



SIDA ENTRE AULAS
PROGRAMA DE PREVENCIÓN EN JÓVENES





- Presentación..... 3.
- Justificación del programa 3.
- Marco conceptual..... 5.
- Evaluación de necesidades, problemas y potencialidades7.
- Planteamiento de objetivos generales y específicos8.
- Metodología del programa.....8.
- Diseño de evaluación.....9.
- Recursos necesarios.....23.
- Puesta en marcha y consecución del programa23.
- Propuestas de mejora23.
- Memoria en imágenes..... 24.
- Anexos 25.
- Bibliografía 41.



PRESENTACIÓN

El proyecto “**SIDA entre aulas**” ha sido elaborado por la Asociación Ciudadana Cantabra Anti SIDA (ACCAS) en colaboración con Caja Cantabria Obra social, la Dirección General de Juventud y los Ayuntamientos de Reinosa, Santoña, Camargo, Polanco, Torrelavega, Potes y Castro Urdiales.

ACCAS se constituyó legalmente en abril de 1993, como respuesta a las inquietudes de un grupo de personas sensibilizadas ante la repercusión que la infección por VIH estaba teniendo en aquel momento en toda España y en nuestra Comunidad Autónoma en particular. La Asociación surge ante las necesidades sociales y sanitarias que la **infección por VIH** planteaba a la sociedad. Los objetivos de ACCAS se han ido ampliando y reformando a lo largo de estos años adaptándose a las nuevas demandas de las personas seropositivas e incidiendo estos cambios en la población en general.

En este nuevo marco surge Programa de prevención “**SIDA entre aulas**” en el año 1996, que hemos desarrollado por diferentes Centros de Enseñanza Secundaria de diferentes Ayuntamientos de Región. Más de mil trescientos jóvenes han visto la obra de teatro “Quiero que estés a mi lado” y cerca de mil trescientos han participado en los diferentes talleres este año.

Dicho Programa **pretende informar, motivar y ayudar a los adolescentes, entre 15 y 18 años**, para conseguir la normalización del VIH en nuestra sociedad, además de **promover un cambio de actitudes que lleven realmente a evitar la transmisión del VIH**.

Este año hemos introducido algunas novedades en el programa, que presentamos a continuación:

▮ **Ampliación del número de horas de los Talleres:** hemos comprobado en las evaluaciones anteriores que si bien los alumnos disponen de la información referida a la prevención del VIH, no la ponen en práctica de manera sistemática, llevando a cabo conductas de riesgo, y mostrando dificultades a la hora de tratar este tema con la pareja afectivo-sexual. En este sentido hemos ampliado también el objetivo de los talleres hacia un Taller de Desarrollo Afectivo Sexual en un sentido más amplio.

- **Producción de una nueva obra de teatro “Quiero que estés a mi lado”** por la compañía Ábrego para presentarla a los I.E.S. entre los meses de febrero y mayo de 2004.

- Elaboración de una **Guía Didáctica**, Cometa Blanca, para los tutores de los alumnos.
- Propuesta de un **Concurso de Teatro de libre creación sobre la Prevención del VIH**, dirigido a los alumnos de los Centros.
- Apertura del **correo electrónico sidaentreaulas@ono.com** para atender todas las dudas o sugerencias que pudieran surgir sobre el programa, talleres y teatro; y especialmente dirigido a los chicos destinatarios del Programa.

JUSTIFICACIÓN DEL PROGRAMA



“*En el curso de la historia humana nunca ha habido un peligro mayor. La historia nos juzgará con dureza si no damos una respuesta todo lo enérgica posible para combatir el VIH-SIDA*”

Nelson Mandela (Bangkok, 2004).

La extensión de las nuevas infecciones por VIH en España en la actualidad se está reduciendo y sin embargo alcanza todavía hoy, en el siglo XXI, cifras inaceptables, considerando que conocemos y podemos evitar las vías de transmisión del virus, de manera que está en manos de [todos nosotros](mailto:todosnosotros@ono.com), al menos, intentarlo (Kofi Annan, 2004. Bangkok).

Siguiendo las vías recomendadas por la ONU y la XV conferencia internacional sobre SIDA de Bangkok (2004), actualmente se acepta de forma generalizada entre los educadores de la salud y los responsables institucionales que la Educación sexual y la Educación sobre la infección del VIH constituyen uno de los recursos fundamentales en la prevención de la extensión del VIH/SIDA (Mayordomo López, S., 2003).

De hecho, en el VII Congreso Nacional sobre SIDA de 2003, se concluye que aunque el contexto social ha favorecido una evolución positiva de todas las fuentes de información, tanto de los amigos como de la familia, mass media, conferencias, talleres, libros y revistas, se confirma que la ausencia de una propuesta firme de educación y de currículos estandarizados limita la prevención del VIH (Mayordomo, 2003). De hecho, sólo una persona sobre diez ha recibido algún programa de educación sexual (Mayordomo, 2003), lo cual muestra el retraso de España frente a países como Escandinavia y Holanda (Hubert, Bajos y Sandfort, 1998).

A pesar de que en España se introdujo la educación para la salud en 1990 como una materia transversal (Ver Real Decreto



83/96 del 26 de enero, por el que se aprueban el Reglamento Orgánico de los IES, BOE, 20 de febrero de 1996). Y consecuentemente incorporando dicha temática dentro de cada una de las materias de la oferta académica normalizada, en el currículum de toda la enseñanza primaria y secundaria obligatoria y dentro de los campos de la educación sexual y el VIH/SIDA (Nájera, 1996). Y sin embargo, no los aseguran en absoluto (Mayordomo, 2003).

Frente a este hecho, se sigue comprobado en los estudios científicos (Mayordomo, 2003) que las **personas que recibieron información en programas de educación sexual**, conferencias y profesionales, son las que:

- Perciben más beneficios del uso del preservativo.
- Perciben menos costes derivados del uso este método preventivo.
- Tienen mejor actitud hacia la adopción de conductas preventivas.
- Están más de acuerdo con el hecho de que el preservativo da seguridad en la relación, previene del SIDA y las ETS y que las personas que lo utilizaban en sus relaciones sexuales muestran responsabilidad.
- Y finalmente, l@s español@s que han obtenido información sobre la prevención sexual del VIH/SIDA fundamentalmente a través de conferencias y Programas de Educación Sexual **son los que más han utilizado el preservativo en su primera relación sexual con una nueva pareja en los últimos 12 meses.**

De hecho, los Programas de Educación Sexual se presentan como el **mayor factor de protección para la población en general** (Mayordomo, 2003).

Y, ¿qué sucede en nuestra región?

Al comenzar el curso 2003-2004, nos sorprendimos ante la **falta de acceso a estadísticas y estudios fiables sobre la epidemiología de la infección del VIH y su prevención en nuestra región**, y particularmente respecto a l@s adolescentes.

Por ello, nos propusimos realizar un **estudio de necesidades de campo** (Para más información consultar Anexo 1), centrado en:

- Conocer el nivel y el contenido de la información, que los potenciales usuarios manejan entorno a su sexualidad.
- Conocer las actitudes, cogniciones y conductas que conforman la sexualidad de los potenciales usuarios del programa.
- Conocer e identificar el vocabulario concreto que utilizan los potenciales usuarios con respecto a la sexualidad.

Como **conclusiones** a nuestro estudio podemos señalar que:

- En general, l@s alumn@s comentan que la sexualidad sigue siendo un **tema tabú**, del que no se habla con naturalidad (como otros temas relacionados con su salud y ocio).
- L@s chic@s de la muestra no sabrían verbalizar su concepto de sexualidad, aunque todos dicen “saber a qué se refiere”.
- Cuando tienen problemas para hablar sobre el tema, particularmente con sus parejas sexuales, lo atribuyen a **miedo** a lo que pueda pensar o hacer su pareja, es decir, a su reacción (porque anticipan una reacción negativa).
- Además, consideran que **los problemas de comunicación con la pareja sexual son un hecho frecuente y usual**; ya que señalan que normalmente les resulta más fácil no hablar del tema e ir actuando mediante conductas de aproximación y de ensayo-error, confiando en que la otra parte de la pareja les vaya guiando mediante retroalimentación.
- Esta falta de patrones de interacción afectivo sexual saludables (en el sentido de evitar embarazos no deseados y ETS) sumado a la dificultad que tienen para hablar del tema, hace que **efectivamente lleven a cabo conductas sexuales de riesgo**.
- Por lo tanto, l@s alumn@s tienen información y actitudes positivas sobre Sexualidad y Prevención del VIH (nivel cognitivo), pero sin embargo no poseen repertorios conductuales para llevarlo a cabo (Nivel conductual).

Con toda esta información presentada, parece evidente que debemos continuar realizando el SIDA entre aulas en Cantabria como recurso de prevención real y efectivo en la infección del VIH en particular, y del resto de riesgos sobre la **salud sexual** de l@s adolescentes cántabr@s. Entendida ésta tal y como la definió la OMS en 2000, “La experiencia de un proceso progresivo de bienestar físico, psicológico y socio-cultural relacionado con la sexualidad” (San Martín, 2004).

Nos planteamos **seis líneas generales de intervención**:

- La prevención efectiva de la infección por VIH en las relaciones sexuales de l@s adolescentes cántabr@s.
- La promoción de la salud sexual desde un modelo de placer no discriminativo.
- La capacitación de l@s adolescentes para no asumir conductas sexuales de riesgo.
- Proporcionar información actualizada y científica sobre educación sexual.
- Entrenar estrategias de prevención de conductas sexuales de riesgo,
- no sólo a nivel conductual, sino también habilidades sociales como la asertividad, empatía y negociación, análisis críticos y resolución de problemas.
- Motivar a l@s adolescentes para adoptar actitudes positivas hacia la prevención sexual y el uso de estrategias saludables.



MARCO CONCEPTUAL.

Para desarrollar este Programa, partimos del **enfoque ecológico de Bonfenbrenner** (1987) donde integramos diferentes modelos que puedan explicar la eficacia de este Programa de Educación Sexual fundamentado en el **Modelo de Intervención Biográfico Profesional** (López, F., 1999).

Ante la pregunta “¿Qué hay que hacer para prevenir el SIDA?” la respuesta más frecuente suele ir en la siguiente línea: “Dar información” o “Que se conozcan las vías de transmisión y modos de prevención”.

Nadie niega la importancia de la información cuando se hacen intervenciones preventivas; pero también es importante que nos detengamos ante las siguientes preguntas: ¿La información es suficiente para prevenir el SIDA? ¿Tiene la población en general suficiente información sobre el SIDA? ¿Cómo se explica que haya personas que, teniendo suficiente y buena información previa sobre el VIH, acaben siendo seropositivos?

Prevención efectiva no es sólo dar información, ni tampoco cuestionar actitudes y fomentar su replanteamiento (reestructuración cognitiva), sino conseguir que las personas realicen conductas seguras en relación al VIH. (Nivel conductual). Es decir, no sólo que sepan qué son el VIH y el SIDA, o que desarrollen actitudes favorables hacia tales conductas de prevención, sino que en el momento real de su comportamiento, cuando se relacionen con los demás o consigo mismos, no realicen conductas de riesgo en relación a una posible transmisión del VIH.

Es muy fácil decir a alguien que use preservativos para evitar embarazos no deseados o ETS, pero conseguir llevarlo a la práctica exige la confluencia de muchos factores, ya que nuestro comportamiento está mediatizado por numerosos aspectos y circunstancias.

El **trabajo de las actitudes favorables hacia las conductas sexuales seguras** pretende paliar estas limitaciones.

Cuando hablamos de **actitudes** hacia la prevención del VIH, nos referimos a *predispociones positivas o negativas hacia la realización de una conducta sexual preventiva y/o de riesgo*. Según este planteamiento actitudinal, en el *SIDA entre aulas* deberemos modificar las actitudes negativas hacia el uso de prácticas sexuales más seguras, minimizando los riesgos, y

modificar las actitudes positivas hacia la asunción de riesgos, para disminuir la probabilidad de que estas conductas se den en el futuro.

Según Zimbardo y Leippe (1991), la actitud se sostiene en cuatro pilares básicos: la intención de conducta, los conocimientos previos, las conductas realizadas en el pasado (experiencia) y las respuestas afectivas generadas y recibidas en el pasado. Todos estos aspectos se tendrán en cuenta para abordar de una manera multinivel la intervención sobre actitudes y cambio de actitudes.

Este planteamiento también incluye el abordaje de la autoeficacia percibida que tiene cada individuo, es decir, en qué medida se siente capaz para realizar los comportamientos preventivos; esto queda reflejado en frases como esta: “si uso preservativo no seré capaz de satisfacer a mi pareja”. En este sentido, Bandura plantea que la autoeficacia percibida interviene y determina nuestras conductas porque genera tres procesos:

- 1º. Elegir la conducta que el sujeto se siente capaz de hacer.
- 2º. Hacer el esfuerzo suficiente para ejecutar bien esa conducta.
- 3º. Perseverar cuando surgen conflictos.

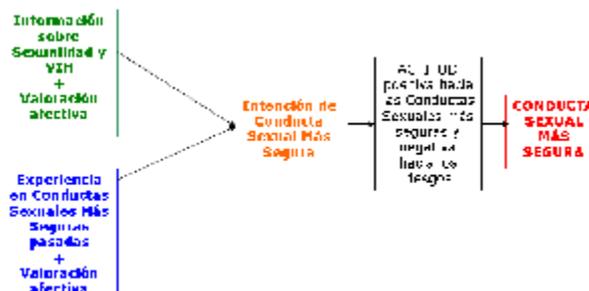
En palabras de Garrido (1999) “Somos aquello que consideramos ser”.

El problema es que toda intervención preventiva basada en estos criterios (Información /Actitudes) no implica necesariamente un cambio en la conducta que se pretende prevenir. Según Fazio y Zanna, el mejor predictor para modificar actitudes es a través de la conducta, ya que a través de la

experiencia personal del/la alumn@ se generan las actitudes más difíciles de modificar (Garrido, 1999).

Por último, siguiendo los planteamientos básicos de la Psicología social, debemos utilizar como instrumento de intervención el modelado participante, ya que es eficaz en el 100% de los casos para generar sentimiento de autoeficacia hacia la adquisición de prácticas seguras de relacionarse afectivo sexualmente, ya que predice una mayor probabilidad de ejecutar esa conducta (Bandura).

Para ser realmente efectiva habría que añadir más componentes a nuestra intervención como: trabajar e instruir en las habilidades requeridas para la realización del comportamiento preventivo; no perder de vista las expectativas





románticas de las primeras relaciones sexuales de los adolescentes y su consiguiente contradicción con prácticas seguras; prestar atención a los roles sexuales tradicionales que impiden a la mujer una adecuada negociación de su actividad sexual; tomar en cuenta el contexto y peculiaridades culturales y socioeconómicas de la realidad del sujeto, etc.

Para el diseño e intervención de los Talleres Afectivo Sexuales partimos del análisis de los diferentes modelos en Educación Sexual propuesto hasta la fecha, el preventivo o modelo médico, la educación moral educación del carácter o promoción de la castidad, el modelo revolucionario o de liberación sexual y social, y el modelo biográfico- profesional. Nosotros escogimos este último modelo porque consideramos que integra las ventajas de los anteriores modelos y elimina sus inconvenientes.

El modelo biográfico y profesional (Félix López, 1999) tuvo sus orígenes en Suecia, en los años 50, y se ha desarrollado en diferentes países. Este modelo incorpora los elementos positivos de los otros tres modelos predecesores como la profesionalidad en los conocimientos del modelo preventivo, la importancia del rol de los padres y de la ética del modelo moral, y el derecho a la sexualidad del llamado modelo revolucionario.

Este modelo es el resultado del progreso científico (Kindsay, 1948, 1953, Masters y Johnson, 1953), la secularización de la sociedad y el sentimiento de libertad y tolerancia desarrollado en las democracias.

Parte de un concepto positivo de la salud, donde el bienestar y la promoción de la calidad de vida son un elemento constitutivo y por tanto se reconoce la sexualidad como un elemento que puede promover el bienestar.

El modelo biográfico se define a partir del modelo de capacitación (Rappaport, 1981, 1987), proponiendo que las personas tienen el derecho a recibir información y medios para tomar decisiones y llevar a cabo conductas que promuevan su bienestar sexual, por tanto se reconoce que existen opciones y conductas diversas.

Este modelo tiene un marco de referencia compartido con los derechos humanos universales (1948), los derechos de las mujeres y los derechos de los menores (1989).

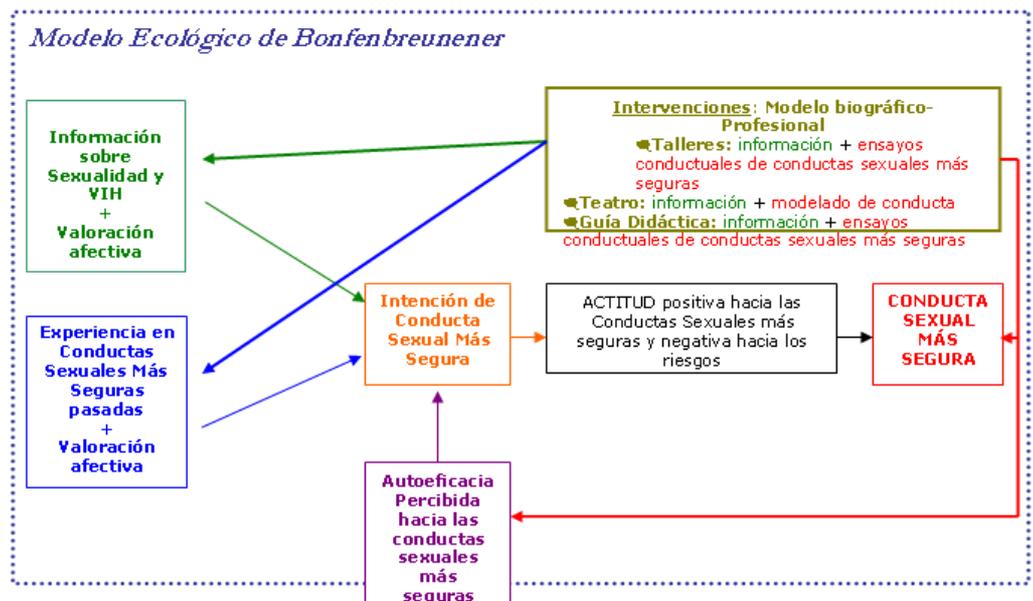
Desde este modelo la sexualidad es definida como una dimensión de las personas (dentro del modelo bio-psico-social) con diferentes posibilidades (como el placer, el afecto y/o la procreación) que pueden vivirse en relaciones con diferentes grados de compromiso.

La forma concreta de organizar la vida sexual es privada con un amplio margen de libertad que implica acuerdos recíprocos en pareja y tiene una dimensión social. Por lo tanto tiene un discurso ético.

Este modelo tiene una actitud erotofílica, tolerante y ética. Entendiendo por actitud erotofílica un discurso positivo de la vida en general y de la sexualidad en particular.

Según el modelo, el educador debe ser un profesional que ayuda a cada persona a promocionar su salud respetando todas diversidades compatibles con la salud.

Nosotr@s además, pretendemos estudiar la influencia del género en la adquisición de conocimientos y estrategias para la promoción de la salud sexual, para favorecer un acercamiento real y efectivo en la educación sexual de la mujer que promueva su salud.





EVALUACIÓN DE NECESIDADES, PROBLEMAS Y POTENCIALIDADES.

Antes de comenzar con la intervención propiamente dicha, nos planteamos comenzar realizando un **análisis de necesidades exploratorio**, con el objetivo final de recoger el mayor número de informaciones y necesidades sobre la población diana de intervención, en este caso los alumnos entre 15 y 18 años escolarizados de Cantabria a los que va dirigido el Programa SIDAentre aulas.

Seleccionamos tres IES siguiendo un criterio de accesibilidad y seleccionamos un grupo en cada uno de entre 10 y 15 personas, mixto y que estuviera preparado por parte de/ orientador/a del centro para participar en un grupo de discusión sobre sexualidad, entendida esta preparación como la notificación de la actividad, explicación de los objetivos y del Programa y consentimiento de tod@s los integrantes para participar en el grupo.

☐ JUSTIFICACIÓN:

➤ Existe una necesidad de conocer la muestra diana de intervención, el nivel de información de que disponen, las actitudes y el sistema de creencias que manejan, el vocabulario que utilizan, los prejuicios que manejan y las necesidades que pudieran manifestar. Ya que carecemos de estudios previos al respecto.

☐ OBJETIVOS:

➤ Conocer el nivel y el contenido de la información, que los potenciales usuarios manejan entorno a su sexualidad.
➤ Conocer las actitudes, cogniciones y conductas que conforman la sexualidad de los potenciales usuarios del programa.
➤ Conocer e identificar el vocabulario concreto que utilizan los potenciales usuarios con respecto a la sexualidad.

☐ MUESTRA:

➤ Tres grupos de 9 personas cada uno, 4 chicos y 5 chicas con edades comprendidas entre los 15 y los 18 años, de 2º de Bachiller de los IES El Alisal (Santander), El Astillero (El Astillero) y colegio María Auxiliadora Salesiano (Santander).

☐ METODOLOGÍA:

➤ Discusión semi-estructurada de un caso presentado, en grupo.

☐ DESARROLLO:

La discusión se plantea en la clase tutoría, con duración de dos sesiones de 50 minutos sucesivas.

Tras la presentación de la actividad y de los participantes, procedemos a leer el caso, y cuando comprobamos que los alumnos lo han entendido, pasamos a proponerles las preguntas del guión de discusión.

☐ RESULTADOS:

En general, los alumnos comentan que la sexualidad sigue siendo un **tema tabú**. Del que no se habla con naturalidad. Este hecho es especialmente significativo con los padres y profesores, parece que con l@s amig@s más íntimos dentro del grupo de iguales se sienten más libres para hablar de lo que quieran y cómo quieran.

Cuando se indaga sobre los motivos que llevan a no hablar sobre sexualidad de forma natural, los chicos predominantemente afirman que es más bien porque tienen miedo a decir algo incorrecto y demostrar su "incompetencia" sobre el tema.

L@s chic@s de la muestra no sabrían verbalizar su concepto de sexualidad, aunque todos dicen "saber a qué se refiere".

Cuando tienen problemas para hablar sobre el tema, particularmente con sus parejas sexuales, lo atribuyen a miedo a lo que pueda pensar o hacer su pareja, es decir, a su reacción (porque anticipan una reacción negativa).

Además, consideran que los problemas de comunicación con la pareja sexual son un hecho frecuente y usual; ya que señalan que normalmente les resulta más fácil no hablar del tema e ir actuando mediante conductas de aproximación y de ensayo-error, confiando en que la otra parte de la pareja les vaya guiando mediante retroalimentación.

Los tres grupos coinciden en que para solucionar los problemas de comunicación y confianza con sus parejas sexuales deberían hablarlo abiertamente, pero ninguno de ellos plantea una manera abierta y explícita de hacerlo; prefieren empezar e ir tratándolo "sobre la marcha". Respecto al preservativo, tampoco haría falta hablar de ello porque "Se supone que el chico lo debe llevar siempre".

Por lo tanto, podemos concluir que en la realidad, los alumnos tienen información y actitudes positivas sobre Sexualidad y Prevención del VIH (nivel cognitivo y afectivo), pero sin embargo no poseen repertorios conductuales para llevarlo a cabo (Nivel cognitivo y conductual).

☐ CONCLUSIONES:

Teniendo en cuenta lo anteriormente descrito, parece que el peso de la intervención de nuestro programa debería considerarse a diferentes niveles, proporcionando información sobre los diferentes aspectos que podrían conformar el concepto de sexualidad (nivel cognitivo) pero de una manera erotofílica (nivel actitudinal), y decidimos que deberá centrarse en ofrecer a los alumnos esquemas procedimentales que les permitan vivir su sexualidad de una manera saludable.



PLANTEAMIENTO DE OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS.

OBJETIVOS GENERALES:

- Reducir las conductas de riesgo asociadas al VIH entre la población joven escolarizada de Cantabria.
- Aumentar la adopción de comportamientos y conductas más seguras.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Facilitar información general sobre VIH/SIDA: Conceptos básicos y vías de transmisión.
- Fomentar actitudes favorables a las conductas preventivas de la infección por VIH.
- Favorecer la adopción de conductas sexuales seguras (sexualidad y VIH) desde un modelo integral de la sexualidad.
- Trabajar las habilidades personales para llevar a cabo conductas seguras.
- Favorecer la adquisición de la percepción de riesgo en las relaciones sexuales.
- Revisar las creencias del modelo cultural en relación a la sexualidad (ideales románticos, etc.)

METODOLOGÍA DEL PROGRAMA.

El programa SIDA entre aulas se aplicó en colaboración con el Servicio de Orientación de cada IES a alumn@s escolarizados en Secundaria y Bachiller entre 15 y 18 años con una media muestral de 16 años, de ambos sexos, distribuidos de la siguiente manera, el 43,63% eran mujeres y el 56,67% fueron varones.

Las **variables independientes** a trabajar son:

- Participación en los Talleres de Desarrollo Sexual Afectivo.

- Asistencia a la obra de teatro Quiero que estés a mi lado.
- Participación en las tutorías que trabajen la Guía Didáctica.

Las **variables dependientes** que deberemos evaluar son:

- Nivel de información sobre comportamientos sexuales saludables (ETS y Medios de prevención).
- Conceptualización de la sexualidad erotofílica (tanto de la sexualidad en general como de conductas concretas).
- Conceptualización de la sexualidad abierta, no limitada y plural (Diferenciación entre sexo, identidad sexual, género, orientación del deseo sexual y conductas sexuales).
- Análisis crítico de los roles de género discriminativos.
- Reconocimiento de las influencias culturales en el modelo de sexualidad predominante (Influencia de la cultura y los ideales románticos).

Las **hipótesis de trabajo** son:

1. Que la participación de l@s alumn@s en los talleres, el teatro y las tutorías les proporcionará un mayor nivel de información sobre ETS y medios de prevención.
2. Que la participación de l@s alumn@s en los talleres, el teatro y las tutorías les proporcionará un concepto de sexualidad erotofílica.
3. Que la participación de l@s alumn@s en los talleres, el teatro y las tutorías les proporcionará una conceptualización abierta, no limitada y plural de la sexualidad.
4. Que la participación de l@s alumn@s en los talleres, el teatro y las tutorías les proporcionará un análisis crítico de los roles de género discriminativos.
5. Que la participación de l@s alumn@s en los talleres, el teatro y las tutorías les proporcionará un modelo relativista culturalmente de la sexualidad.

De esta manera, pretendemos que el diseño metodológico del Programa sea una intervención pre-test post-test.

La evaluación del Programa es la única herramienta que tenemos para comprobar sistemáticamente que los resultados de las intervenciones resultan efectivos, en qué medida y grado se alcanzan (efectividad), bajo qué coste de intervención se alcanzan (eficiencia), y por último la aplicabilidad de las intervenciones (evaluación del proceso).

En esta edición del SIDA entre aulas, no hemos podido evaluar sistemáticamente los diferentes niveles de intervención en dos de las tres variables independientes de intervención. Por lo tanto, los datos sobre la evaluación que a continuación se

DISEÑO DE EVALUACIÓN.

detallan se refieren solamente a la evaluación multinivel de los Talleres de Desarrollo Sexual Afectivo.

Los instrumentos de evaluación fueron:

- o Cuestionario pre-test post-test (ver anexo 2), que consta de 16 ítems tipo Likert sobre sexualidad. 14 ítems están formulados en formato de pregunta con alternativas, 9 de ellos con cuatro alternativas de respuesta y 5 de ellos con tres alternativas, con una única respuesta correcta. El resto de ítems siguen un formato de pregunta abierta.
- o Cuestionario sobre el desarrollo del taller (ver anexo 3) con 20 ítems tipo Likert en los que se evaluaban las diferentes dinámicas y a la monitora. Los 16 primeros ítems preguntan sobre la valoración personal de cada una de las dinámicas utilizadas en el desarrollo de los talleres y en qué grado consideran que ha sido útil, en una escala de 5 puntos. Por último, los 4 últimos ítems preguntan sobre la valoración de la monitora con respecto a sus explicaciones, resolución de dudas, facilitación de la participación, y en una escala general de 5 punto la valoración general de la monitoras. Este cuestionario se administró conjuntamente con la evaluación post-test.
 - o Registro por parte de la monitora de comentarios por parte de l@s alumn@s, de los profesores y de la orientación del centro.

El cuestionario pre-test se aplicó una semana antes del inicio de los talleres administrado por parte de/l/la tutor/a del grupo de alumnos, junto con un buzón de sugerencias que la monitora recogía para ajustar y programar los talleres.

El cuestionario pos-test se aplicó inmediatamente después de terminar el taller administrado por parte de la monitora.

Finalmente en el diseño de evaluación sólo se tuvieron en cuenta las dimensiones evaluadas mediante cuestionario para establecer la evaluación definitiva de la intervención.

De la muestra total de cuestionarios recibidos completos (Pre y post-test de cada intervención) recopilamos un total de 1800 cuestionarios. De éstos, seleccionamos el 20 % de la muestra total siguiendo un procedimiento aleatorio estratificado por conglomerados (que eran los propios IES) para que la

muestra resultara representativa de la población diana. Consiguiendo con ello reducir el margen de error de los resultados al 5%, lo que nos permitiría extrapolar estos resultados a la población diana de nuestra intervención.

Los cuestionario finalmente seleccionados se valoraron utilizando el programa ACCESS y calculando manualmente las operaciones estadísticas (Media simple y porcentaje de respuestas).

A continuación presentamos el análisis de los datos relativos a los cuestionarios pre y post test.

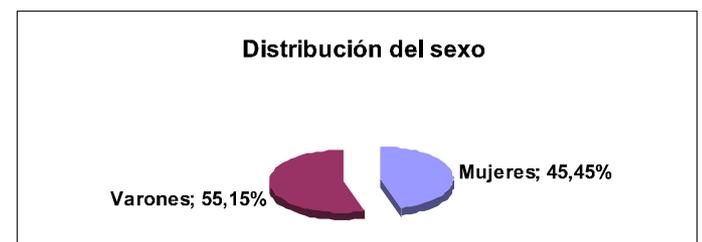
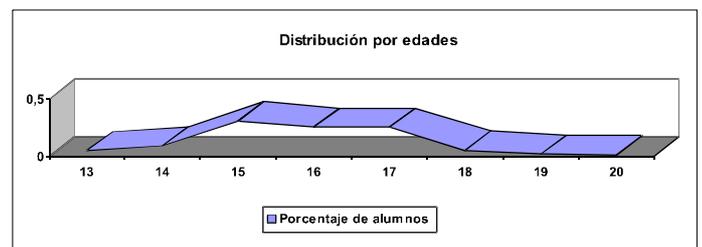
A continuación presentamos el análisis de los datos relativos a los cuestionarios pre y post test.

CUESTIONARIO PRE-TEST

Descripción de la muestra:

La media de edad del grupo pre-test fue de 15,8 años, siendo los 15 años la edad más frecuente dentro de la muestra (Ver gráfico).

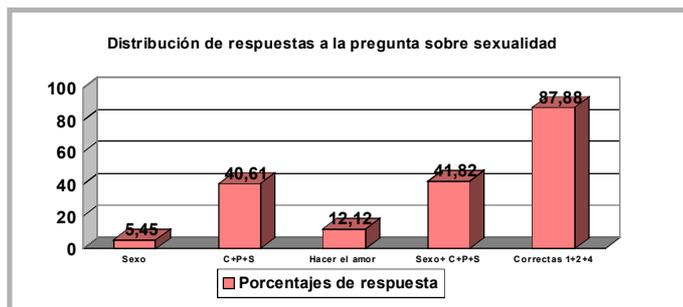
El sexo de los alumnos se distribuye de manera similar a la distribución media de alumnos en clase, 45,45% de mujeres y 55,15% de hombres, existiendo un ligero sesgo hacia los hombres porque su proporción es mayor que las de las mujeres, pero consideramos que no es estadísticamente significativo. Ver gráfico.



Descripción de los resultados de las cuestiones planteadas en el pre-test.

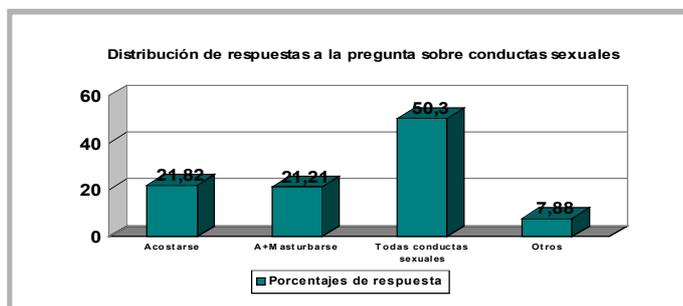
1. “¿Qué es para ti la sexualidad?”

La respuesta más contestada fue la correcta, “Las dos primeras opciones” que recoge el Sexo y todo tipo de conductas, pensamiento y sentimientos sexuales con un 41,82 % de alumn@s que eligen esta opción. Considerando que también resultaban correctas las opciones primera y segunda, la proporción final de respuestas correctas es de 87,88%. Ver gráfico.



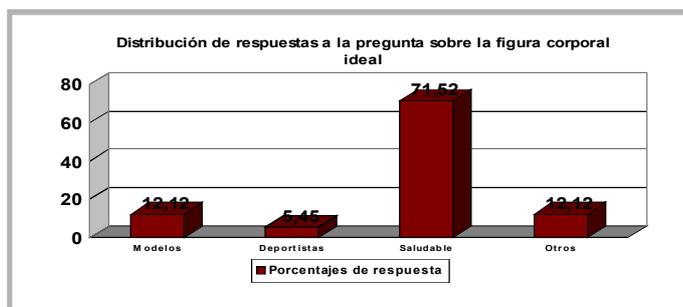
2. “¿Qué conductas implica la sexualidad en tu opinión?”

La opción más elegida es la correcta, “Besarse, acariciarse, ducharse, dormir, contigo mism@ y/o con otra persona” en una proporción del 50,3%. El resto de respuestas se distribuyen en “Acostarse con otra persona” (21,82%) y “Practicar sexo contigo mism@ y/o acostarse con otra persona” (21,21%) y la opción



3. “En tu opinión, ¿Cuál es la figura corporal ideal para varones y mujeres?”

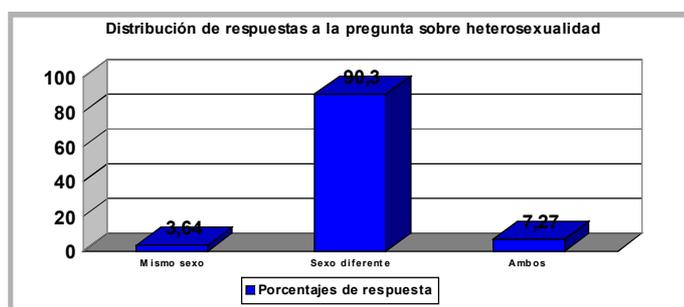
Casi los tres cuartos de la muestra eligen la opción correcta (71,52%) “Con la que cada uno se sienta más a gusto, mientras no se enferme”, siguiendo “Los modelos de pasarela que presenta la moda” y “Otras” con la misma frecuencia 12,12% y, en último lugar “La de un/a deportista profesional” con un 5,45%. Ver gráfico.



De esta manera, l@s alumn@s consideran que la figura corporal ideal sería con la que cada uno se sintiese más a gusto independientemente de lo que marque la moda o nos presenten los medios de comunicación como por ejemplo los deportistas profesionales. Quedando, como único criterio de idealidad la salud, que la figura corporal que tengamos no implique ninguna enfermedad, como por ejemplo en la anorexia, bulimia, vigorexia, obesidad, etc.

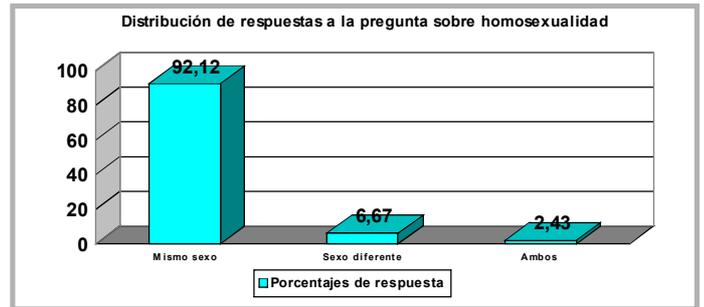
4. “¿Qué es para ti la heterosexualidad?”

L@s alumn@s presentan una amplia mayoría de respuestas correctas “Que te gusten las personas de sexo diferente al tuyo” (90,3%), aunque algunos no lo tienen claro y eligen las opciones incorrectas “Que te gusten las personas de tu mismo sexo y de sexo diferente al tuyo” (7,27% y “Que te gusten las personas de tu mismo sexo” (3,64%). Ver gráfico.



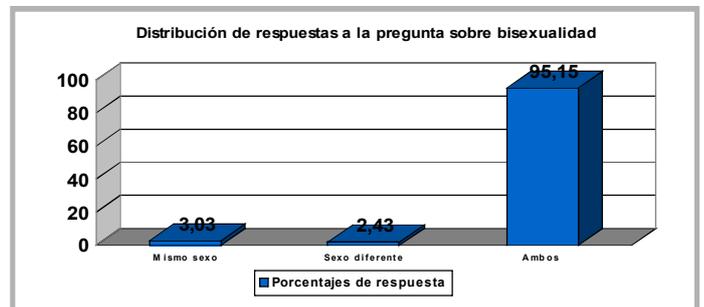
5. “¿Qué es para ti la homosexualidad?”

en esta pregunta, l@s alumn@s presentan un mayor acuerdo que la heterosexualidad, eligiendo el 92,12% de la muestra la alternativa correcta “Que te gusten las personas de tu mismo sexo”, eligiendo el 6,67 % la opción referida a la heterosexualidad y el 2,43% la de la bisexualidad. Ver gráfico.



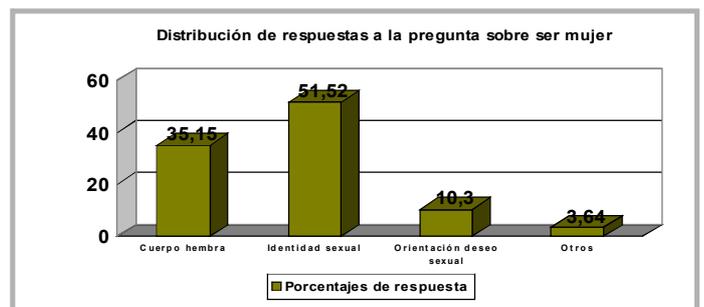
6. “¿Qué es para ti la bisexualidad?”.

Esta pregunta, en comparación con las dos anteriores, es la que presenta una proporción mayor de respuestas acertadas ya que el 95,15% identifica esta orientación del deseo sexual con la opción “Que te gusten las personas de tu mismo sexo y de sexo diferente al tuyo”. El 3,03% eligió la opción referida a la homosexualidad y el 2,43% la referida a ala heterosexualidad. Ver gráfico.



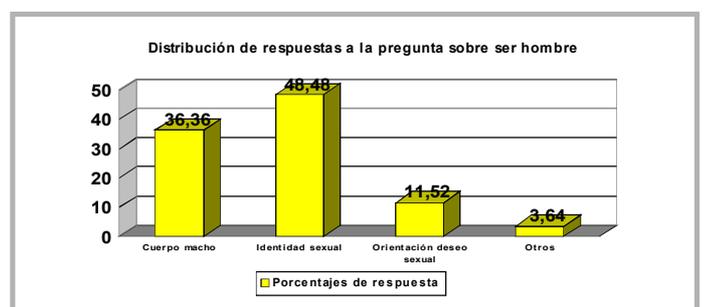
7. “¿Qué es para ti ser una mujer?”

la mayoría de las personas que contestaron al pre-test eligieron la opción correcta “Que yo me sienta como una mujer independientemente del cuerpo que tenga” (51,51%), el resto eligieron en un 35,15% “Que mi cuerpo sea el de una hembra” y el 10,3% optó por “Que a mí me gusten sexualmente los hombres y no las mujeres”, y un 3,64% eligió otros conceptos. Ver gráfico.



8. “¿Qué es para ti ser un varón?”

Las respuestas elegidas, recogen que el mayor porcentaje de alumn@s eligió la opción correcta “Que yo me sienta como un hombre, independientemente del cuerpo que tenga” (48,48%), el resto eligió el sexo (36,36%), la orientación del deseo sexual (11,52%) u otros (3,03%). Ver gráfico.



En esta pregunta, que pregunta qué es la identidad sexual de los hombres, como en el caso anterior, parece que el acuerdo es menor que en la identidad sexual de la mujer, con una diferencia del 2,64%. Este patrón de respuestas nos lleva a reflexionar, ¿Por qué la identidad femenina es un concepto de diferente nivel al de la identidad masculina? Acaso ¿el concepto de identidad masculina sigue aún limitado al sexo/cuerpo o a la orientación del deseo sexual heterosexual? Parece que en nuestra muestra sí. Ver gráfico.



9. “¿Qué es para ti lo femenino?”

En esta pregunta, las respuestas se distribuyeron más que en las anteriores. L@s alumn@s eligieron mayoritariamente la respuesta correcta “Un rol de género” en un 36,36%, las restantes opciones se distribuyeron en un 32,73% que eligió “Vestirse con ropa y accesorios de mujer”, un 27,27% eligió “Ser pasiv@, sensible y dulce”, y finalmente el 3,03% escogió otros. Ver gráfico.

Podemos decir que el 36,36% consideró que la feminidad se refiere al rol de género femenino, sin embargo, tres tercios de la muestra no lo tienen tan claro, el 32,73% lo relacionan con la manera imagen que proyectamos de nosotr@s mism@s mediante la ropa de vestir que elegimos, y el 27,27% lo relaciona con comportamientos y sentimientos que debe tener una personal, es decir, le atribuyen una psicología de la identidad femenina pasiva, sensible y dulce. Conceptos estos cercanos a una consideración del género rígida y sexista para la feminidad.

10. “¿Qué es para ti lo masculino?”

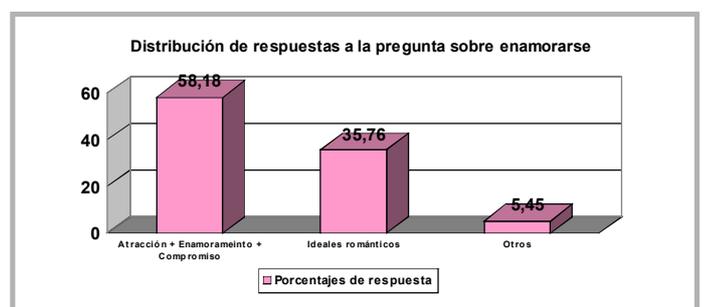
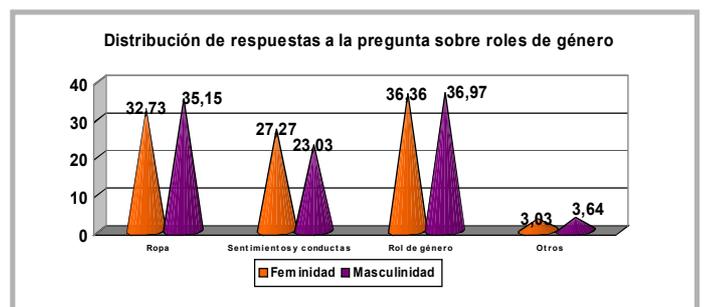
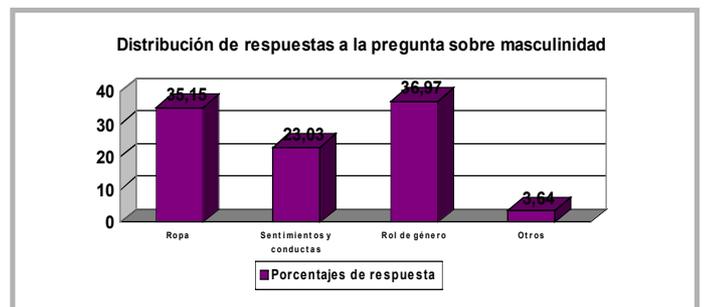
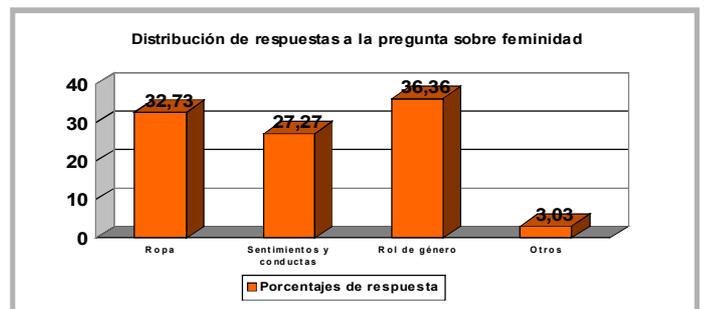
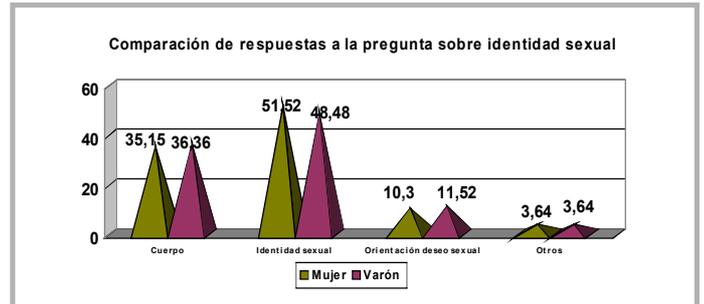
L@s alumn@s distribuyen sus respuestas de manera similar que la pregunta referida a la feminidad. Un 36,97% elige correctamente que es un rol de género, sin embargo el 35,15% lo atribuye al modo de vestirse (“Vestirse con ropa y accesorios de hombre”) y el 5,45% a la manera de comportarse y sentirse (“Activ@, frí@ y brusc@”). Ver gráfico.

Comparando las respuestas a las dos preguntas anteriores, podemos observar que l@s almn@s no presentan diferencias significativas en la identificación de la feminidad y masculinidad como roles de género, sin embargo, tienen un esquema más rígido del rol de género masculino atribuido a la imagen que socialmente se les atribuye a los hombres (en ropa y accesorios). Por el contrario, presentan un esquema más rígido del rol de género femenino atribuido a la manera de comportarse y sentir que la sociedad ha “elegido” para las mujeres. Ver gráfico.

11. “En tu opinión, ¿Cuáles serían las fases del proceso de relacionarse amorosamente con otra persona?”

Las respuestas se han distribuido eligiendo la opción correcta un 58,18% de l@s alumn@s, “Atracción, enamoramiento y compromiso”, el 35,76% eligió la opción “Enamorarse y conquistar a la persona elegida” y e 5,45% eligió otros. Ver gráfico.

En este sentido, podemos afirmar que el 58,18% de la muestra escogió las variables que la doctrina teórica sobre desarrollo afectivo sexual (López, F. 1991) atribuye al proceso de enamoramiento, sin embargo, el resto escogió alternativas relacionadas con los ideales románticos que el sistema de creencias social atribuye al enamoramiento como una lucha por conquistar (modelo masculino) que termina cuando “tenemos” a la persona elegida.

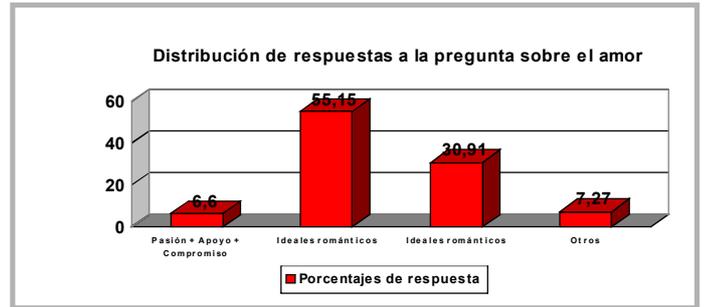


12. “¿Cuáles son, en tu opinión, los componentes del amor?”

En esta pregunta, l@s alumn@s han escogido en un 55,15% una opción incorrecta, “Pasión, confianza y cariño”, sólo el 6,06% escogió la opción “Pasión, apoyo y compromiso” y el 7,27% escogió otros. Ver gráfico.

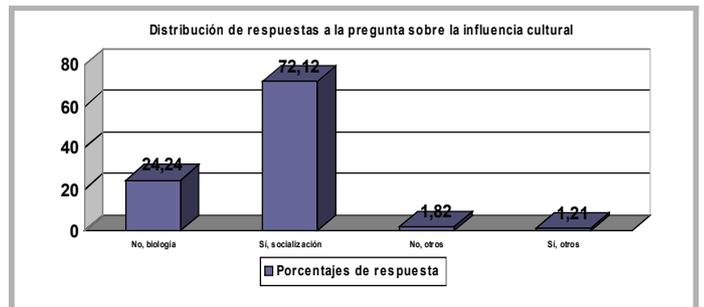
En esta pregunta debemos resaltar dos aspectos, que la mayoría de l@s alumn@s de la muestra no escoge la opción que la doctrina teórica sobre emociones ha determinado como correcta sino las opciones relacionadas con los estereotipos de los ideales románticos (Confianza y cariño que no son exclusivos de la emoción amor).

Por otra parte debemos señalar que la doctrina teórica sobre emociones



13. “¿Crees que hay diferencias culturales en las conductas sexuales que las personas realizan, en general?”

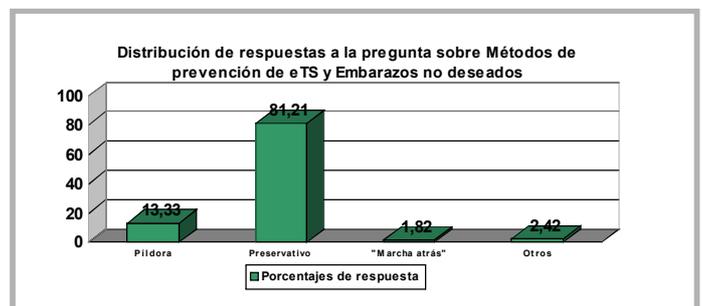
L@s alumn@s eligieron mayoritariamente la opción correcta “Sí, porque creo que aprendemos las conductas a partir de lo que vemos a nuestro alrededor” con una proporción del 72,12%, frente al 24,24% que escogieron la opción contraria “No, porque creo que depende más de la biología que de la cultura”. Por último, el 1,82% contestó que “No, por otros motivos” y el 1,21% que “Sí, por otros motivos”. Ver gráfico.



14. “¿Qué método nos previene de las enfermedades de transmisión sexual y de los embarazos no deseados?”

En esta pregunta, el 81,21% de la muestra eligió la opción acertada “El preservativo”, el 13,33% escogió “La píldora”, el 2,42% contestó “Otros” como la píldora y el preservativo o la píldora del día después, y por último, el 1,82% consideró que la “marcha atrás” o “coitus interruptus” es un método que previene de algo. Ver gráfico.

Es significativo que más del 80% de l@s alumn@s antes de realizar los talleres identifican al preservativo como el único método que previene las infecciones de ETS y los embarazos no deseados, lo que implica que el nivel de la información sobre eficacia de métodos de prevención es alto de partida





CUESTIONARIO POST-TEST

Descripción de la muestra:

La **edad** del grupo seleccionado en los post-test, es ligeramente mayor que en el pre-test, siendo de 16,2 años. Sin embargo, igualmente a la muestra pre-test, la edad que más frecuencia presentaba son los 15 años. Ver gráfico

Con respecto a la distribución del **sexo** de la muestra ha sido diferente al de la muestra pre-test. El 58,18% fueron varones y el 41,81% mujeres. Sin embargo, consideramos que esta diferencia no invalida la validez de la comparación.

1. "¿Qué es para ti la sexualidad?"

La distribución de las respuestas a esta cuestión fue del 50,3% para la opción "Todo tipo de conductas, pensamientos y sentimientos sexuales", el 40% respondió a la opción correcta "Las dos primeras", el 6,67% eligió el sexo y el 3,64% prefirió la opción "Hacer el amor".

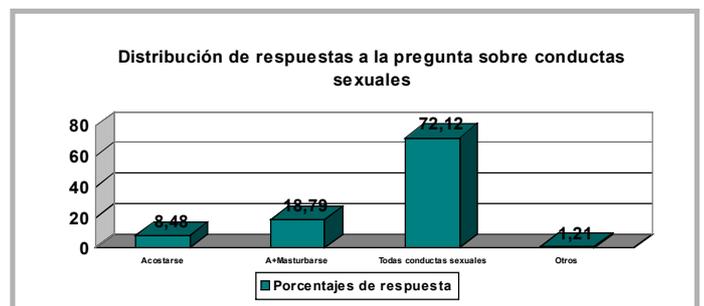
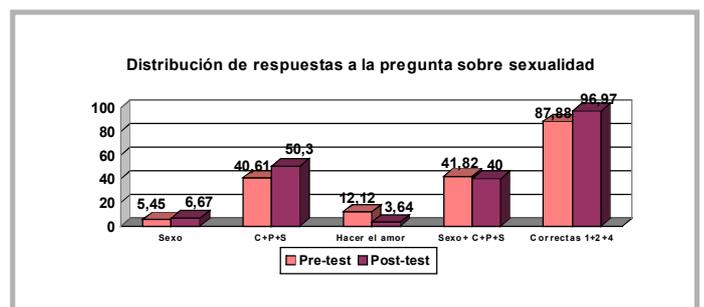
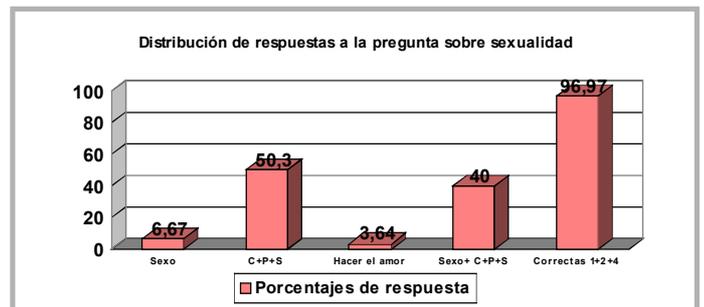
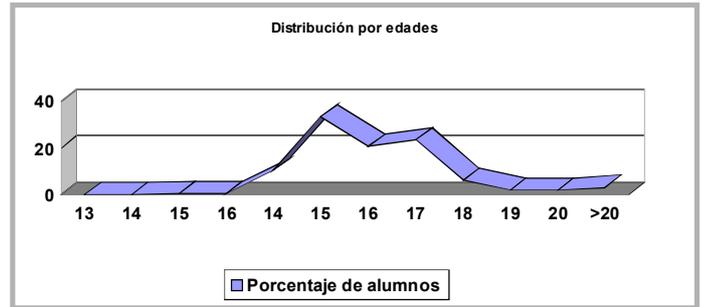
Considerando que, en esta pregunta, correctas podían ser la primera, segunda y cuarta opción, la proporción total de respuestas correctas alcanzó el 96,97%. Ver gráfico.

La distribución de estas respuestas fue significativamente diferente a las del pre-test., presentando, en general, un aumento en las respuestas correctas, en total del 9,09%. Es significativo que este aumento se relaciona con una disminución del 9,69% en respuestas a la opción incorrecta "Hacer el amor". Ver gráfico.

2. "¿Qué conductas implica la sexualidad en tu opinión?"

Las respuestas a esta cuestión se han concentrado en la opción correcta "Besarse acariciarse, ducharse, dormir, contigo mism@ y/o con otra persona" en una proporción del 72,12%. Un 18,79% ha elegido la respuesta "Practicar sexo contigo mism@ y/o acostarse con otra persona", el 8,48% escogió la opción "Acostarse con otra persona" y el 1,21% la alternativa "otros". Ver gráfico.

En comparación con las respuestas a esta cuestión en el pre-test, debemos señalar que se ha producido un aumento significativo de respuestas correctas en una proporción del 21,82%. Consecuentemente se ha producido una disminución altamente significativa en la proporción de respuestas incorrectas elegidas. Ver gráfico.





Comparando los datos podemos afirmar que después de la intervención, casi un 22% de los alumnos han cambiado su visión de la sexualidad, desde una visión cerrada y genital a una visión más amplia que incluye en su repertorio sexual conductas no meramente genitalistas pero sí placenteras (por ejemplo, ducharse, acariciarse, dormir sol@s o con alguien, etc.).

3. “En tu opinión, ¿Cuál es la figura corporal ideal para varones y mujeres?”

L@s alumn@s han respondido a esta cuestión eligiendo un 80% la opción correcta “Con la que cada uno se sienta más a gusto mientras que no se enferme”, el 7,27% prefirió la respuesta “Los modelos de pasarela que presenta la moda”, el 6,67% respondió “La de un/a deportista profesional” y finalmente el 6,06% eligió “Otros”. Ver gráfico.

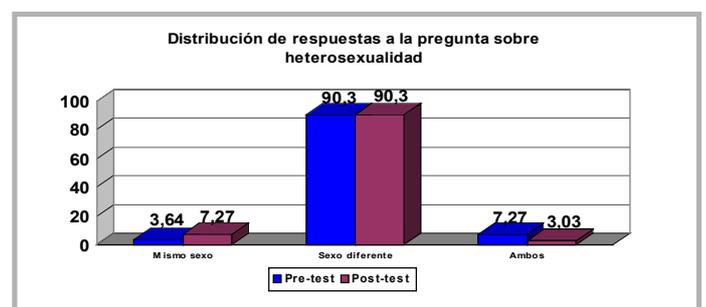
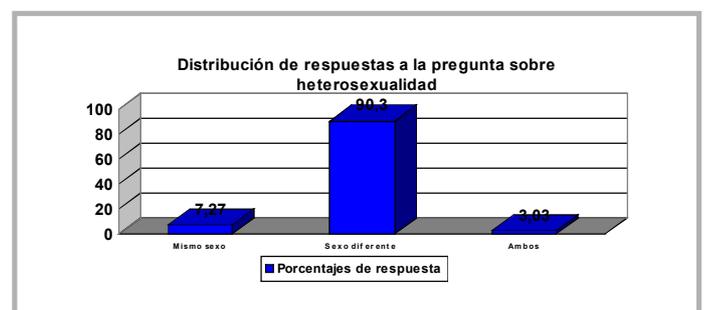
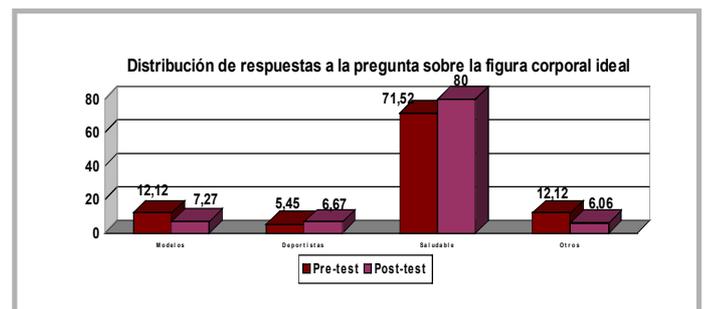
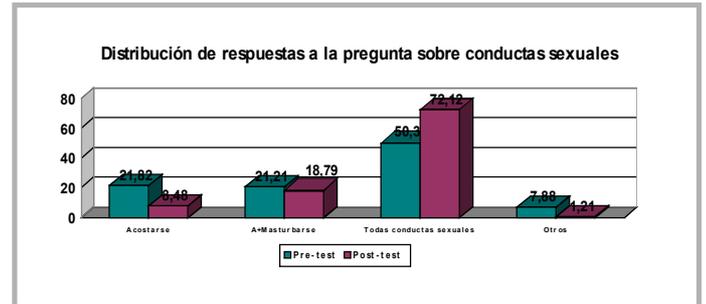
En comparación con las respuestas del pre-test, se ha producido un ascenso en la proporción alumn@s que eligieron la opción correcta, en un 8,48%. Lo que nos permite afirmar que tras la intervención de los talleres, casi un 95 de los alumnos cambió su opinión respecto a su consideración de la figura corporal ideal, que no debería marcarla ni la moda ni las pasarelas, sino que cada persona tiene un concepto sobre cuál es su figura corporal ideal y, siempre y cuando esto no suponga una enfermedad, es la figura que debería promocionarse.

Resulta significativo, que este aumento tan significativo en la elección de la opción correcta, ha supuesto un disminución significativa en la proporción de alumn@s que eligieron como figura corporal ideal la que presentan los modelos de pasarela en un 4,85%. Ver gráfico.

4. “¿Qué es para ti la heterosexualidad?”

En esta cuestión, el 90,3% de l@s alumn@s han concentrados sus respuestas en la opción correcta “Que te gusten las personas de sexo diferente al tuyo”, un 7,27% ha elegido la alternativa correspondiente a la homosexualidad, “Que te gusten las personas de tu mismo sexo”, y un 3,03% optó por la opción referida a la bisexualidad, “Que te gusten las personas de tu mismo sexo y del sexo contrario”. Ver gráfico.

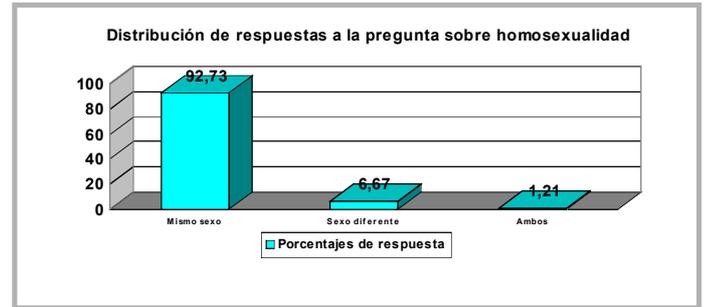
Comparando estas respuestas a las del pre-test, no observamos ninguna diferencia en la proporción de alumn@s que eligieron la alternativa correcta. En el resto de respuestas se ha producido una inversión en los porcentajes, cambiando en la alternativa referida a la homosexualidad del 3,64% al 7,27%; y en la opción correspondiente a la bisexualidad ocurre lo contrario, ha cambiado del 7,27% al 3,03%. Ver gráfico.





5. “¿Qué es para ti la homosexualidad?”

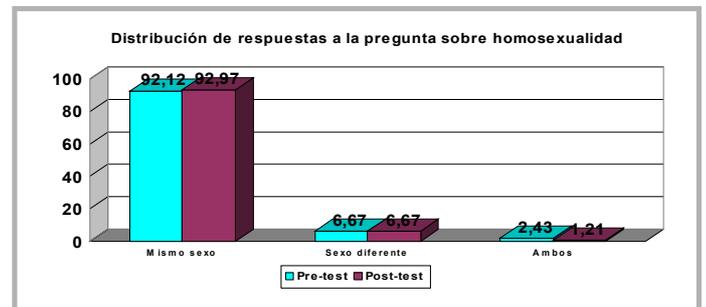
En esta cuestión, las respuestas se han concentrado en una proporción del 92,73% en la opción correcta, “Que te gusten las personas de tu mismo sexo”. El resto de respuestas se han distribuido en un 6,67% que eligió la opción correspondiente a la heterosexualidad y un 1,21% que optó por la bisexualidad. Ver gráfico.



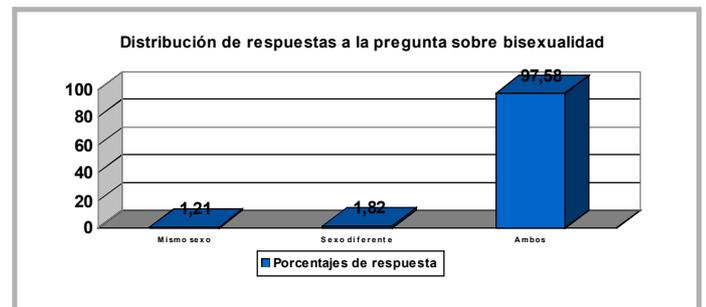
Comparando estos datos con los obtenidos en el pre-test, no observamos diferencias significativas en la proporción de alumn@s que eligieron la opción correcta (0,61%). En el resto de respuestas las diferencias tampoco son significativas. Ver gráfico.

6. “¿Qué es para ti la bisexualidad?”

Las proporción de respuestas que eligieron la opción correcta fue del 97,58%, el resto se repartió en un 1,82% que eligió la opción referida a la heterosexualidad y un 1,21% que escogió la correspondiente a la homosexualidad. Ver gráfico.

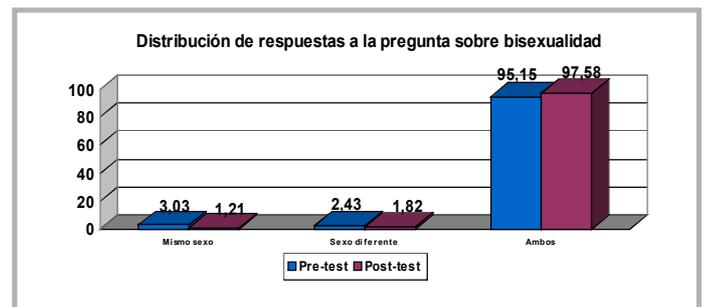


Comparando estas respuestas con las obtenidas en el pre-test, observamos un aumento en la proporción de respuestas correctas del 2,43%. Lo que nos permite decir que después del taller afectivo sexual, l@s alumn@s aumentaron la información que tenían disponible sobre la orientación del deseo bisexual. Ver gráfico.

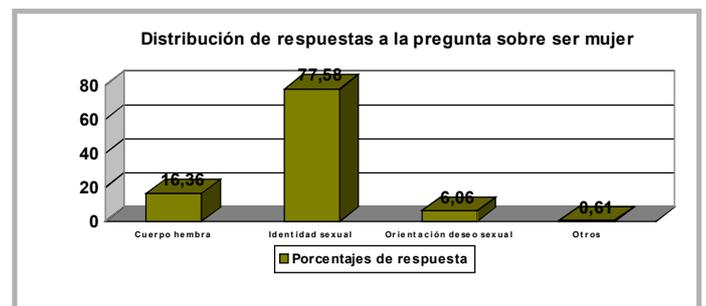


7. “¿Qué es para ti ser una mujer?”

L@s alumn@s han concentrado sus respuestas en la opción correcta “Que yo me sienta como una mujer independientemente del cuerpo que tenga”, presentando una proporción del 77,58%. El resto de respuestas se repartieron: un 16,36% eligió la opción correspondiente al sexo, un 6,06% la referida a la orientación del deseo sexual heterosexual y un 0,61% optó por “Otros”. Ver gráfico.



Comparando estos resultados con los obtenidos en el pre-test, observamos un aumento significativo de la proporción de alumn@s que eligió la alternativa correcta, concretamente en un 26,06%. Lo que nos lleva a afirmar que tras la participación en el taller afectivo sexual, más de una cuarta parte de l@s alumn@s cambió su concepción sobre la identidad sexual femenina, diferenciándola del sexo femenino y de la orientación del deseo





heterosexual.

Por lo tanto, también podemos señalar que se ha producido una disminución del 18,79% la proporción de alumn@s que identifican el hecho de ser mujer (identidad sexual femenina) con el hecho de tener un cuerpo de mujer (sexo biológico). En la misma línea ha disminuido un 4,24% la proporción de alumn@s que identificaban la identidad sexual femenina con la orientación del deseo heterosexual. Ver gráfico.

8. “¿Qué es para ti ser un varón?”

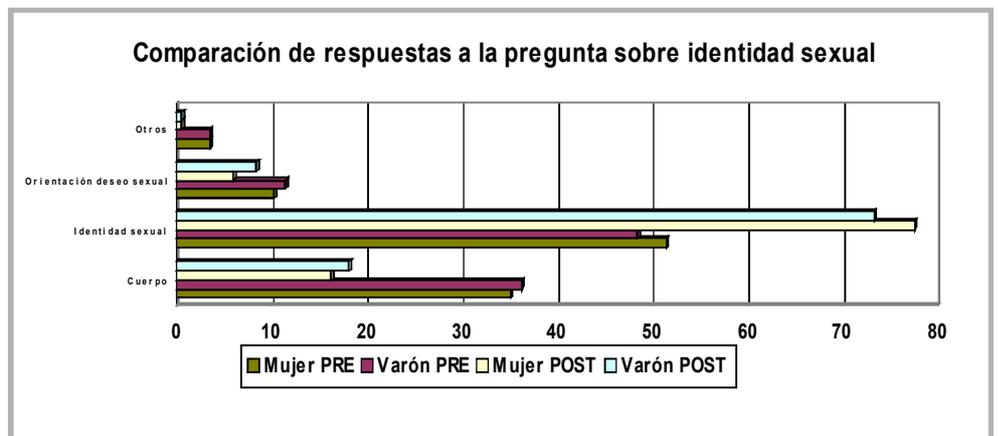
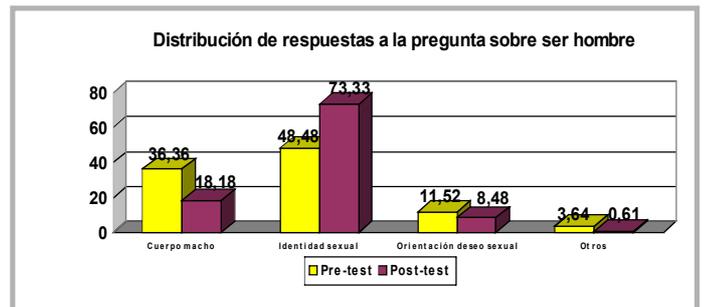
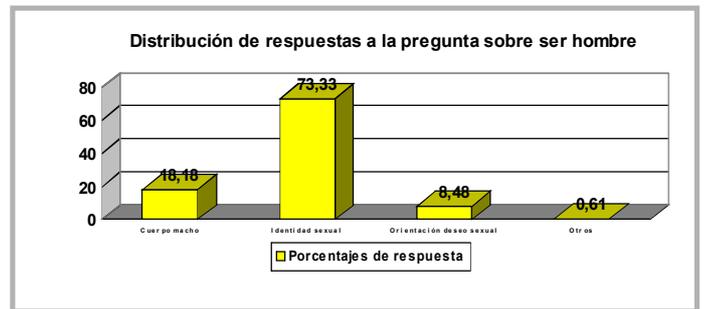
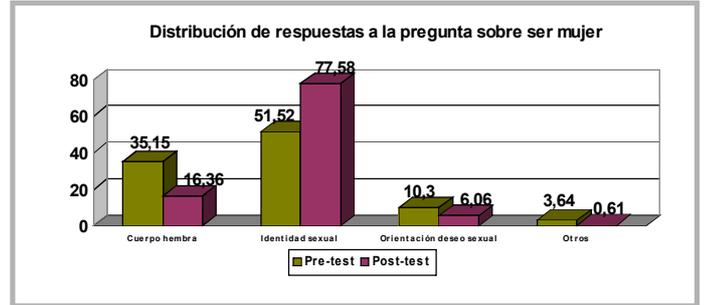
En esta pregunta, la mayor proporción de respuestas se ha concentrado en la opción correcta referida a la identidad sexual masculina, en un 73,33%. El resto de repuestas se han distribuido en un 18,18% que eligieron la opción referida al sexo masculino, un 8,48% eligió la alternativa correspondiente a la orientación del deseo heterosexual y un 0,61% eligió “Otros”. Ver gráfico.

En comparación con las respuestas obtenidas en el pre-test, podemos observar un aumento altamente significativo en la proporción de respuestas correctas del 24,85%. Por lo que podemos afirmar que se ha producido un cambio en la concepción del hecho de ser hombre, considerándolo una identidad sexual masculina.

Correspondientemente hemos observado una disminución en la proporción de respuestas incorrectas. Concretamente, del 18,18 en el caso de la identificación del hecho de ser hombre con el sexo masculino y un descenso del 3,04% para la identificación con la orientación del deseo heterosexual. Ver gráfico. En comparación con las respuestas obtenidas en el pre-test, podemos observar un aumento altamente significativo en la proporción de respuestas correctas del 24,85%. Por lo que podemos afirmar que se ha producido un cambio en la concepción del hecho de ser hombre, considerándolo una identidad sexual masculina.

Correspondientemente hemos observado una disminución en la proporción de respuestas incorrectas. Concretamente, del 18,18 en el caso de la identificación del hecho de ser hombre con el sexo masculino y un descenso del 3,04% para la identificación con la orientación del deseo heterosexual. Ver gráfico.

Con respecto a las diferencias observadas en el pre-test entre la proporción de respuestas correctas sobre ser mujer y ser hombre, podemos observar que éstas se mantienen en las respuestas al post-test. Ver gráfico.





9. “¿Qué es para ti lo femenino?”

La proporción de respuestas correctas en esta pregunta fue del 50,91%, las demás respuestas se distribuyeron en un 27,27% que eligió la opción “Vestirse con ropa y accesorios de mujer”, un 24,42% eligieron “Ser pasiv@, sensible y dulce” y finalmente un 2,42% optó por la opción “Otros”. Ver gráfico.

En comparación con los resultados obtenidos en el pre-test, observamos un aumento de las respuestas correctas del 14,55%, por lo que podemos afirmar que l@s alumn@s que asistieron al taller afectivo sexual cambiaron su concepción de la feminidad considerándola un mero rol de género. Ver gráfico.

10. “¿Qué es para ti lo masculino?”

En esta pregunta las respuestas se distribuyeron teniendo la mayor proporción de respuestas, con el 53,94%, la opción correcta “Un rol de género”. Después, el 27,27% respondió que lo masculino se refiere a la manera de vestir, el 16,36% a la manera de comportarse “Ser activ@, frí@ y brusc@” y, por último, un 4,24% eligió la opción “Otros”. Ver gráfico.

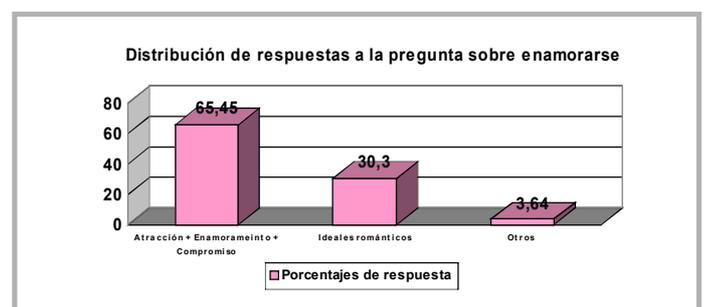
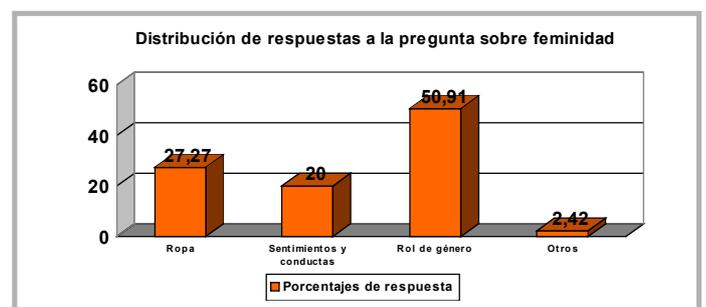
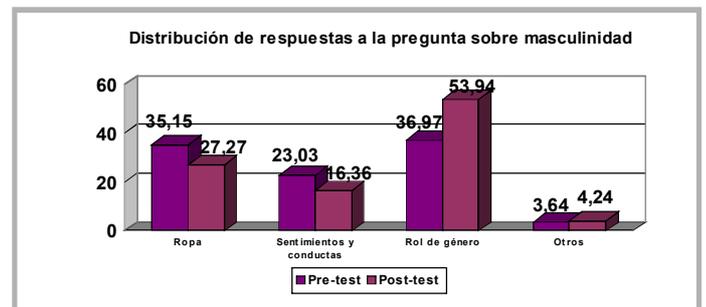
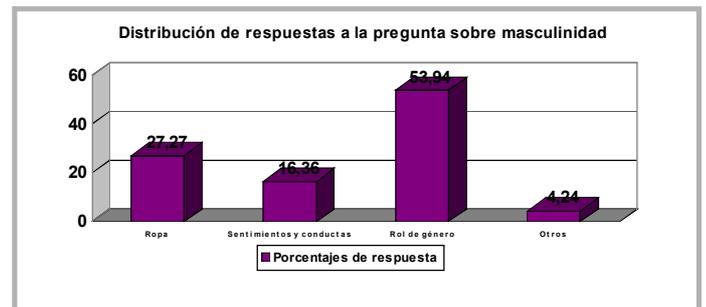
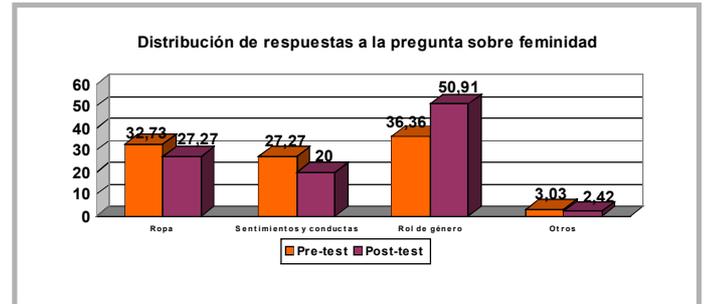
En comparación con las respuestas registradas en el pre-test, podemos observar que hay un aumento de respuestas correctas en el post-test del 16,97%. Este aumento ha supuesto la disminución de la proporción de respuestas a las demás alternativas. Ver gráfico.

Teniendo en cuenta estos datos podemos afirmar que tras la participación a los talleres, l@s alumn@s han cambiado su concepción de la masculinidad enmarcándola en los roles de género y diferenciándola de las características que conformarían la identidad masculina.

11. “En tu opinión, ¿Cuáles serían las fases del proceso de relacionarse amorosamente con otra persona?”

En esta pregunta las respuestas se distribuyen en un 65,45% de almn@s que eligieron la alternativa correcta “Atracción, enamoramiento y compromiso”, un 30,3% eligió la alternativa relacionada con los ideales románticos y un 3,64% contestó “Otros”. Ver gráfico.

Comparando estas respuestas con las registradas en el pre-test, podemos observar un aumento en la proporción de alumn@s que contestaron correctamente del 7,27%. Lo que nos permite afirmar que tras la participación en los talleres l@s alumn@s modificaron su concepción sobre el proceso de relacionarse amorosamente, cambiando algunos ideales románticos en unas ideales más realistas de acuerdo con la doctrina teórica al respecto.





12. “¿Cuáles son, en tu opinión, los componentes del amor?”

Las respuestas a esta cuestión se distribuyeron en un 47,27% de alumn@s que respondieron incorrectamente eligiendo la alternativa relacionada con los ideales románticos que incluyen la confianza y el cariño, un 30,91% eligió la opción incorrecta relacionada con los ideales románticos que consideran al amor como una emoción indivisible en componentes, un 20,61% contestó correctamente eligiendo la alternativa “Pasión, apoyo y compromiso”, y finalmente un 1,82% que contestó “Otros”. Ver gráfico.

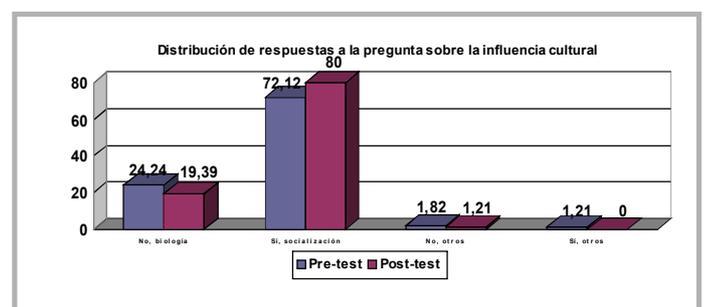
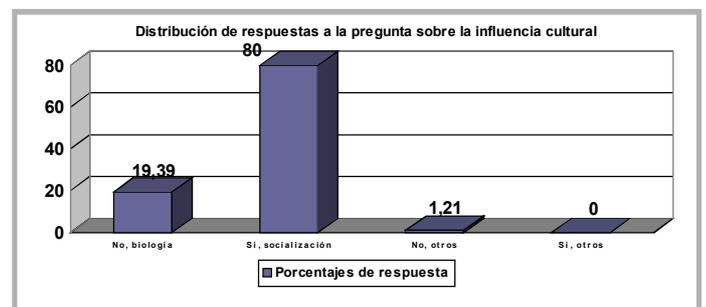
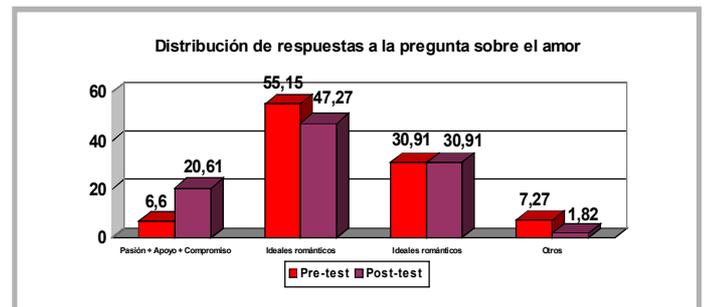
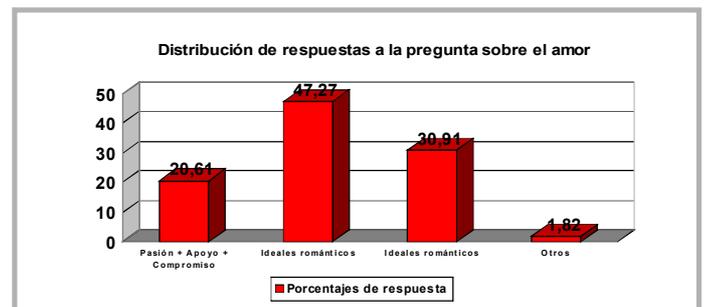
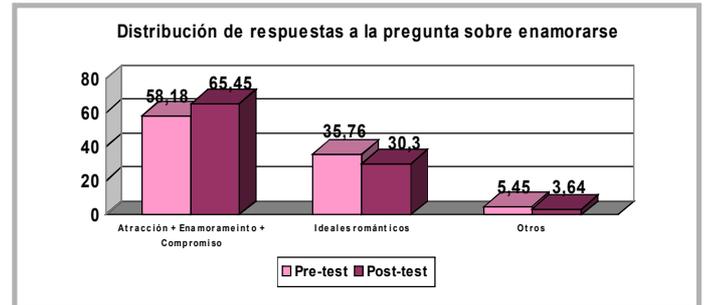
Observando los datos podemos comprobar que no se ha producido el cambio esperado, es decir, que la mayoría de los alumnos contestasen correctamente a la pregunta. Sin embargo, relativizando este resultado en comparación con los datos registrados en el pre-test, sí podemos observar que la participación en los talleres ha sido efectiva ya que se ha producido un aumento en la proporción de l@s alumn@s que contestaron correctamente a la pregunta del 14,01%. Ver gráfico.

Sin embargo, deberemos incidir más en el trabajo del concepto del amor, ya que consideramos que la incidencia de los ideales románticos es muy alta, lo que dificulta que se produzcan cambios tras la participación en los talleres afectivo sexuales.

13. “¿Crees que hay diferencias culturales en las conductas sexuales que las personas realizan, en general?”

Las respuestas a esta pregunta se han concentrado en una proporción del 80% en la alternativa correcta “Sí, porque creo que aprendemos las conductas a partir de lo que vemos a nuestro alrededor”. El resto de respuestas se han distribuido en un 19,39% que eligió la alternativa relacionada con el determinismo biológico, y un 1,21% contestó que “No, por otros motivos”. Ver gráfico.

Comparando estas respuestas con las registradas en el pre-test, podemos diferenciar un aumento en la proporción de respuestas correctas del 7,88%, lo que nos permite afirmar que l@s alumn@s después de participar en los talleres afectivo sexuales han modificado su concepción sobre las diferentes posibilidades de conductas sexuales, entendiendo que éstas dependen más de la educación y socialización que del determinismo biológico.



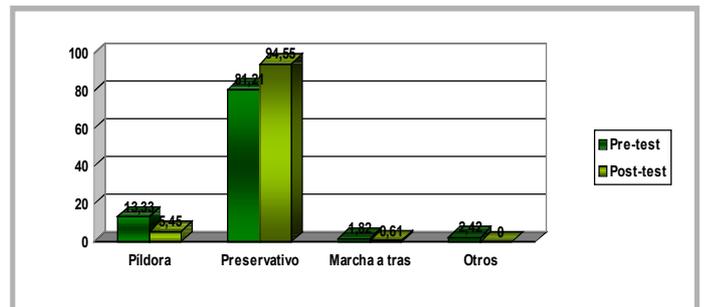


14. “Qué método nos previene de las enfermedades de transmisión sexual y de los embarazos no deseados?”

L@s alumn@s han respondido mayoritariamente eligiendo la alternativa correcta “El preservativo” en una proporción del 94,55%, el resto de respuestas se ha distribuido en un 8,45% que elige “La píldora anticonceptiva”, y un 0,61% que elige “La marcha atrás o coitus interruptus”. Ver gráfico.



observar que se ha producido un aumento en la proporción de respuestas correctas del 13,34%. Ver gráfico. Lo que nos permite afirmar que tras la participación en los talleres, l@s alumn@s han aumentado sus información con respecto a las enfermedades de transmisión sexual y los métodos de prevención de las mismas. Queremos resaltar que el nivel de respuestas correctas pre-test era ya alto (81,21%), y sin embargo, después de la intervención observamos que más de un 6% de l@s alumn@s aún creen que la píldora anticonceptiva o el coitus interruptus son dos métodos de prevención de las E. T.S.



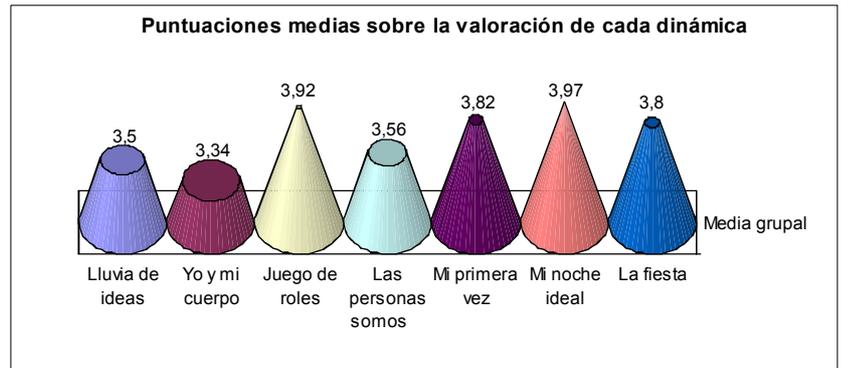


CONCLUSIONES:

- ❑ L@s alumn@s parten de una concepción de la sexualidad más global y no reducida a las conductas que realizamos con nuestros genitales (visión genitalizada de la sexualidad), ya que el 87,88 % consideran que el concepto de sexualidad recoge el Sexo y todas las conductas, pensamientos y sentimientos sexuales, aunque de manera separada, solamente lo alcanzarían el 41,82%.
- ❑ Tras la intervención, la mayoría del alumnado considera que la sexualidad partiría del hecho que somos seres sexuados desde el nacimiento, y que recoge todas las conductas, pensamientos y sentimientos sexuales, en general.
- ❑ Con respecto a las conductas sexuales, ocurre lo mismo que con el concepto de sexualidad, en general, l@s alumn@s parten de una concepción de las conductas sexuales no meramente genitalizada, ni centrada en la pareja sexual sino que reconocen que ducharse, acariciarse y en general, realizar conductas placenteras que no impliquen a los genitales también pueden ser consideradas conductas sexuales. Tras la intervención, casi las tres cuartas partes del alumnado eligen esta opción.
- ❑ L@s alumn@s tienen una visión de la figura ideal corporal amplia, no limitada a las opciones que propone la moda o los medios de comunicación, cuyo criterio debería ser la salud. Por lo que tras la intervención, esta elección previa se ha visto reforzada, aunque el impacto de la misma no sea altamente significativo.
- ❑ Con respecto a las orientaciones del deseo sexual saludables, en general, l@s alumn@s tienen claro en qué consiste cada opción, ya que los porcentajes de aciertos en estas cuestiones alcanzan en el pre-test el 90% en las tres opciones. En consecuencia, aunque ha habido un aumento de respuestas correctas en el post-test, éste no es altamente significativo.
- ❑ En las cuestiones referidas a la identidad sexual, la mayoría del alumnado partía de una concepción acertada de la identidad sexual, tanto femenina como masculina. Sin embargo, podemos afirmar que la intervención en esta área ha sido efectiva ya que el porcentaje de respuestas acertadas ha aumentado casi un 25%. Lo que podemos interpretar como que tras la intervención, las tres cuartas partes del alumnado han consolidado una visión del hecho de ser mujer u hombre como el sentimiento y reconocimiento de la identidad sexual, normalmente basado en el sexo, pero que algunos casos, como en la transexualidad, esto no se corresponde.
- ❑ En las cuestiones sobre la feminidad y la masculinidad, l@s alumn@s partían de una concepción del género ligada a la manera de vestirnos o de comportarnos que diferencia a los hombres de las mujeres, sin embargo, tras la intervención, la mayoría del alumnado ha modificado esta concepción en el sentido de reconocer la feminidad y masculinidad como meros roles de género que no deberían diferenciar a los hombres de las mujeres, sino ser utilizados para escoger la imagen social que queramos tener libremente, independientemente de nuestro sexo e identidad sexual.
- ❑ L@s alumn@s partían de una concepción del proceso de enamoramiento altamente ligada a los ideales románticos que presentan los medios de comunicación. Tras la intervención, podemos afirmar que la mayoría del alumnado ha modificado su concepción de este proceso reconociendo etapas y factores diferenciadores, que implican diferentes riesgos a tener en cuenta.
- ❑ En el área del amor, se repite el patrón de respuestas, la mayoría del alumnado partía de una concepción idealista y romántica del amor, que en ocasiones conlleva riesgos en la adopción de conductas de riesgo. Sin embargo, tras la intervención, aunque la mayoría del alumnado ha mantenido esta concepción, un porcentaje significativo de alumnos ha cambiado su visión del amor como un todo indivisible e intangible a una visión que diferencia componentes y por lo tanto influencias en la adopción de comportamientos sexuales de riesgo.
- ❑ Con respecto a las diferencias culturales, más del 70% del alumnado concebía la sexualidad como algo aprensible y latamente influido por el contexto socio-cultural en el que se socializa una persona, por lo que a pesar de que la intervención ha conseguido un aumento de las respuestas correctas, éste no es altamente significativo.
- ❑ Por último, más del 80% del alumnado consideraba previamente a la intervención, que el método de prevención de embarazos no deseados y E.T.S. es el preservativos, tanto el masculino como el femenino. Tras la intervención, este porcentaje aumentó hasta alcanzar casi el 95% del alumnado.

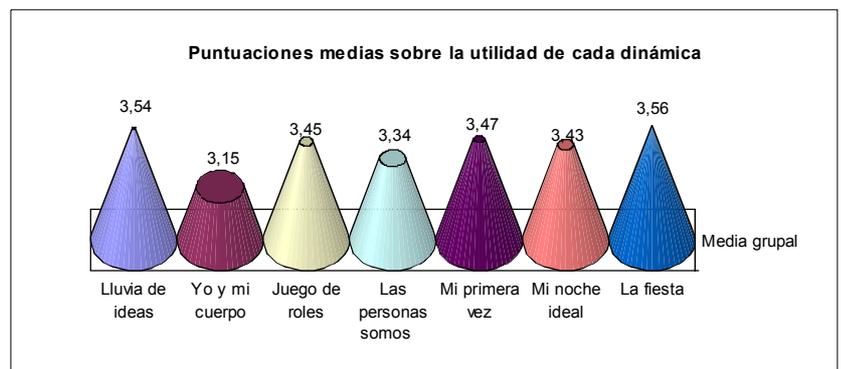
Descripción de los resultados de la evaluación del taller afectivo sexual planteadas en el post-test.

Ante cada pregunta sobre la valoración que cada alum@ le da a cada dinámica, podemos observar que en todas las dinámicas supera la media de 3, lo que nos permite afirmar que l@s alum@s, tras participar en los talleres afectivo sexuales consideran que las dinámicas son algo más que entretenidas (puntuación de 3) sin llegar a ser totalmente divertidas (puntuación de 4). Ver gráfico.

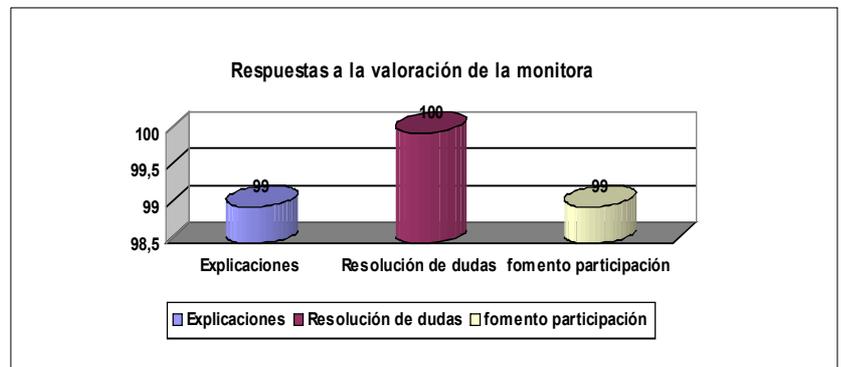


Las dinámicas más divertidas serían “Mi noche ideal” y “Juego de roles”, sin embargo, las dinámicas menos valoradas serían “Yo y mi cuerpo” y “Lluvia de ideas sobre qué es la sexualidad”.

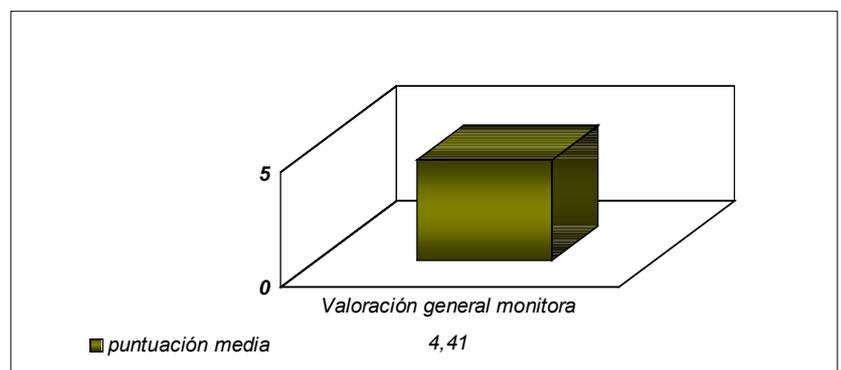
En las valoraciones sobre la utilidad de cada dinámica, las puntuaciones medias de cada dinámica señalan que la mayoría de l@s alum@s consideran que como mínimo han aprendido a través de las dinámicas lo que esperaban de ellas (puntuación de 3) y algunos señalan que además han aprendido más de lo que se esperaban. Ver gráfico.



Las dinámicas que les resultan más útiles para lograr sus objetivos serían “La fiesta” y la “Lluvia de ideas” por el contrario, las dinámicas menos valoradas sería “Yo y mi cuerpo” y “Las personas somos”.



Con respecto a la monitora, la mayoría de l@s alum@s contestaron afirmativamente a las preguntas sobre la valoración de la monitora, lo que nos permite afirmar que tras la participación a los talleres afectivo-sexuales l@s alum@s consideran que, en general, se entienden las explicaciones, resuelve las dudas y preguntas y facilita la participación de tod@s. Ver gráfico.



En la valoración general, la monitora obtiene una puntuación de 4,41 en una escala tipo Likert de 5 puntos, situándose su puntuación entre los puntos “Muy interesante” e “Interesante”. Ver gráfico.



RECURSOS NECESARIOS.

Para la aplicación del Programa SIDA entre aulas 2003-2004 han sido necesarios los siguientes recursos:

- ↳ Humanos:
 - Psicóloga Coordinadora del Programa.
 - Psicóloga Gestora del Programa y Monitora de los Talleres.
- ↳ Materiales:
 - Oficina y recursos corrientes: teléfono, fax, ordenador, Internet, fotocopias, papelería, sellos y sobres, correos y portes, etc.
 - Materiales de prevención:
 - ◆ 58 carteles SIDA entre aulas.
 - ◆ 58 Carteles día Mundial del SIDA.
 - ◆ 58 Carteles ONUSIDA.
 - ◆ 58 Revistas ACCAS.
 - ◆ 1334 Kits de 3 preservativo.
 - ◆ 1160 folletos Preservativo femenino.
 - ◆ 200 Folletos Habla con tu pareja.
 - ◆ 33 Guías didácticas Cometa Blanca.
 - ◆ Prótesis, Preservativos femeninos, lubricante.
 - Coche y gasolina, bono trenes FEVE y Bono buses.
 - Material didáctico elaborado por la monitora.
 - Correo electrónico.

La impartición de los talleres se desarrolló entre los meses diciembre de 2003 y junio de 2004. El primer taller afectivo sexual se impartió el 3 de diciembre de 2003 en el IES Los Remedios de Guarnizo, y el último taller el 10 de junio de 2004 en la Escuela Taller de Santoña. Ver anexo 4.

Durante el mes de enero, la monitora comenzó a contactar con los IES y Ayuntamientos para organizar las representaciones de teatro. Éstas comenzaron el 1 de marzo de 2004 en Torrelavega y terminaron el 17 del mismo mes en Santoña. Ver anexo 5.

Durante el mes de mayo, la monitora volvió a contactar con los IES para enviarles la Guía Didáctica Cometa Blanca y para organizar con ellos las sesiones de tutoría donde se aplicaría. Sin embargo, l@s orientador@s pidieron a la monitora retardar hasta el año siguiente esta intervención, porque dada la inminente finalización del curso escolar, les resultaba imposible coordinarlo.

En el mes de junio, la monitora contactó con los IES para que le remitieran el cuestionario post-test y empezó a introducir los datos de los cuestionario pre-test.

Durante el mes de julio la monitora terminó de introducir los datos pre-test e comenzó a introducir los datos post-test.

Durante el mes de agosto y septiembre la monitora terminó de introducir todos los datos y comenzó a redactar la memoria. Finalmente, durante la primera semana de octubre la monitora terminó de redactar la memoria.

PUESTA EN MARCHA Y CONSECUCCIÓN DEL PROGRAMA

El SIDA entre aulas comenzó en octubre con la toma de contacto con los orientadores de los IES, en esta fase de la intervención, la monitora ha llamado telefónicamente a los IES de Cantabria con alumn@s de Secundaria con edades comprendidas entre los 14 y 18 años. Las respuestas por parte de los IES fue muy positiva, realizándose una alta demanda de participación en el programa.

En el mes de noviembre, la monitora terminó de cerrar las fechas y número de intervenciones con l@s orientador@s y comenzó a elaborar el material didáctico a impartir en los talleres.

Durante el mes de diciembre, la monitora terminó de elaborar el material didáctico y los cuestionarios de evaluación para la impartición de los talleres.

PROPUESTAS DE MEJORA.

- Teniendo en cuenta todo lo anteriormente descrito, consideramos que para intervenciones posteriores podríamos mejorar el programa:
- Estableciendo un sistema de intervención que coordine las diferentes variables independientes: talleres sexual-afectivos, concurso de teatro y trabajo de la Guía didáctica Cometa Blanca por parte de los tutores. Integrando estos tres niveles de intervención en un modelo teórico que incluya la posibilidad de evaluar el impacto de cada una de las intervenciones.
- Incluyendo en la intervención de los Talleres Sexual-Afectivos el trabajo de la Autoeficacia percibida ante el uso de



MEMORIA EN IMÁGENES.

estrategias preventivas de los riesgos en las conductas sexuales de l@s adolescentes.

- Incluyendo en la intervención de los Talleres Sexual-Afectivos el trabajo de la Autoeficacia percibida para comunicarse eficazmente con la pareja sexual y evitar las conductas sexuales de riesgo de l@s adolescentes.
- Adquiriendo un programa de estudio estadístico para le análisis de los datos en estudios sociales, como el SPSS. 11.
- Adecuando la evaluación pre y post-test al nivel de información pre-test detectado en la evaluación de este año e incidiendo en las variables dependientes intervinientes en el nuevo Programa.
- Incluyendo en la intervención una dinámica que trabaje la autoeficacia percibida ante el uso de estrategias preventivas de los riesgos en las conductas sexuales de l@s adolescentes.
- Incluyendo en la evaluación una comprobación del mantenimiento de los resultados obtenidos, pasándoles el cuestionario post-tets de nuevo a l@s mismos alumn@s un mes después de la intervención.
- Incluyendo en la intervención el estudio de la mediación de la autoestima en todo el proceso.
- Reforzar la coordinación en las intervenciones con los Centros Educativos en dos líneas:
 - o En la administración de los test: implicando a los alumnos a contestar con sinceridad a los cuestionarios, estableciendo con el Centro que sea una única persona la que pase los cuestionarios post-test y que sea siempre la misma (no cada tutor de cada curso), y que las condiciones de aplicación de los post-test sean siempre las adecuadas.
 - o En la intervención de los Talleres Sexual-Afectivos: trabajando la predisposición y preparación del centro, controlando la variabilidad en la duración de los talleres, impidiendo que la impartición de los talleres coincida con periodos de exámenes o previos a las vacaciones.

Taller SIDA entre aulas en Meruelo

Exposición teórica de la monitora



Alumn@s realizando la dinámica "La fiesta"



Otros alumnos realizando la dinámica "La fiesta"





Explicación sobre la dinámica "La fiesta" y aplicación a las E.T.S.



Moldeamiento participante de un alumno voluntario para explicar cómo se utiliza un preservativo masculino.



Explicación práctica sobre el uso y colocación de un preservativo masculino.



Explicación práctica sobre el uso y colocación en prótesis de un preservativo.



Almn@s participando en la dinámica "La fiesta"



Práctica de todo el grupo sobre la colocación y utilización del preservativo masculino

