 jóvenes.

Ejemplos: 'Explicación sobre ITS', 'Hablar sobre enfermedades', 'Hablar sobre ITS', 'Explicación sobre SIDA', 'Información sobre ITS'.

e) Aspectos preventivos: 15 jóvenes.

Ejemplos: 'Informaciones sobre cómo prevenir los riesgos', 'Las precauciones', 'Lo que puede pasar si no tienes cuidado de forma adecuada', 'Sexo de forma segura', 'Informaciones que nos dan para no quedarnos embarazadas', 'Saber cuándo se puede quedar embarazada', 'Como no tener infecciones', 'Como evitar embarazos no deseados', 'Hablar del embarazo a causa de no usar preservativo'.

f) Pastillas: 5 jóvenes.

Ejemplos: 'La explicación del uso de la pastilla', 'El tema de las pastillas', 'La información sobre cómo conseguir pastillas'.

### **Aquello que más gustó respecto al entorno del taller, ambiente, profesorado (alumnado)**

a) Profesorado: 58 jóvenes.

Ejemplos: 'Simpatía para tratar los temas', 'La naturalidad de la monitora', 'La naturalidad con que hablaba', 'Monitora muy simpática', 'Las profesoras son directas y claras', 'La confianza que da de la charla', 'Como ha contestado la chica', 'Que la profesora habla con seguridad', 'El trato de les profesionales', 'Hablar con normalidad', 'La soltura de la explicación', 'Espontaneo', 'Claridad de las explicaciones de la sesión', 'Resolver dudas de forma clara y abierta', 'Charla clara', 'Les profes y todo', 'Forma de explicar y la sinceridad', 'Que la chica sabía mucho', 'Manera de explicar la profesora', 'Profesora y muy práctico'.

b) Libertad para hablar: 55 jóvenes.

Ejemplos: 'Libertad para hablar sin vergüenza', 'No tuve vergüenza de preguntar', 'Hablar libremente sin ser criticado', 'Poder hablar de la homosexualidad', 'Hacer preguntas que siempre había guardado dentro por vergüenza', 'Podemos hablar con normalidad', 'Poder hablar de todo', 'Expresarse sin vergüenza', 'Poder hablar sin prejuicios', 'Hablar libremente de todo', 'Hablar de forma abierta', 'Hablar libremente de todo', 'Que se pudiese preguntar con libertad', 'Hablar y dar opiniones de manera abierta', 'Poder hablar sin ningún problema', 'Libertad para opinar', 'La normalidad con la que se tratan los temas', 'Que hemos hablado de todo', 'Poder hablar sin problema'.

c) Dinámica grupo: 42 jóvenes.

Ejemplos: 'La dinámica de la clase', 'La interacción chicos-chicas', 'Trabajar en grupos pequeños', 'Charla dinámica', 'El debate', 'Participar', 'La participación', 'Estar en grupo', 'El dinamismo de la sesión', 'Trabajo grupal', 'La buena dinámica', 'La participación de todos', 'La implicación de todos', 'La interactividad', 'Hablar en confianza', 'La manera de tratar el tema', 'Hablar libremente sin ser criticado', 'La confianza, no me lo esperaba', 'Poder hablar con naturalidad', 'Sesión divertida', 'La manera de explicar natural, dinámica', 'Me ha gustado porque ha sido dinámica y hemos podido participar', 'Que se han representado las dudas en lugar de sólo explicarlas', 'La colaboración de los compañeros', 'Los grupos que hemos hecho', 'Que es dinámica', 'Charla entre todos'.

d) Ambiente: 11 jóvenes.

Ejemplos: 'El ambiente relajado', 'Que fue animado', 'Que estábamos en armonía', 'El buen rollo que ha habido', 'Que ha habido buenas vibraciones en el grupo', 'El ambiente en el que se desarrolla la sesión', 'La filosofía de la compañera de al lado', 'Reír', 'Ha sido interesante', 'El buen rollo', 'Cuando hemos reído'.

## **ANEXO, documento 6: Resultados literales de la evaluación de proceso/implementación por parte del alumnado, cursos 2012-13 y 2013-14.**

### **Curso 2012-13**

#### **-Aspectos que más han gustado:**

##### **Itinerario 1:**

-Orientación de los temas y actividades (42 alumnos): Ejemplos: 'Te informas de muchas cosas que no sabías y a parte te explicaban cosas que te pensabas que eran de una manera y al final resulta que eran de otra', 'Lo que más me ha gustado es que el profesor ha tratado el tema de forma clara e interesante y hemos participado mucho dando nuestra opinión y aprendiendo cosas nuevas', 'Que nos hagan pensar en estas cosas y así tener que pensar sobre el futuro', 'El hecho de haberlo hecho en la escuela, con nuestros compañeros profesores. Porque, si se ha de hacer con gente, son personas con las que te abrirás más fácilmente porque ya te conocen perfectamente'.

-Contenidos aprendidos (42 alumnos): Ejemplos: 'Aprender las cosas básicas sobre educación sexual. Creo que me serán muy útiles en la vida y que ya era hora de hablarlas en clase', 'Saber las consecuencias que tienen las drogas y el alcohol, aunque ya las sabía, pero más a fondo', 'Las enfermedades que puedes adquirir al tener relaciones sexuales. Porque te informas de los peligros'.

-Actividades/temas concretos (25 alumnos): Ejemplos: 'Las charlas informativas del CJAS, por la profesionalidad de los que la desarrollan y por la cantidad de información práctica que dan a los jóvenes', 'La actividad de escenificación de una situación sexual'.

-Participación y dinámica de las clases (7 alumnos): Ejemplos: 'El hecho que nos hicieran participar de diferentes formas', 'Interacción y dinamismo'.

-Material (5 alumnos): Ejemplos: 'El dossier, era dinámico', 'El video'.

##### **Itinerario 2:**

-Orientación de los temas y actividades (26 alumnos): Ejemplos: 'El tema era interesante y adecuado para nuestra edad', 'Me gusta mucho que venga gente de fuera a explicarnos cosas porque se ve que les interesamos, porque nos explican cosas nuevas que quizá no conocíamos', 'Que los compañeros de clase sean los que nos han dado la charla'.

-Contenidos aprendidos (12 alumnos): Ejemplos: 'Nos dieron información sobre ITS. Porque me ha ayudado a resolver mis dudas', 'Que se ha dado información útil para la vida diaria'.

-Actividades y temas concretos (14 alumnos): Ejemplos: 'Cuando me enseñaron a poner un condón', 'Cuando vinieron un chico y una chica a hablar de celos, fue muy dinámico y eran jóvenes'.

-Participación y dinámica de las clases (10 alumnos): Ejemplos: 'Me ha gustado que fuese dinámico, porque hace entender una charla o una actividad con más facilidad', 'Que las actividades eran muy participativas y resolvían las dudas que teníamos'.



### **-Aspectos que menos han gustado:**

#### **Itinerario 1:**

-Contenidos conocidos/repetitivos/clases largas y/o aburridas (19 alumnos): Ejemplos: 'Lo que menos me ha gustado es que se repetían cosas. Llevamos mucho tiempo trabajando lo mismo y al final es cansado', 'Que sea tan largo y pesado, si yo ya se sobre este tema no creo que deba repetir', 'Que a veces era repetitivo y se hacía aburrido'.

-Orientación de las actividades/dinamismo/practicidad (22 alumnos): Ejemplos: Las preguntas personales, porque son personales y no hace falta que nadie las sepa', 'No me gusta que ha sido muy informativo, todo era teoría. Me gusta ver casos reales y saber la opinión de una persona experta pero desconocida'.

-Actividades/temas concretos (20 alumnos): Ejemplos: 'El trabajo de la asertividad es muy acertado, pero se debería hacer de otra manera, en un programa de inteligencia emocional', 'Algunas actividades del dossier, como la primera que era de relacionar'.

-Dificultades para la participación (9 alumnos): Ejemplos: 'Las actividades de clase no fueron participativas y oír hablar a la profesora todo el rato fue aburrido e inútil'.

-Otros (2 alumnos): Ejemplos: 'Que no nos han dado muestras de preservativos'.

-Duración corta del programa (1 alumno): Ejemplo: 'Hemos tenido pocas clases'.

#### **Itinerario 2:**

-Contenidos conocidos/repetitivos/clases largas y/o aburridas (19 alumnos): Ejemplos: 'La mayoría de cosas que explicaron ya las sabíamos, cosa que hizo que no aprendiéramos casi nada más', 'Las clases eran muy largas'.

-Actividades y temas concretos (10 alumnos): Ejemplos: 'El programa de homosexualidad lo encontré muy largo y aburrido, ya que solo non explicaron la historia de los homosexuales y no pudimos decir nada ni nos dejaron hacer preguntas', 'La charla sobre salud mental fue larga y no pudimos interactuar casi'.

-Orientación de las actividades/dinamismo/practicidad (7 alumnos): Ejemplos: 'Demasiadas charlas, podían haber hecho otras actividades más practicas'.

-Dificultades para la participación (2 alumnos): Ejemplos: 'Que al principio estábamos muy callados y siempre hablaban los mismos'.

-Duración corta del programa (5 alumnos): Ejemplos: 'Que fue muy corto y no pude resolver todas las dudas que tenía'.

-Otros (3 alumnos): Ejemplo: 'Que no han dado preservativos'.

### **Curso 2013-14**

### **-Aspectos que más han gustado:**

- Actividades concretas (74 alumnos): Ejemplos: 'La visita al CAP porque me aportó mucha y nueva información', 'El momento de hacer las prácticas sexuales', 'Cuando hicimos el turno de preguntas abiertas, la chica respondía a todas las preguntas que le hacíamos', 'Cuando nos dijeron que pusiéramos un condón a un pene de metal porque me parece que fue muy útil'.

-Tema y aprendizaje (67 alumnos): Ejemplos: 'Las informaciones que nos han dado para hacer sexo sin coger enfermedades', 'Que nos han aclarado dudas', 'Hablar del tema de sexualidad, es un tema que llama la atención de los jóvenes'.

-Organización y forma (61 alumnos): Ejemplos: 'La confianza y la claridad porque estábamos hablando de un tema tabú con toda naturalidad', 'Poder hablar con alguien en un grupo reducido y hacer preguntas que realmente te interese saber'.

-Otros (16 alumnos): Ejemplos: 'Que nos saltamos clases', 'Los preservativos gratis'.

-Material utilizado (11 alumnos): Ejemplos: 'Las películas que nos han pasado. Eran interesantes'.

#### **-Aspectos que menos han gustado:**

- Otros: (43 alumnos): Ejemplos: 'Las explicaciones de los tutores', 'Que fuese tan corto e íbamos justos de tiempo', 'La gente que participa sin saber del tema', 'Era muy pronto'.

-Forma y organización (38 alumnos): Ejemplos: 'Las sesiones en el aula porque no hacíamos más que leer de un power point', 'Que te hacían hablar aunque no quisieses', 'El trabajo en el aula que no fue muy informativo ni dinámico', 'Un poco largo'.

-Actividades concretas (29 alumnos): Ejemplos: 'La charla, ha sido muy aburrida', 'Se ha hecho un poco pesado todo el tema de las enfermedades, sobre todo el tema del sida que ya lo estamos trabajando'.

-Material (26 alumno): Ejemplos: 'El dossier se hace un poco pesado', 'Falta de material interesante', 'Las actividades del libro'.

-Conocimientos (14 alumnos): Ejemplos: 'Que ya me lo sabia todo', 'Que no nos dan tanta informacion', 'Habia mucha informacion que ya sabíamos y creo que no es necesaria'.