

Lahia Sexologia Taldea



Informe

**PROGRAMAS DE
EDUCACIÓN SEXUAL 2006-07:
ESO Y BACHILLERATO**

Donostiako “Axular” Lizeoa

Financiación:

Donostiako “Axular” Lizeoa

Realización:

Equipo de Sexología Lahia:

Silvia Ubillos Landa: Dirección y supervisión técnica

Eider Goiburu Moreno: Codirección y docencia

Mónica Martín Conde: Docencia

Oihana Delso Aizpurua: Docencia

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN: FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LOS PROGRAMAS DE EDUCACIÓN SEXUAL	1
1.1.- EDUCACIÓN SEXUAL: ESCOLAR Y FAMILIAR	2
1.2.- PERSPECTIVA EVOLUTIVA: DESARROLLO PSICOSEXUAL.....	3
1.3.- TEORÍAS PSICOSOCIALES.....	8
CAPÍTULO 2. PROCEDIMIENTO DE LAS INTERVENCIONES: ALUMNADO Y FAMILIAS	13
2.1.- OBJETIVOS DE LOS PROGRAMAS DE EDUCACIÓN SEXUAL: ALUMNADO:	13
2.2.- PROGRAMA DE EDUCACIÓN SEXUAL: 1º DE BACHILLERATO	17
2.3.- PROGRAMA DE EDUCACIÓN SEXUAL “POR PARES”: 4º DE ESO	20
2.3.1.- Captación de Jóvenes	21
2.3.2.- Entrenamiento de Jóvenes.....	22
2.3.3.- Aplicación del Programa “Por Pares”	22
2.3.4.- Sesión Informativa- Evaluativa.....	23
2.4.- INTERVENCIÓN DIRIGIDA A FAMILIAS.....	23
CAPÍTULO 3. PROCEDIMIENTO DE LA EVALUACIÓN: ALUMNADO	25
3.1.- EVALUACIÓN DE PROCESO	26
3.1.1.- Evaluación de Proceso: ESO y Bachillerato.....	26
3.1.2.- Evaluación de Proceso: “Agentes de Salud”	27
3.2.- EVALUACIÓN DE IMPACTO	28
3.2.1.- Diseño metodológico	28
3.2.2.- Instrumento de Evaluación.....	29
3.2.3.- Análisis estadísticos	31
CAPÍTULO 4. RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DE PROCESO: ALUMNADO ...	33
4.1.- EVALUACIÓN DE PROCESO: 1º DE BACHILLERATO	34
4.3.- EVALUACIÓN DE PROCESO: PROGRAMA “POR PARES”.....	39
4.2.1.- Alumnado de 4º de ESO	39
4.2.2.- Jóvenes “Agentes de Salud”	44

CAPÍTULO 5. RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DE IMPACTO: ALUMNADO ...	47
5.1.- RESULTADOS DEL PROGRAMA DE EDUCACIÓN SEXUAL: 1º DE BACHILLERATO	47
5.2.- RESULTADOS DEL PROGRAMA DE EDUCACIÓN SEXUAL: 4º DE ESO ...	56
CAPÍTULO 6. RESULTADOS DE LA VALORACIÓN DE LOS RESPONSABLES DE LA EDUCACIÓN SEXUAL.....	65
6.1.- RESULTADOS DE 1º DE BACHILLERATO	65
6.2.- RESULTADOS DE 4º DE ESO	67
CAPÍTULO 7. VALORACIONES DE LAS INTERVENCIONES DIRIGIDAS A FAMILIAS	69
CAPÍTULO 8. CONCLUSIONES Y LÍNEAS DE ACTUACIÓN.....	71
8.1.- CONCLUSIONES SOBRE LA EVALUACIÓN DE IMPACTO DE LOS PROGRAMAS DE EDUCACIÓN SEXUAL	72
8.2.- CONCLUSIONES SOBRE LA EVALUACIÓN DE PROCESO DE LOS PROGRAMAS DE EDUCACIÓN SEXUAL	74
8.3.- LÍNEAS DE ACTUACIÓN.....	76
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	79

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 4.1: Evaluación de Proceso I. Programas de Educación Sexual. “Axular” Lizeoa: 1º de Bachillera	35
Gráfico 4.2: Evaluación de Proceso II. Programas de Educación Sexual. “Axular” Lizeoa: 1º de Bachillera	36
Gráfico 4.3: Evaluación de Proceso III. Programas de Educación Sexual. “Axular” Lizeoa: 1º de Bachillera	37
Gráfico 4.4: Evaluación de Proceso IV. Programas de Educación Sexual. “Axular” Lizeoa: 1º de Bachille	38
Gráfico 4.5: Evaluación de Proceso I. Programas de Educación Sexual. “Axular” Lizeoa: 4º de ESO	40
Gráfico 4.6: Evaluación de Proceso II. Programas de Educación Sexual. “Axular” Lizeoa: 4º de ESO	41
Gráfico 4.7: Evaluación de Proceso III. Programas de Educación Sexual. “Axular” Lizeoa: 4º de ESO	42
Gráfico 4.8: Evaluación de Proceso IV. Programas de Educación Sexual. “Axular” Lizeoa: 4º de ESO	43
Gráfico 4.9: Evaluación de PI. Programas de Educación Sexua “Por Pares”. “Axular”: Agentes de Salud	44
Gráfico 4.10: Evaluación de P II. Programas de Educación Sexua “Por Pares”. “Axular”: Agentes de Salud	45
Gráfico 4.11: Evaluación de P III. Programas de Educación Sexua “Por Pares”. “Axular”: Agentes de Salud	46

Gráfico 5.1: Nivel de Experiencia Sexual. 1º de Bachiller	48
Gráfico 5.2: Comportamientos Sexual Actual. 1º de Bachiller.....	48
Gráfico 5.3: Impacto del Programa de 1º de Bachiller sobre los Conocimientos de la Prevención Sexual	49
Gráfico 5.4: Impacto del Programa de 1º de Bachiller sobre las Creencias del Uso del Preservativo	51
Gráfico 5.5: Impacto del Pde 1º de Bachiller sobre la Percepción de Riesgo de Embarazo No Deseado y SIDA	52
Gráfico 5.6: Impacto del Programa de 1º de Bachiller sobre la Percepción de Control y la Autoeficacia	54
Gráfico 5.7: Impacto del Programa de 1º de Bachiller sobre la Intención de Uso del Preservativo	55
Gráfico 5.8: Nivel de Experiencia Sexual. 4º de DBH	56
Gráfico 5.9: Comportamientos Sexual Actual. 4º de DBH.....	57
Gráfico 5.10: Impacto del Programa de 4º de DBH sobre los Conocimientos de la Prevención Sexual	58
Gráfico 5.11: Impacto del Programa de 4º de DBH sobre las Creencias del Uso del Preservativo	59
Gráfico 5.12: Impacto del P de 4º de DBH sobre la Percepción de Riesgo de Embarazo No Planificado y SIDA	60
Gráfico 5.13: Impacto del Programa de 4º de DBH sobre la Percepción de Control y la Autoeficacia	62
Gráfico 5.14: Impacto del Programa de 4º de ESO sobre la Intención de Uso del Preservativo....	63
Gráfico 6.1: Evaluación de los Responsables de la Educación Sexual. “Axular” Lizeoa: 1º de Bachillerato	66
Gráfico 6.2: Evaluación de los Responsables de la Educación Sexual. “Axular” Lizeoa: 4º de ESO	67

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 3.1: Descripción de la Escala de Evaluación de Proceso de los Programas de E Sexual dirigidos al Alumnado	26
Tabla 3.2: Descripción de la Escala de Evaluación: Formadores en Educación Sexual.....	27
Tabla 3.3: Diseño cuasi-experimental de grupos pre-post sin grupo control para evaluar el impacto de los P de E S	29
Tabla 4.1: Distribución de la muestra en función de la edad: 1º Bachillerato	34
Tabla 4.2: Distribución de la muestra en función de la edad: 4º de ESO.....	39

INTRODUCCIÓN: FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LOS PROGRAMAS DE EDUCACIÓN SEXUAL

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

Debido a estos resultados y a la propia Política Educativa del Centro, *el Liceo "Axular" ha decidido continuar la aplicación de los Programas de Educación Sexual dirigidos a la promoción de la salud sexual y a la prevención de los diferentes riesgos sexuales entre los-as alumnos-as que cursan ESO y Bachillerato en este Centro, durante el actual curso académico 2006-2007.*

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

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

1.1.- EDUCACIÓN SEXUAL: ESCOLAR Y FAMILIAR

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

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

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

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

1.2.- PERSPECTIVA EVOLUTIVA: DESARROLLO PSICOSEXUAL

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

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

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

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

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

Los dos acontecimientos bio-fisiológicos más importantes que tienen lugar son la *menarquía (primera menstruación)* en la chica y la *primera eyaculación* en el chico. Cerca de un año después de la primera eyaculación, el chico comienza a tener emisiones de semen nocturnas, "*poluciones nocturnas*" o "*sueños húmedos*". Para un chico que nunca se ha masturbado un sueño húmedo puede ser su primera eyaculación (Hyde, 1994).

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

Se considera que dada la idealización del cuerpo, en nuestra cultura, es frecuente la aparición de *sentimientos de vergüenza, culpa* (ante determinadas sensaciones corporales), *actitudes de rechazo y no aceptación* (angustia ante las primeras reglas) y *sentimientos de inferioridad e inadaptación* ante tales cambios. Incluso en algunos casos, estas situaciones pueden llegar a ser desencadenantes de una anorexia nerviosa. *Las niñas tienden a sentirse menos satisfechas con su imagen corporal que los chicos de la misma edad, sin duda debido al mayor énfasis que da la cultura a los atributos físicos de las mujeres.* (Lewinsohn, en Goleman, 1990; Rierdan, Koff y Stubbs, 1988, 1989).

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

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

En la adolescencia se produce el establecimiento del *rol de género*. Los nuevos planteamientos sobre sexualidad, los avances sociales, técnicos, etc. han llevado a un intento de flexibilizar los roles masculinos y femeninos, aunque todavía se observa que en algunos aspectos del rol sexual existen grandes diferencias entre ambos sexos, como son: el de la iniciativa en las relaciones sexuales, las motivaciones que llevan a chicos y a chicas a sus primeras experiencias sexuales, la vivencia del placer y de los afectos, las expectativas propias y de la sociedad sobre el rol activo o pasivo que se debe desempeñar, etc.

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

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

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

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

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

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

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

Otra conducta que se inicia en la adolescencia es el *petting*, es decir “*intimidades sexuales próximas al coito pero sin llegar a él, pudiendo incluir el orgasmo*”. Desde un punto de vista evolutivo, el *petting* constituye las primeras experiencias heteroeróticas. Puede ser una buena forma de progresión sexual en la adolescencia que permita la gratificación sexual propiamente dicha, y la expresión de la afectividad. Además, a través del *petting* los/as adolescentes comienzan a aprender, dentro del contexto de la relación interpersonal, sobre sus propias respuestas sexuales y las de sus parejas.

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

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

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

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

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

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

1.3.- TEORÍAS PSICOSOCIALES

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

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

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

Sin embargo, la experiencia de las campañas para prevenir las ETS dirigidas a los jóvenes, ha mostrado que *la información de los medios de prevención no necesariamente implica un cambio en la conducta sexual* (Brooks-Gun, Boyer y Hein, 1988).

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

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

- *La información correcta* no está asociada con la conducta preventiva, pero es posible que ejerza un efecto indirecto sobre ella.
- *La información correcta y las creencias incorrectas* corresponden a dos dimensiones diferentes. Por tanto, además de la transmisión de conocimientos correctos, es necesario modificar las creencias incorrectas
- *La seriedad o gravedad percibida* tiene baja capacidad de explicar y predecir la conducta preventiva.
- *El riesgo percibido* parece tener una relación consistente pero baja con la conducta de riesgo.
- *La ilusión de invulnerabilidad* es una creencia normal y común en las personas. Por tanto, las creencias deberán modificarse en un sentido realista, disminuyendo esta ilusión de invulnerabilidad.
- *El riesgo percibido* de problemas y enfermedades *está asociado a una baja afectividad positiva* (realismo depresivo), por el contrario *una alta afectividad positiva* (como es el caso de los jóvenes) se asociaría *a una inhibición de la percepción del riesgo*, aunque también *a una mayor creencia en la eficacia de las conductas preventivas*. En este sentido, deberá darse información que sin ahuyentar genere un grado de desactivación de la afectividad positiva y de "lucidez realista".
- *Los costes y beneficios percibidos del uso de contraceptivos* se han asociado de forma consistente pero baja con la conducta preventiva. La relación *actitudes/creencias normativas* e intención de conducta es media-alta y la relación *intención de conducta-comportamiento* es media-alta, en el uso del preservativo.
- Deberá tenerse en cuenta *la percepción de la situación*, tanto a nivel individual (de la actitud como proceso), como a nivel social (normas sociales). Por tanto, son importantes las intervenciones normativas tanto grupales como individuales.
- *La norma subjetiva* tiene menos importancia que la actitud, pero a su vez, ambas son más explicativas que el riesgo percibido y los costes-beneficios. Por tanto, el riesgo y los costes/beneficios percibidos deben ser un foco secundario de los prog. de educación sanitaria, por su < capacidad predictiva. La educ.ión debe orientarse antes que nada a un cambio de normas descriptivas y de actitudes.
- *Las normas descriptivas* son las que presentan las correlaciones significativamente más altas con el uso del preservativo. La norma subjetiva sólo indica hasta qué punto la persona podría obtener la aprobación o desaprobación de los otros significativos al realizar o

no la conducta. Sin embargo, incluso si una persona siente poca presión para usar un preservativo, los otros significativos pueden influir en su conducta al evaluarlo positivamente o al realizarlo ellos mismos. Por tanto, la educación deberá fomentar la disminución de la norma descriptiva hacia las conductas de riesgo, el tomar conciencia de la norma subjetiva real más favorable hacia la prevención, así como conocer la tendencia a proyectar las características negativas y subestimar la frecuencia de las positivas en las otras personas.

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

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

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

CAPÍTULO 2

PROCEDIMIENTO DE LAS INTERVENCIONES: ALUMNADO Y FAMILIAS

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

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

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

- Incrementar el nivel de Salud Sexual de los jóvenes para que tengan los recursos propios que hagan posible integrar, elaborar y manejar su propio impulso sexual conforme a una ética personal y social.
- Aumentar el control y la planificación de las relaciones íntimas, de acuerdo a las actitudes y valores personales.
- Prevenir embarazos no deseados y sus consecuencias negativas, como son el incremento en el número de abortos y de nacimientos en jóvenes.
- Disminuir el riesgo de enfermedades de transmisión sexual, especialmente el SIDA.
- Fomentar el acceso de los jóvenes a los recursos asistenciales, para facilitar la prevención de todos los riesgos asociados al comportamiento sexual.

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

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

- **Fuentes de Información-Formación:**

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

- **Concepto y Funciones de la Sexualidad:**

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

- **Actitudes Sexuales:**

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

- **Pubertad. Cambios Psicofisiológicos:**

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

- **Rol Sexual:**

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

- **Orientación del Deseo:**

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

- **Comportamientos Sexuales:**

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

- **Respuesta Sexual Humana:**

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

- **Prevención y Promoción:**

- Proporcionar una adecuada y suficiente información sobre sexualidad y prevención para evitar la diseminación de mitos, falacias y tabúes que favorecen la adopción de conductas de riesgo.
- Modificar actitudes, normas y creencias para favorecer la adopción de medidas preventivas.
- Incrementar los niveles de percepción de susceptibilidad y gravedad hacia los riesgos sexuales.
- Disminuir la frecuente ilusión de control sobre situaciones de riesgo, adaptándola a la realidad.
- Favorecer la valoración de los efectos a corto y largo plazo de los comportamientos sexuales.
- Dotar a los jóvenes de habilidades de relación, comunicación, autoeficacia y asertividad para la realización de un sexo más seguro.
- Maximizar los beneficios y minimizar los costes derivados de la utilización de las medidas preventivas eficaces.
- Fomentar los hábitos de higiene y cuidado personal.
- Legitimar y explicar el sentido de los recursos asistenciales y sanitarios para jóvenes.

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

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

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

El programa se ha aplicado a los **2 grupos de alumnos-as que cursan 1º BACHILLER** en el Liceo ($N=40$).

El programa, que se ha aplicado en el mes de Enero del actual curso 2006-07, ha tenido una duración de **10 horas**, distribuidas en **5 sesiones de 2 horas** cada una. Atendiendo a las características psicosexuales de los y las adolescentes y a los modelos psicosociales sobre la adopción de conductas saludables (ver capítulo 1), a lo largo de las distintas sesiones aplicadas, se han abordado los siguientes **contenidos**:

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

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

- **Método Magistral.-** El monitor, utilizando la palabra como medio de comunicación, enseña a sus alumnos sus conocimientos. Este método se ha realizado en su forma **Semiactiva**, es decir, la vía de transmisión de la información es la palabra pero apoyada por recursos materiales y combinándola con las intervenciones de los alumnos.
- **Subgrupos. Phillips 66.-** Es una técnica que se utiliza para fomentar la comunicación y participación de las personas que intervienen en un grupo de trabajo. Esta técnica sirve para favorecer la operatividad, facilitar la participación, fomentar la comunicación entre los miembros del grupo y romper con ciertas estructuras rígidas informales.
- **Brainstorming (Lluvia o Tormenta de Ideas).-** Es un método de trabajo que se utiliza para aportar el mayor número de ideas sobre un tema o problema, a partir de grupos de trabajo, cuyos participantes debían estar liberados de los prejuicios sobre la expresión de sus ideas.
- **Discusión Dirigida.-** Consiste en la profundización de temas, a través de preguntas que el monitor dirige al grupo y que dan lugar a la discusión de las distintas actitudes, creencias y valores, sin prejuicios, con honestidad, claridad, corrección y libertad crítica. Los objetivos planteados son: despertar el interés de los participantes, estimular su capacidad de razonamiento, fomentar la aptitud de expresar ideas con claridad y exactitud, conocer y analizar las distintas opiniones y actitudes, respetar las opiniones diferentes y saber defender las propias, llegar a algún tipo de acuerdo y extraer una serie de conclusiones.
- **Confrontación Chicos-Chicas.-** Consiste en estudiar los problemas que existen a la hora de relacionarse los dos sexos y en buscar posibles soluciones. Esta técnica se ha utilizado para fomentar la comunicación, comprensión y respeto entre los sexos.
- **Estudio de las Consecuencias de una Conducta.-** Este método permite analizar las consecuencias derivadas de una conducta, tanto de forma inmediata como a largo plazo.
- **Análisis de los Factores implicados en una Conducta.-** Este método ha permitido analizar los factores que nos conducen a adoptar una decisión determinada. Esta técnica se utiliza para incidir en el desarrollo de habilidades que permiten a la población adolescente/juvenil ser más reflexiva con sus conductas sexuales.
- **Método del Caso.-** Permite conocer mejor los elementos que deben tenerse en cuenta al analizar una situación y las líneas a seguir para tomar una decisión. En esta línea se desarrolla el conocimiento, comprensión, simplificación y objetividad de la situación.
- **Modelaje.-** Este método consiste en la escenificación por parte de la monitor/a de determinadas escenas, con el fin de enseñar ciertas actitudes y normas de comportamiento encaminadas a la prevención de situaciones de riesgo.
- **Role-Playing.-** Consiste en la representación de escenas de la vida real, con el fin de aprender ciertas actitudes y normas de comportamiento encaminadas a la prevención de conductas de riesgo. Se ha utilizado para desarrollar formas del saber hacer, habilidades de comunicación en la relación con otras personas, para analizar las creencias, actitudes y comportamientos que tienen las personas ante determinadas situaciones de la vida y para evaluar el impacto de la intervención en los jóvenes.
- **Elaboración de la Matriz de Costes y Beneficios de las Conductas Preventivas.-** Esta matriz se ha utilizado para analizar las ventajas y desventajas derivadas de la utilización de cada una de las conductas preventivas, facilitando la elección de la medida de protección más adecuada para cada uno de los participantes.

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

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

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

1. Selección de 3 alumnos-as de 1º de Bachillerato que hayan participado en el Programa de Educación Sexual aplicado por las técnicas por cada grupo de 4º de ESO que haya en el Centro.
2. Entrenamiento de estos-as jóvenes como "Agentes de Salud".
3. Aplicación de un Programa de Educación Sexual “Por Pares” por parte de los-as jóvenes entrenados y dirigido a los-as alumnos-as del curso de 4º de ESO.
4. Sesión Informativa-Evaluativa dirigida al alumnado de 4º de ESO.
5. Supervisión de la aplicación del Programa: "Agentes de Salud" (ver apartado de evaluación).

2.3.1.- CAPTACIÓN DE JÓVENES

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

Este año *el número de voluntarios* ha sido de **10 personas**, lo que representa una cuarta parte de los-as alumnos-as de 1º de bachillerato que se les ha propuesto participar en esta experiencia (25%). Además, esta cifra implica más personas de las que se necesitaban para llevar a cabo la intervención “Por Pares”. Todo ello evidencia la buena acogida que tiene esta iniciativa, ya que una parte de los-as alumnos-as que el curso anterior recibieron el Programa "Por Pares" expresan su gran motivación e interés para participar en esta experiencia.

2.3.2.- ENTRENAMIENTO DE JÓVENES

Se ha entrenado a estos-as **6 jóvenes como "Agentes de Salud"** para que ellos-as sean los-as transmisores de los aspectos informativos, actitudinales y comportamentales en las sesiones que han impartido a los 2 grupos de 4º de ESO. El entrenamiento ha tenido una duración de **6 horas**, realizándose en **tres sesiones de 2 horas**. La preparación de las sesiones se ha realizado de forma conjunta (6 alumnos-as y una técnica en educación sexual). Este entrenamiento ha consistido en resolver las dudas informativas que se han planteado después del programa realizado y en formarles en las técnicas grupales que facilitan la participación de los y las jóvenes.

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

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

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

2.3.3.- APLICACIÓN DEL PROGRAMA “POR PARES”

El alumnado entrenado como "Agentes de Salud" han aplicado **3 sesiones de dos horas** al alumnado, $N=49$, que cursa 4º de ESO, respetándose los grupos naturales ($N=2$).

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

La **metodología** empleada para abordar los temas descritos ha tratado de fomentar la participación y el debate entre los "Agentes de Salud" y los-as alumnos-as que han recibido este programa, a través de técnicas participativas ya descritas anteriormente, como son: método magistral semiactivo, discusión dirigida, subgrupos, brainstorming, barómetro de valores, estudio de las consecuencias de una conducta, modelaje y role-playing.

2.3.4.- SESIÓN INFORMATIVA-EVALUATIVA

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

2.4.- INTERVENCIÓN DIRIGIDA A FAMILIAS

A las **familias del alumnado de 4º de ESO y 1º de Bachillerato** se les ha ofrecido la posibilidad de participar en **una conferencia informativa de 2 horas de duración** sobre el tema de la sexualidad y la realización de la campaña de educación sexual en el centro. Esta conferencia se ha realizado después de la aplicación de los programas, con el fin de explicar a las familias la necesidad de este tipo de intervenciones, e informales sobre los diferentes programas que se habían aplicado en el centro, es decir, sus objetivos, contenidos, metodología y evaluación. También se les ha proporcionado los resultados obtenidos de la evaluación de los programas aplicados, así como las actitudes observadas en cada uno de los grupos durante el desarrollo de las sesiones. Asimismo se han planteado las líneas de actuación para cursos venideros.

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

PROCEDIMIENTO DE LA EVALUACIÓN: ALUMNADO

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

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

3.1.- EVALUACIÓN DE PROCESO

3.1.1.- EVALUACIÓN DE PROCESO: ESO Y BACHILLERATO

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

Tabla 3.1: Descripción de la Escala de Evaluación de Pde los Programas de Edu.Sexual dirigidos al Alumnado

TEMAS	VARIABLES	ESCALAS DE RESPUESTA
Socio-demográficos	Sexo	1 Hombre 2 Mujer
	Edad	Item abierto
	Curso	Item abierto
Aspectos generales	Valoración General	1 Totalmente Negativo a 6 Totalmente Positivo
	Satisfacción	1 Totalmente Insatisfecho a 6 Totalmente Satisf.
	Utilidad	1 Nada útil a 6 Totalmente útil
	Duración	1 Demasiado Corto a 7 Demasiado Largo
Actitud participantes	Participación	1 Nada Participativo a 6 Totalmente Participa.
	Interés	1 Nada Interesado a 6 Totalmente Interesado
Información	Comprensión	1 Totalmente Incompren. a 6 Totalmente Comprensible.
Metodología	Adecuación	1 Nada Adecuada a 6 Totalmente Adecuada
Cambios	Información	1 Ninguno a 6 Sobresaliente
	Actitudes	1 Ninguno a 6 Sobresaliente
	Comportamientos	1 Ninguno a 6 Sobresaliente
Profesionales	Actuación	1 Deficiente a 6 Sobresaliente
	Razones	Item abierto: Razonar la respuesta dada

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

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

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

Los resultados obtenidos se han analizado con el programa estadístico SPSS 12.00 versión windows. Básicamente en este tipo de evaluación, se han aplicado los *estadísticos descriptivos de tendencia central* (media, frecuencias, porcentajes) y de *dispersión* (desviación típica).

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

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

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

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

3.2.- EVALUACIÓN DE IMPACTO

3.2.1.- DISEÑO METODOLÓGICO

También se ha llevado a cabo una *evaluación del impacto* de los Programas de Educación Sexual impartidos por Profesionales y del Programa “Por Pares” sobre los conocimientos, actitudes y conductas de los-as alumnos-as que cursan *1º de BACHILLERATO y 4º de ESO*. La evaluación se ha llevado a cabo en 2 sesiones de media hora, en la forma que se describe a continuación:

■ **Tiempo 1 (Pre-test).**- Antes de aplicar el programa se les ha administrado a todos los grupos (4º de ESO y 1º de Bachillerato) unas escalas que recogen la información sobre los aspectos que se iban a abordar en cada una de las intervenciones (ver apartado de instrumentos de medida).

■ **Tiempo 2 (Post-Test).**- Estos grupos han cumplimentado las mismas escalas señaladas, al finalizar las intervenciones (post-test). Por tanto, se ha aplicado el siguiente *diseño cuasi-experimental pre-post sin grupo control* (ver tabla 3.3):

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

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

Pre-test	Programa	Post-test
O ⁰	X	O ¹

O = Observación o tiempo de aplicación de los instrumentos de medida.

0 = Pre-test y 1= Post-test; X = Programa.

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

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

3.2.2.- INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN

Entre las variables dependientes que evaluamos incluimos por un lado los aspectos correspondientes a la etapa del proceso psicosexual en la que se encuentran y por otro lado aquellas que han resultado más predictivas de las conductas de riesgo y de prevención según los

modelos de actitudes y creencias más utilizados en el ámbito sanitario y que han sido abordadas durante la realización de los programas (ver capítulo 1). En cuanto a la operativización de estas variables, a continuación pasamos a describir detalladamente el instrumento de medida utilizado.

- *Estatus sociodemográfico*. En este apartado a través de preguntas cerradas y abiertas se han recogido datos como: sexo, edad, centro escolar, nivel y tipo de estudios.
- *Comportamiento sexual*. En este caso se ha evaluado el nivel de experiencia sexual de los jóvenes, así como su actividad sexual actual.
 - Nivel de experiencia sexual: Para obtener esta información se ha utilizado la Escala de Schofield (1965, 1973) que consta de 5 niveles:
 - Nivel 1: Sin experiencia sexual.
 - Nivel 2: Experiencia limitada de besos y caricias.
 - Nivel 3: *Petting*. Experiencia sexual de todo tipo sin incluir el coito.
 - Nivel 4: Coito con una pareja.
 - Nivel 5: Coito con varias parejas.
 - Comportamiento sexual actual: Se ha valorado a través de tres niveles, que se han obtenido unificando los niveles 2 y 3 por un lado, y 4 y 5 por otro:
 - Nivel 1: Sin relaciones sexuales.
 - Nivel 2: *Petting*. Relaciones sexuales de todo tipo sin incluir el coito.
 - Nivel 3: Relaciones sexuales coitales.
- *Comportamiento sexual preventivo*. Se han elaborado una serie de preguntas sobre la utilización de métodos de preventivos para estudiar la conducta de protección de los jóvenes con experiencia sexual coital (Ubillos, 1995, 2002):
 - Frecuencia de uso de métodos anticonceptivos. Este ítem tiene tres opciones de respuesta: siempre, a veces o nunca.
 - Tipo de métodos anticonceptivos utilizados. Esta pregunta consta de 4 alternativas de respuesta múltiple que corresponden a distintos métodos preventivos (coito interrumpido, píldora, preservativo y otros) y los jóvenes pueden señalar varias opciones.
- *Percepción de control y autoeficacia*. Esta escala es una versión del *Contraceptive Self-efficacy Instrument de Levinson* (1984, 1986) adaptada por Ubillos et al. (1995, 2002). Se han utilizado 3 ítems para evaluar la capacidad de control en situaciones de intimidad sexual, cuyas respuestas tiene tres opciones: siempre, a veces o nunca.
- *Percepción de susceptibilidad o riesgo percibido hacia el embarazo y el SIDA*. El estudio de Condelli del año 1986, también nos ha servido de referencia para diseñar esta escala. Se han utilizado 2 ítems (1 para el embarazo y 1 para el SIDA), cuyas respuestas se miden mediante una escala tipo Likert de 6 puntos (de 1=totalmente improbable a 6=totalmente probable).
 - Embarazo: Percepción de riesgo de embarazo.
 - SIDA: Percepción de riesgo de SIDA.

- *Costes y beneficios del preservativo.* Se ha elaborado una versión de las escalas utilizadas en las encuestas KABP (*Knowledge, Attitudes, Beliefs and Practices*) que se han diseñado para controlar la evolución de la percepción pública del SIDA así como los cambios en la conducta para examinar la percepción de costes y beneficios derivados del uso del preservativo. Esta escala, adaptada por Ubillos et al. (1995, 2022) está formada por 18 ítems, 10 ítems para los costes (p.e., interrumpe el acto sexual, disminuye el placer) y 8 para los beneficios (p.e., previenen el SIDA, son fáciles de usar). Tiene 3 opciones de respuestas: Verdadero, Falso o No Sé.
- *Conocimientos.* Se han diseñado 42 ítems sobre las normas de utilización del preservativo, el Embarazo No Deseado (END) y mitos de la transmisión sexual del VIH/SIDA. En este caso, las opciones de respuesta son verdadero, falso o no sé (Ubillos et al., 1995, 2002).

3.2.3.- ANÁLISIS ESTADÍSTICOS

Los datos obtenidos en el proceso de evaluación se han analizado con el programa estadístico SPSS 12.00 versión windows.

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

El *análisis T-Test* supone una comparación de las medias obtenidas por el grupo antes y después de la realización del programa. El *Chi cuadrado* implica una comparación de la distribución de los porcentajes en las distintas categorías de respuesta obtenidas por el grupo antes y después de la realización del programa. De esta forma, dichos análisis han permitido realizar una evaluación a corto plazo de los programas de educación sexual. Es decir, se ha analizado si existían cambios significativos del pre-test al post-test en los y las jóvenes que han participado en la intervención.

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

RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DE PROCESO: ALUMNADO

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

A continuación, se describen los datos obtenidos en cada uno de los cursos en los que se han aplicado los programas.

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

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

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

4.1.- EVALUACIÓN DE PROCESO: 1º BACHILLERATO

Esta evaluación ha sido realizada por **40 estudiantes**. El 42,5% son hombres (N=17) y el 55,5% mujeres (N=22). Desconocemos el sexo de una persona.

La edad media de estos-as estudiantes se sitúa en los 16,18 años (sd=0,38) y el rango de edad oscila entre los 16 y 17 años (ver tabla 4.1). Hay una persona que no nos ha dado este dato.

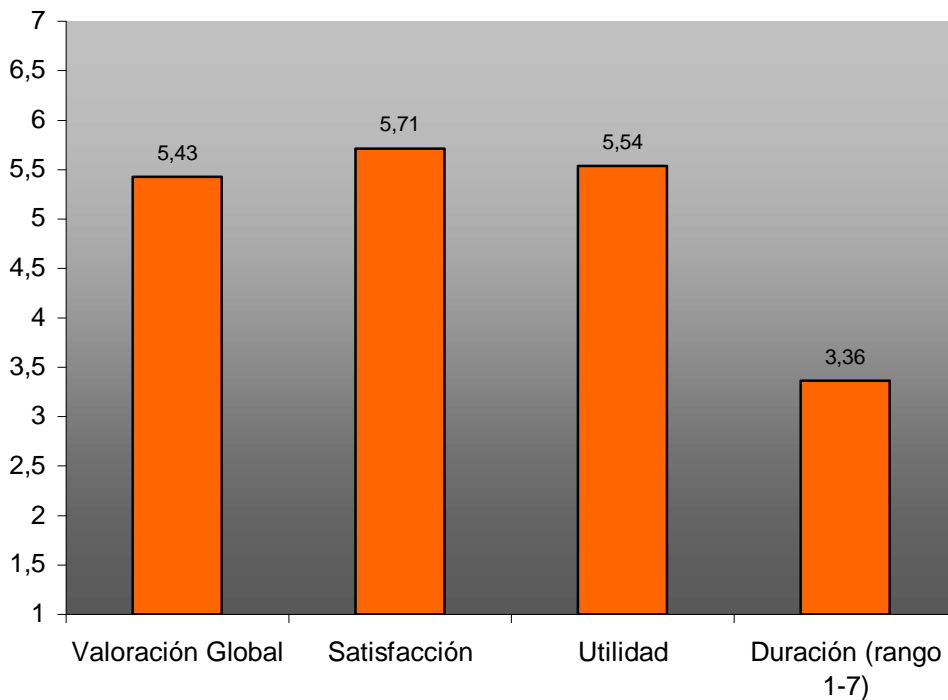
Tabla 4.1.- Distribución de la muestra en función de la edad: 1º Bachillerato

Edad	N	%
16	32	80
17	7	17,5
missing	1	2,5
Total	40	100

Como se observa en el gráfico 4.1, en relación a los *aspectos generales*, los alumnos-as han valorado el programa de educación sexual que han realizado de forma “muy positiva” (media=5,43, sd=1,28). De hecho, más de la mitad (55%) lo ha calificado de “totalmente positivo”

y ha sido un 10% el que lo ha calificado entre “positivo” y “muy positivo”. Sólo un 5% lo evalúa de forma negativa. A esta cuestión y a las siguientes no han respondido un 30% de los-as jóvenes.

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



Además, los-as alumnos-as manifiestan que se han sentido “totalmente satisfechos-as” con la realización del programa de educación sexual (media=5,71, sd=0,71). En este sentido, el 57,5% se ha mostrado “totalmente satisfecho-a” y el 10% dice sentirse “satisfecho-a” o “muy satisfecho-a”, y el resto, un 2,5% dice haberse sentido “insatisfecho”.

También, a las y los jóvenes les ha resultado “totalmente útil” el haber realizado el programa de educación sexual (media=5,54, sd=0,92). De hecho, el 52,5% ha expresado que el programa le ha parecido “totalmente útil”, el 12,5% dice que le ha parecido “útil” o “muy útil”, y el 5% considera que su realización no ha sido útil.

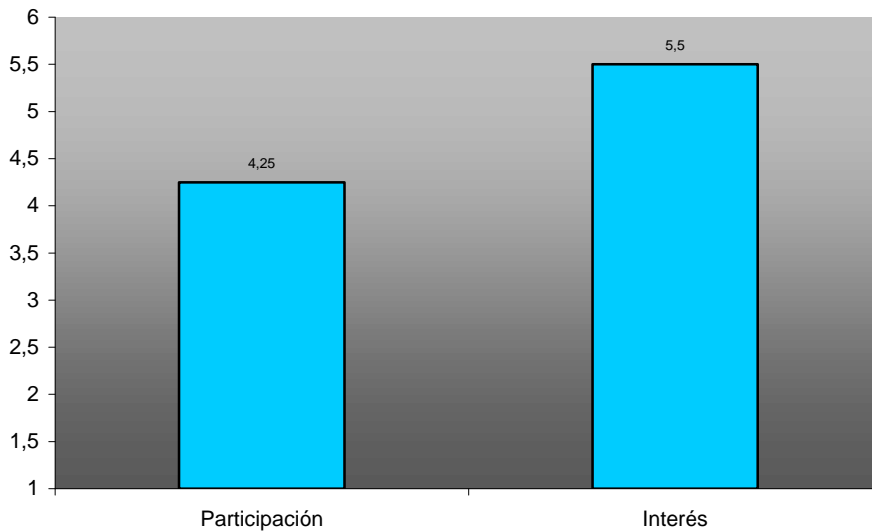
Por último, con respecto a la duración del programa, los-as jóvenes lo han valorado como “corto” (media=3,36, sd=1,45). De forma coherente con este dato, el 35% ha dicho que el programa le ha resultado “corto” o “totalmente corto”, al 27,5% “suficiente”, y el 7,5% lo considera entre “largo” y “totalmente largo”.

Otro de los aspectos que se ha evaluado es la *actitud de los grupos* durante la realización del programa (ver gráfico 4.2). Los y las participantes consideran que han sido “participativos-as” a lo largo de las sesiones (media=4,25, sd=1,35) y que se han mostrado “totalmente interesados-as” (media=5,50, sd=0,79).

De hecho, un 32,5% del alumnado considera que ha estado “muy o totalmente participativo” durante la realización del programa, mientras que un 17,5% dice haber sido “participativo-a”. Un 20% considera que ha sido “algo participativo” y o “poco participativo”. Nos encontramos con un 30% que no ha respondido ni a esta pregunta ni a la siguiente.

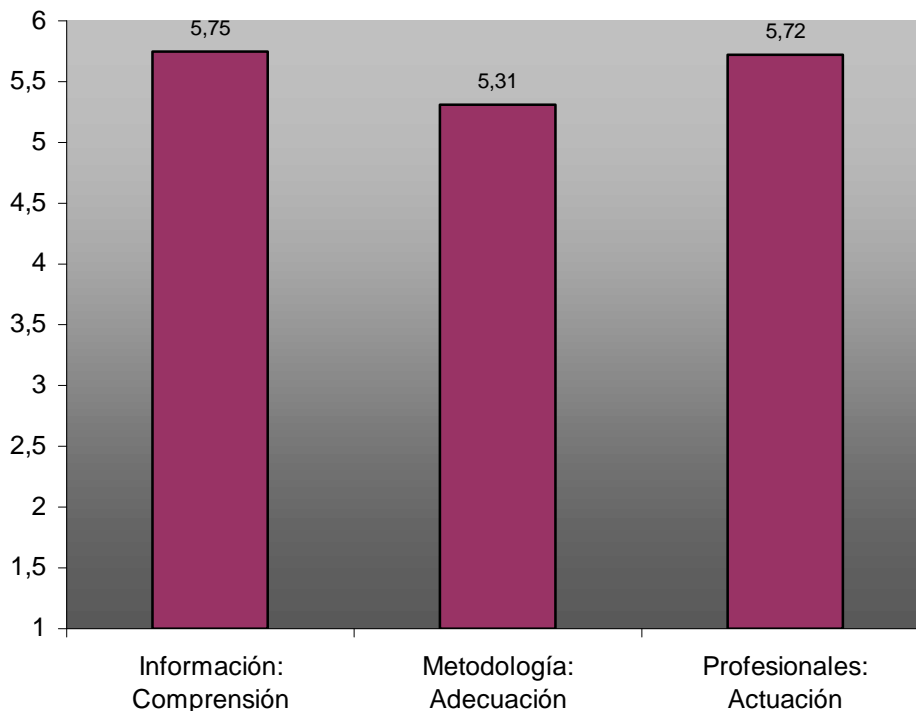
En cuanto al interés que han mostrado los alumnos, el 12,5% afirma que se han sentido “interesados”. Confirmando la valoración positiva que han hecho los-as jóvenes sobre su actitud, encontramos que más de la mitad partes (57,5%) se ha mostrado “muy o totalmente interesado”.

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



En tercer lugar se han evaluado los *aspectos estructurales* del programa que han sido la comprensión de la información, la adecuación de la metodología y la actuación de las profesionales (ver gráfico 4.3). Los y las estudiantes consideran que la información proporcionada durante el programa ha sido “totalmente comprensible” (media=5,75, sd=0,52) y que la metodología utilizada ha sido “muy adecuada” (media=5,31, sd=1,20). Con respecto a la información, el 55% la ha evaluado como “totalmente comprensible” y el 15% restante lo ha hecho como “comprensible” o “totalmente comprensible”. El 30% de jóvenes no responde a esta cuestión. La metodología utilizada ha sido considerada por el 47,5% como “totalmente adecuada” y el 20% lo considera “adecuada” o “muy adecuada”. Sin embargo, un 5% no lo considera adecuada. El 27,5% no nos ha dado su opinión sobre esta cuestión y tampoco sobre la

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



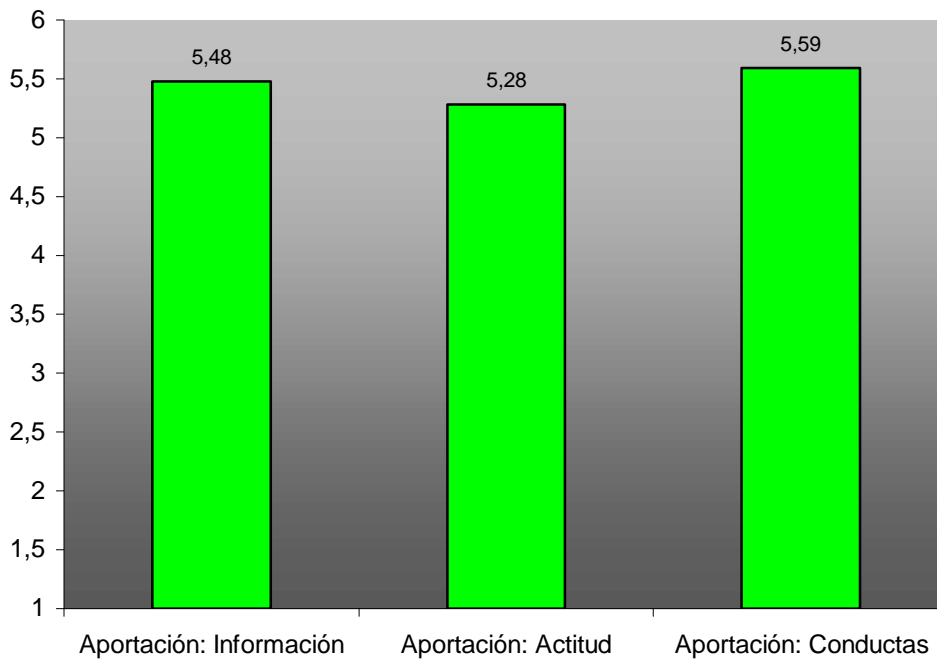
siguiente.

Las profesionales responsables de impartir el programa han sido calificadas con un “sobresaliente” (media=5,72, sd=0,65). Los porcentajes se distribuyen de la siguiente manera: un 57,5% las ha valorado con un “sobresaliente”, un 12,5% con un “notable” y un 2,5% con un “suficiente”.

Por último, el alumnado ha evaluado las *aportaciones* del programa en cuanto a la información, y los cambios producidos en las actitudes y comportamientos. Como se aprecia en el gráfico 4.4, los y las participantes puntúan la información proporcionada por el programa, así como los cambios en las actitudes con un “notable” (media=5,48, sd=0,73; media=5,28, sd=0,99 respectivamente) y los comportamientos con un “sobresaliente” (media=5,59, sd=0,62).

De esta manera, el 45% ha valorado con un “sobresaliente” la información que le ha aportado el programa, el 17,5% con un “notable”, y el 10% con un “bien”. Un 27,5% no responde a ninguna de estas tres preguntas.

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



Con respecto a los cambios que el programa ha producido en las actitudes, el 40% de las y los jóvenes los puntúa con un “sobresaliente”, otro 17,5% con un “notable”, el 12,5% con un “bien” y el 2,5% lo califica como insuficiente. Sigue sin responder el mismo número de alumnos-as.

La influencia del programa sobre los comportamientos ha sido evaluado por el 47,5% de los-as estudiantes con un “sobresaliente”, por otro 20% con un “notable” y por el 5% con un “bien”.

4.2.- EVALUACIÓN DE PROCESO: 4º de ESO

4.2.1.- ALUMNADO DE 4º DE ESO

Cuarenta y nueve han sido los y las que han realizado esta evaluación. El 49% son hombres (N=24) y el 46,9% mujeres (N=23). Desconocemos el sexo de 2 personas. La edad media de estos-as estudiantes es de 15,25 años (sd=0,48) y el rango de edad oscila entre los 15 y 17 años (ver tabla 4.2).

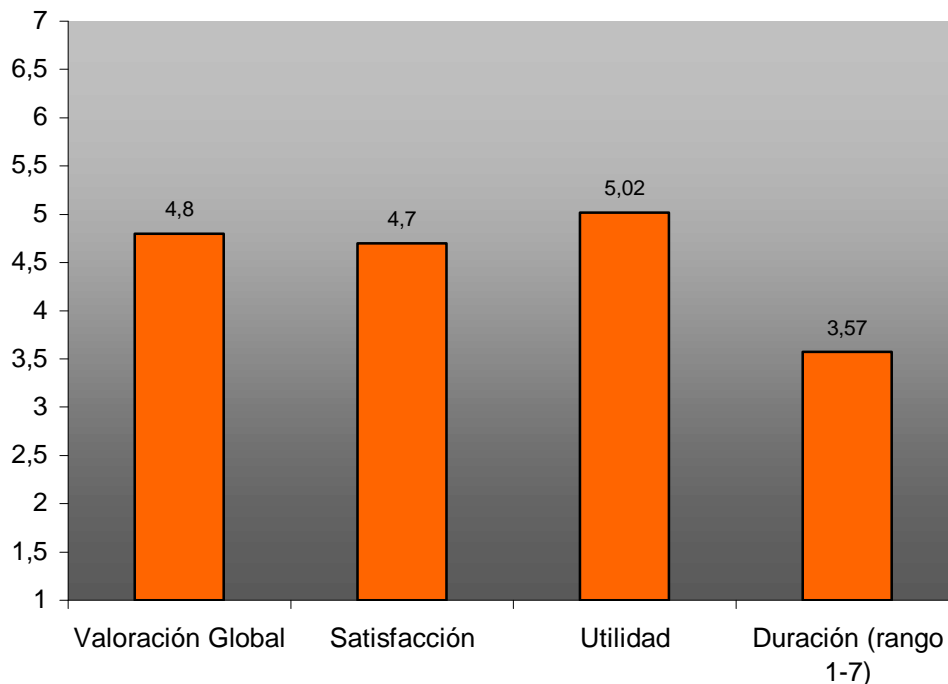
Tabla 4.2.- Distribución de la muestra en función de la edad: 4º de ESO

Edad	N	%
15	37	75,5
16	10	20,4
17	1	2
Missing	1	2
Total	49	100

En la siguiente gráfica podemos observar los resultados obtenidos respecto a los *aspectos generales* del programa. Los-as alumnos-as han valorado de forma “muy positiva” las sesiones recibidas (media=4,80, sd=1,32). Más de la mitad del alumnado, (69,4%) ha manifestado que las formaciones han sido “muy positivas” o “totalmente positivas” y el 10,2% dice que han sido “positivas”. Por el contrario, otro 10,2% lo ha valorado negativamente. El 10,5% no nos aporta información sobre ninguna cuestión.

Además, estos-as estudiantes consideran que la realización del programa les ha resultado “muy satisfactoria” (media=4,70, sd=1,17). Así, el 79,5% ha manifestado sentirse entre “satisfecho” y “totalmente satisfecho”, mientras que el 10,2% dice estar entre “insatisfecho” y “totalmente insatisfecho”.

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

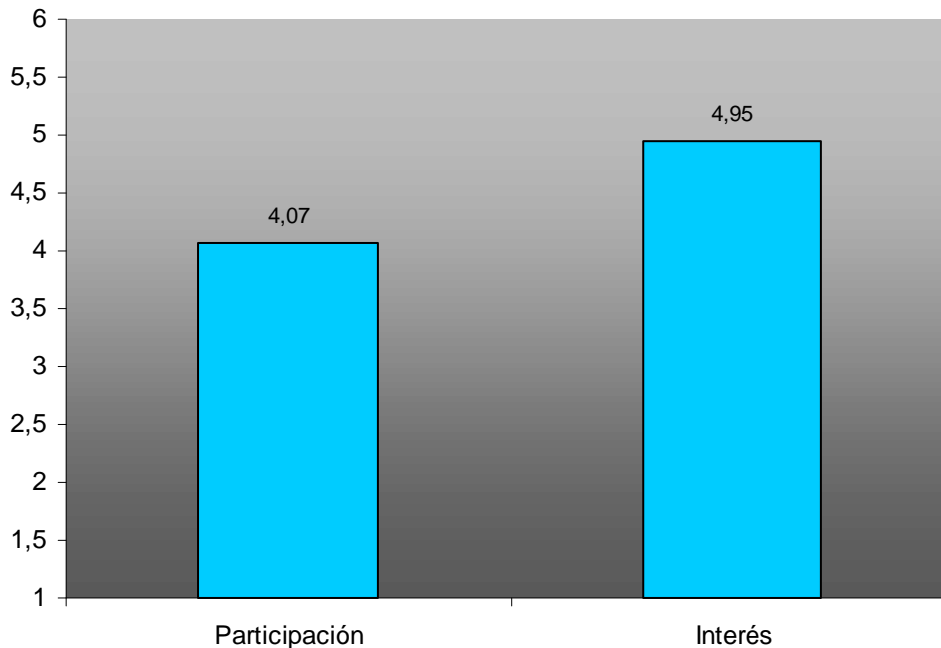


Respecto a la utilidad del programa, a los y las estudiantes les ha resultado “muy útil” (media=5,02, sd=0,95). Más de las tres cuartas partes (85,8%) ha expresado que le ha parecido “útil”, “muy útil” o “totalmente útil”. El 4% de las y los jóvenes no lo considera útil.

En cuanto a la duración, los-as jóvenes consideran que el programa les ha parecido “corto” (media=3,57, sd=1,5). En este caso, el 36,8% de los y las asistentes se sitúan entre “corto” y “totalmente corto”, el 38,8% dice que el programa ha tenido una duración “normal”. Un 14,2% de los jóvenes considera largo el programa.

En el gráfico 4.6 podemos ver los resultados obtenidos respecto a la *actitud de los grupos* durante la realización del programa. La puntuación media de los grupos se sitúa en que han sido “participativos” (media=4,07, sd=1,10). Así, el 65,3% de los-as estudiantes se sitúa entre “participativo” y “totalmente participativo”. Un 24,5% considera que ha sido “algo o poco participativo”. En cuanto al interés, los y las participantes consideran que se han sentido “muy interesados-as” (media=4,95, sd=0,86). En este caso, es importante señalar que el 30,6% se sitúan en “muy interesados-as”, un 28,6% se sitúa en “interesados-as” y el mismo porcentaje se sitúa en “totalmente interesados-as”, mientras que el 2% ha dicho haberse sentido “algo interesado”.

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

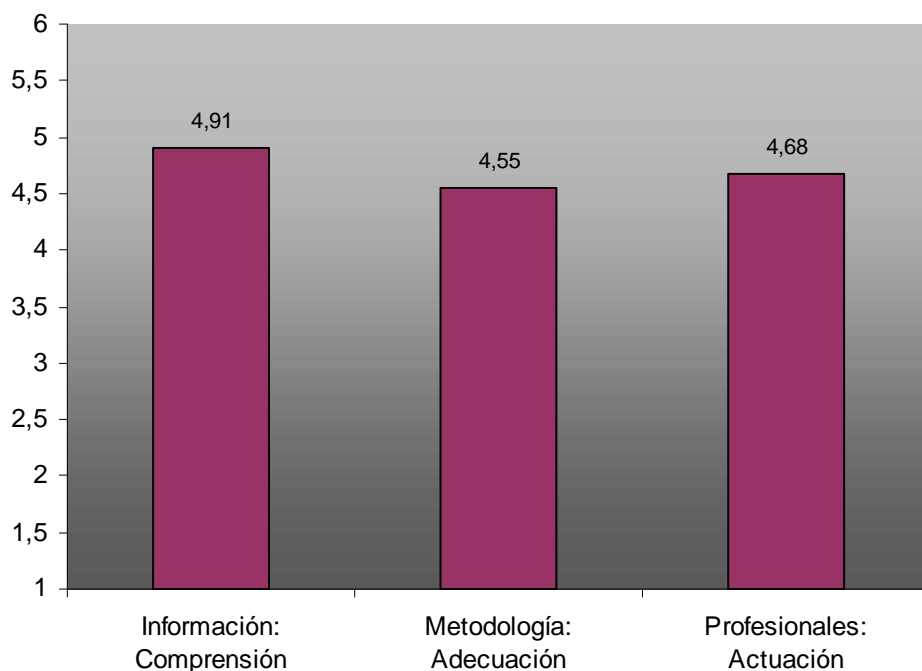


En el siguiente apartado se valoran los *aspectos estructurales* del programa (ver gráfico 4.7). De forma que las y los jóvenes consideran que la información proporcionada por éste ha sido “muy comprensible” (media=4,91, sd=0,98). El 87,7% de los participantes del grupo opina que la información que se le ha proporcionado durante el programa ha sido entre “comprensible” y “totalmente comprensible”, y a una persona (2%) le ha resultado incomprensible.

En cuanto a la metodología empleada, los-as alumnos-as la han calificado como “muy adecuada” (media=4,55, sd=0,95). El 38,8% valora este aspecto como “adecuado” y el 42,8% como “totalmente o muy adecuado”. Un 8,1% dice que no le han resultado adecuadas las dinámicas que se han aplicado a lo largo de las sesiones.

Respecto a la calificación que han dado a las responsables de aplicar el programa, la puntuación media se sitúa en “notable” (media=4,68, sd=1,19). Un 51% de los alumnos-as las califican entre “notable y sobresaliente”, un 30,6% con un “bien”, un 2% con un “suficiente”, y un 6,1% con un “insuficiente” o “muy deficiente”.

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



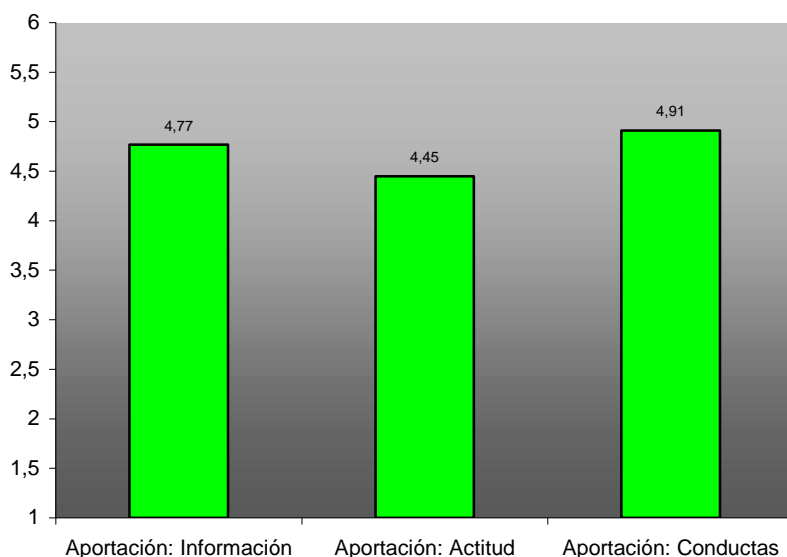
En el gráfico 4.8 se observan las valoraciones que han realizado los-as alumnos-as en cuanto a las **aportaciones** del programa en la información, las actitudes y los comportamientos. Estos y estas jóvenes valoran con un “notable” los cambios habidos en la información (media=4,77, sd=0,85), en las conductas (media=4,91, sd=0,74) y valoran con un “bien” los cambios en las actitudes (media=4,45, sd=1,10).

Concretando los datos mencionados, más de la mitad del alumnado (53,1%) valora entre “notable” y “sobresaliente” los cambios informativos, el 32,7% los valora con un “bien”, y el 4,1% con un “suficiente”.

Respecto a los cambios en las actitudes, el 47% los valora entre “notable” y “sobresaliente”, el 30,6% los califican con un “bien”, el 4,1% con un “suficiente”, y por último, solamente el 8,2% los valora de forma “insuficiente”.

En cuanto a los cambios en los comportamientos, el 65,3% los evalúa como “notable” o “sobresaliente”, el 22,4% como “bien” y el 2% como “suficiente”.

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



4.2.2.- JÓVENES “AGENTES DE SALUD”

En este apartado se hace referencia a las valoraciones realizadas por los-as “Agentes de Salud” sobre el Programa que ellos han aplicado en 4º de ESO. Estos-as **6 alumnos-as** de 1º de BACHILLER, tienen una media de 16,25 años ($sd=0,50$). El 50% ($N=3$) de los participantes son hombres y la otra mitad ($N=3$) mujeres.

La **valoración global** que han hecho los-as “Agentes de Salud” del programa realizado ha sido “totalmente positiva” (Media=5,75, $sd=0,50$), evaluándolo el 50% de los-as asistentes como “totalmente positivo”, y el resto (16,7%) como “muy positivo”. Dos agentes no han contestado a ninguna cuestión (33,3%) (ver gráfico 4.9).

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



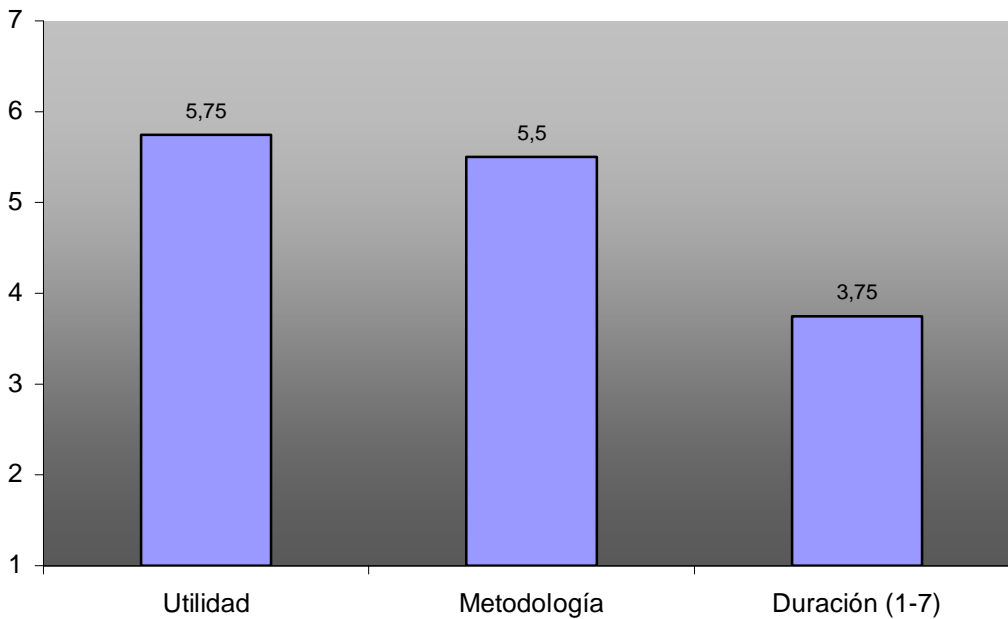
En cuanto a la **satisfacción**, dicen haber sentido “totalmente satisfechos-as” (Media=5,5, $sd=0,57$) con las sesiones de educación sexual, así el 33,3% dice estar “totalmente satisfecho”, y el resto (33,3%) “muy satisfecho”. La aplicación del Programa de Educación Sexual “Por Pares” les ha resultado “fácil” (Media=4,25, $sd=0,5$). De hecho, al 16,7% de los-as “Agentes de Salud” les ha parecido “muy fácil” y al 50% restante “fácil”.

Como se observa en el gráfico 4.10, en relación a la **utilidad**, estos-as jóvenes creen que el haber participado en el Programa de Educación Sexual “Por Pares” les será “totalmente útil” para sus vidas (Media=5,75, $sd=1$). Así encontramos que la mitad (50%) de los-as “Agentes de Salud” declara que ha sido “totalmente útil” y para el 16,7% ha sido “muy útil”.

Con respecto a su **duración**, dicen que el tiempo empleado les ha parecido “adecuado” (Media=3,75, $sd=0,50$). De forma que un 50% dice que les ha resultado “adecuado” y a un 16,7% dice que les parece “corto”.

Valoran la **metodología** empleada como “totalmente adecuada” (Media=5,5, $sd=0,57$). Atendiendo a la distribución de los porcentajes de respuesta, encontramos que para el 33,3% ha sido “totalmente adecuada” y para el 33,3% restante ha sido “muy adecuada”.

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



En cuanto a la **participación** de los-as alumnos-as de 4º de ESO, los-as “Agentes de Salud” consideran que han sido “participativos-as” (media=4, sd=0). Así encontramos que todos y todas las agentes que han contestado a esta pregunta dicen que el alumnado de 4º ha sido “participativo” (66,7%).

Los-as “Agentes de Salud” califican el **interés** que ha mostrado el alumnado de 4º como “interesados-as” (media=4,25, sd=0,95). El 33,3% manifiesta que los-as alumnos-as de 4º han estado “muy interesados”, el 16,7% cree que han estado “interesados-as” y el 16,7% restante dice que los y las de 4º han estado “algo interesados-as”.

Con respecto a la **utilidad** de la experiencia, consideran que les resultará “totalmente útil” (media=5,50, sd=1) para sus vidas. En este caso, un 50% manifiesta que les resultará “totalmente útil” y el 16,7% restante dice que les será “útil”.

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

