

Educación y prevención del SIDA

Alfonso García Martínez*

Universidad de Murcia

Resumen: Ante las dificultades que, desde el punto de vista de la salud, encuentran las sociedades actuales para combatir eficazmente la pandemia del VIH/SIDA, este artículo pasa revista a la importancia que revisten las representaciones sociales de la enfermedad a la hora de plantearse medidas preventivas eficaces por parte de los sujetos. Del mismo modo, se analiza la relevancia del trabajo educativo desde las primeras edades para capacitar a los sujetos y que estos adopten los comportamientos que mejor se adapten a la preservación de la salud y al incremento de los recursos que faciliten una mejor calidad de vida.

Palabras clave: VIH/SIDA; educación para la salud; representaciones sociales; percepción del riesgo; cambio comportamental; jóvenes; grupos de iguales.

Title: AIDS' prevention and education.

Abstract: Before the difficulties that, from the point of view of the health, they find the current societies to combat the pandemic of the HIV/AIDS efficiently, this article happens it has to the importance that they have the social representations of the illness when thinking about effective preventive measures on the part of the fellows. In the same way, the relevance of the educational work is analyzed from the first ages to qualify the fellows and that these they adopt the behaviors that better they adapt to the preservation of the health and the increment of the resources that facilitate a better quality of life.

Key words: HIV/AIDS; health education; social representations; perception of the risk; comportamental change; young people; peers.

1. Introducción

La epidemia del VIH/SIDA, que se expandió a principios de la década de los ochenta, ha vuelto a poner en primer plano la intrincada relación existente entre la conducta del individuo y el desarrollo de una enfermedad. Cuando el progreso de la medicina hacía prever la progresiva erradicación de muchas enfermedades infecciosas epidémicas, se extiende con vertiginosa velocidad, tanto en las sociedades más avanzadas como en países subdesarrollados, una enfermedad que, a pesar de intensas campañas de prevención e información, resulta de muy difícil erradicación entre los individuos.

Paralelamente, en los últimos años, se ha desarrollado una nueva perspectiva en la manera de entender la salud y la enfermedad basada en las *aportaciones procedentes de las ciencias sociales y de la educación*, lo que ha permitido que, paralelamente a la progresiva sofisticación de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, se haya puesto en práctica una perspectiva integradora que trata de incorporar las dimensiones psicológicas, educativas y sociales que pudieran ser relevantes para la explicación de la enfermedad, su prevención, su evolución, pronóstico y tratamiento. Especialmente por el interés en generar conocimientos y habilidades que permitan afrontar los riesgos con garantías y, por esta vía, impedir el desarrollo de la pandemia y, en su caso, la exclusión de los ya contagiados. Ciertamente, en la epidemia del VIH/Sida se dan cita toda una serie de problemas relacionados con la naturaleza del impacto social de esta enfermedad: la juventud de los individuos contagiados, la incidencia de las representaciones sociales existentes en los campos donde se corre el riesgo de transmisión y la vulnerabilidad sociopsicológica de muchos de los sujetos que se enfrentan a prácticas potencialmente peligrosas para su salud.

2. Sida y representaciones sociales

A lo largo de la historia, verse alcanzado por ciertas enfermedades ha constituido un estigma. La palabra estigma evoca una huella, una marca vergonzosa, una mancha, secuelas o cicatrices, con lo que suele proyectar un profundo descrédito, que debemos apreciar en términos de relación y no de atributo, sobre sus portadores. Según Goffman (1975, pp. 13-14):

toda persona afectada por un estigma corre un fuerte riesgo de conocer la suerte del individuo desacreditado y la del individuo desacreditable [...]. En general, se puede distinguir tres tipos de estigmas. En primer lugar, están las monstruosidades del cuerpo, las diversas deformidades. Después, se encuentran las taras del carácter que, a los ojos ajenos, toman la forma de una falta de voluntad, de pasiones compulsivas o antinaturales, de creencias disparatadas y rígidas, de deshonestidad, y de las que se infiere su existencia en un individuo porque se sabe que es o ha sido, por ejemplo, perturbado mental, encarcelado, drogadicto, alcohólico, homosexual, parado, suicida o de extrema izquierda. Por último, existen los estigmas tribales que son la raza, la nacionalidad y la religión, que pueden transmitirse de generación en generación y contaminar también a todos los miembros de una familia.

En ciertos casos, esta representación de la enfermedad como estigma ha permanecido como una estructura invariante en la cultura occidental, por muy descabellado que teóricamente pueda parecer (Sontag, 1996). Estas enfermedades, ya sean contagiosas o transmisibles, eran y siguen siendo una entidad enemiga, exterior, negativa, representada como un mal que hemos de combatir en tanto que vinculada a una falta o a un estigma. La aparición del sida vino a reforzar esta estigmatización, en el sentido de que, en sus inicios, esta enfermedad afectó a personas desacreditadas o desacreditables socialmente y definidas como pertenecientes a un determinado "grupo de riesgo": homosexuales, toxicómanos, prostitutas, etc. (García, 1997).

* **Dirección para correspondencia [Correspondence address]:** Alfonso García Martínez. Deptº de Teoría e Historia de la Educación. Facultad de Educación. Universidad de Murcia (Campus de Espinardo). Aptdo. correos 4021, 30080 Murcia (España). E-mail: alfonsog@um.es

Hoy la tensión entre la moralización y las tentativas de culpabilización de la enfermedad del sida sigue existiendo y, a pesar de los progresos en el tratamiento de la enfermedad y la prolongación de la esperanza de vida de los afectados, el miedo a la estigmatización sigue vivo. Los enfermos y sus parientes no se atreven todavía a hablar libremente de ello, las manifestaciones públicas son circunscritas en el espacio y en el tiempo, al tiempo que las modalidades funerarias (esqueletos, tipo de creencias, etc.) muestran los límites de la visibilidad social de la enfermedad (Tarabay, 2000).

3. Los cambios en los comportamientos sexuales

En general, se supone que al introducir el riesgo de infección por una enfermedad mortal, tanto en homosexuales como en heterosexuales, la pandemia del sida ha modificado el contexto de ejercicio de la sexualidad. Teóricamente, la gravedad del riesgo latente debería haber provocado cambios radicales en ese ejercicio. Pero ¿hasta qué punto es esto así? Las investigaciones realizadas en diversos países europeos muestran que el sida no ha transformado radicalmente la actividad sexual de la inmensa mayoría de la población, y que las adaptaciones observadas, en especial entre los grupos más afectados, se inscriben en tendencias ya consolidadas con anterioridad, siendo demasiado prematuro afirmar si tales adaptaciones tendrán un carácter duradero (Bajos, Bozón, Ferrand, Giami, Spira, *et al.*, 1998). Así, por ejemplo, la pandemia no parece haber tenido un efecto duradero sobre la edad en que se produce la primera experiencia sexual, ya que ésta se ha mantenido estable durante veinte años, e incluso en los años 90 ha comenzado a bajar (Bajos *et al.*, 1998).

Han sido los hombres homosexuales quienes más han tenido en cuenta la nueva situación, al combinar diversas formas de adaptación al riesgo, en un ejercicio muy racionalizado de la sexualidad que, sin embargo parecía estar presente antes del sida. Es el caso de la utilización regular del test, así como la práctica del sexo seguro (renuncia a la penetración, uso del preservativo), especialmente en las relaciones secundarias, mientras que las estables o principales suelen estar menos protegidas (Pollack, 1988). Una consecuencia ha sido la aspiración a constituir parejas estables de mayor duración entre estos hombres.

Entre los heterosexuales, los que han sido más sensibles al nuevo contexto han sido las personas que tienen varios/as compañeros/as. En esta situación, las mujeres se adaptan al riesgo por medio de una mayor selectividad en la elección de sus compañeros, mientras que los hombres, cuando tienen en cuenta el riesgo, están más inclinados a utilizar el preservativo, que permite no tener que limitar el número de experiencias, sobre todo en las relaciones ocasionales. En suma, ni entre ellos ni entre ellas se puede hablar de un verdadero cambio de comportamiento.

A su vez, la introducción masiva del preservativo en las relaciones sexuales de los jóvenes no indica, contra lo que

sugieren las apariencias, el surgimiento de una nueva práctica estable; ya que se trata de un método temporal que se da en el curso de una relación y define ante todo una fase de iniciación, institucionalizando un período de incertidumbre y de prueba en los inicios de las relaciones de los jóvenes. De modo que, cuando la relación está en vías de estabilización, el preservativo es inmediatamente abandonado, adoptando los anticonceptivos orales en su lugar (Bosio, 1993).

El desarrollo de comportamientos de precaución y responsables, relacionados con el sida, se produce, por tanto, sin modificar las líneas de separación entre las relaciones estables o estabilizadas de las relaciones ocasionales o iniciáticas, ni entre hombres ni entre mujeres. De ello se desprende que la actividad sexual se ha visto muy poco afectada por el sida, ya que las reglas que rigen las relaciones entre las partes han cambiado muy poco y porque una epidemia no tiene la capacidad para modificarlas. Más aún, la diversidad de los modelos de comportamiento sexual, entre los hombres como entre las mujeres, no ha sido puesta en cuestión por el sida, que, en ese sentido, ha afectado poco a las costumbres precedentes.

4. La percepción del riesgo

La percepción de un sujeto acerca de si tiene o no un comportamiento de riesgo parece ser una variable compleja, que no tiene necesariamente un papel central en la adopción de comportamientos preventivos, contrariamente a los que suponen los modelos de corte individualista del “actor racional” (Abraham, Sheeran, Abrams, Spears *et al.*, 1991).

Los análisis sobre la utilización del preservativo como objeto de una decisión racional individual conducen también a interrogarse sobre el estatuto central acordado al riesgo en numerosos modelos interpretativos. Una de sus conclusiones más significativas se refiere a lo que se podría llamar “desclasificación” de la percepción del riesgo para uno mismo que los autores situados en la lógica de la acción racional conciben como una variable mediadora central. En las poblaciones estudiadas, consideradas de riesgo, se ha constatado que son sobre todo las consideraciones, de orden afectivo antes que cognitivo, relacionadas con la utilización del preservativo las que están vinculadas a su utilización efectiva. La percepción del riesgo para uno mismo funciona en estos modelos en un orden de finalidades —siempre crucial pero implícito— de conservar la salud y la vida (Bajos *et al.*, 2000).

Sin embargo, es la aceptación del medio (el preservativo) lo que jugaría un papel decisivo. Quizá sea porque el orden de los medios presente en este terreno un menor grado de incertidumbre, ya que representa una aprehensión directa, que el de los fines, que se refiere al crédito concedido a la ciencia o a evaluaciones probabilísticas abstractas y, por tanto, a una aprehensión indirecta. De un modo general, se ha puesto de manifiesto que entre los individuos que no están comprometidos en una relación estable desde hace más de cinco años, cuanto más se diversifica su repertorio de prácticas sexuales, en mayor medida adopta su comportamiento.

Del mismo modo, cuanto menos estructurado es ese repertorio, especialmente en los inicios en la vida de relación sexual, más fácil resulta integrar la prevención en sus esquemas de actividad sexual. De hecho, los comportamientos preventivos se relacionan muy a menudo con:

- a) una selección de las parejas, que tiende a reducir el riesgo de encontrarse con alguien que sea portador del virus;
- b) la limitación del número de relaciones potencialmente contaminantes;
- c) que los comportamientos tendentes a reducir el riesgo en el acto sexual mismo (utilización del preservativo) se conjugan muy a menudo con los dos anteriores, pero de modo diferentes en los hombres que en las mujeres.

Los individuos que no tienen una relación estable desde hace más de cinco años (los que no parecen tener una especial apetencia por la sociabilidad sexual, los que se han iniciado tardíamente en las relaciones sexuales y los que tienen un repertorio poco diversificado de prácticas sexuales) aceptan más fácilmente la reducción de las ocasiones de emprender unas nuevas relaciones sexuales, seleccionando más cuidadosamente sus parejas. Estas personas recorren menos al test de detección del sida, probablemente porque creen que el riesgo está descartado gracias a su propio comportamiento sexual previo.

La selección de las parejas se da más a menudo entre los individuos que tienen un marco normativo en el que la fidelidad es el elemento estructurador de la relación sexual. Esta selección es, por otra parte, mucho más frecuentemente realizada por las mujeres; ello les permite conocer mejor a sus compañeros antes del "paso al acto", y dejar de lado las relaciones potencialmente peligrosas, ya que una vez "comprometidas" ellas usan menos el preservativo. Tal comportamiento es coherente con las imágenes socialmente valorizadas de la sexualidad femenina: una sexualidad estable y amorosa en la que puede inscribirse el proyecto familiar. Pero responde también a la influencia de las normas "prácticas", es decir, aquellas que caso de no ser respetadas pueden acarrear sanciones de los más próximos, los amigos, los miembros de la familia o compañeros con los que se habla de la vida amorosa o sexual.

5. La negociación de la prevención

Más allá de su inscripción en las trayectorias individuales, los comportamientos preventivos dependen del marco más general de las relaciones sociales del sexo (Usieto y Satre, 1996). Especialmente significativo es el caso de la confianza: una pareja "bien seleccionada" comportaría así menos riesgo y menos necesidad de utilizar el preservativo o de hacerse el test. Para explicar la utilización del preservativo aparecen dos lógicas de conocimiento diferentes:

- a) Cuanto mayor es la distancia social, más se utiliza el preservativo. Así, parece que los individuos atribuyen una incertidumbre distinta a sus parejas según el lugar que ocupen (central o periférico) en la "red de sociabilidad". Esta construcción de un mapa social de los riesgos parece participar

de un proceso de eliminación del peligro fuera del círculo de la vida cotidiana, ya que los comportamientos de protección con las parejas ocasionales se adoptan de manera independiente de las informaciones que el individuo pueda tener de su pareja y, en especial, independientemente del conocimiento de su estatuto serológico.

- b) La segunda lógica responde al hecho de que una mayor proximidad afectiva va acompañada de una utilización más débil del preservativo: cuanto más enamorados están en la pareja, menos se protegen contra una enfermedad mortal. Asimismo, cuanto más regular es y más se prolonga en el tiempo una relación, menos se utiliza el preservativo, independientemente de cualquier otra característica de la relación, pero también con independencia del repertorio de prácticas sexuales.

Cuando la confianza se instaure, la utilización de un objeto cuyo significado es a menudo muy explícito (protegerse de una enfermedad mortal) es cada vez más difícil. Lo que subyace a esta visión es la idea de que sólo hay infidelidad cuando no se está enamorado. Sin embargo, en realidad, uno puede estar enamorado sin por ello ser necesariamente fiel. Esta situación refleja un claro enfrentamiento entre una *racionalidad preventiva*, que tiende a que las relaciones sexuales estén protegidas mientras que no se esté seguro de la seronegatividad de los dos miembros de la pareja, y una *racionalidad relacional*, que hace tanto más difícil la utilización del preservativo cuanto los miembros de la relación se conocen, independientemente de las informaciones disponibles sobre su estatuto serológico.

Por ello es necesario tener en cuenta los tipos de relación más que las características individuales, en función de los fuertes cambios de comportamiento de un mismo sujeto ante diferentes parejas. De modo que no es un individuo, tomado aisladamente, el que modifica sus comportamientos para hacer frente al riesgo de infección, sino un individuo inserto en un contexto social, miembro de redes de relaciones particulares que han desarrollado ciertos tipos de comportamientos preventivos. De ahí la necesidad de inscribir los cambios de comportamiento en el seno de esas redes que son, en definitiva, las que favorecen el cambio.

Consecuentemente, una prevención que se plantee alcanzar un riesgo cero no se corresponde con ninguna psicológica, social ni, desde luego, epidemiológica. El objetivo preventivo debería ser el de conseguir que los sujetos *redujesen los riesgos* introduciendo métodos más diversificados que vayan más allá de la simple utilización del preservativo, teniendo acceso a ciertas prácticas preventivas, sucesiva o simultáneamente, de relación sexual. Por este motivo, los mensajes preventivos deben ser estructurados en términos de diversidad de medios de prevención (preservativo, relación monogámica, utilización del test, abandono de la práctica de penetración, etc.). En efecto, es fundamental tener en cuenta los obstáculos de fondo susceptibles de impedir el desarrollo de tales comportamientos preventivos.

La política de prevención sólo puede construirse si se tiene en cuenta la complejidad de los procesos en juego y, en

especial, las condiciones sociales en las que se construye la sexualidad (Aggleton y Homan, 1988). Por eso, la primacía acordada a los *modos de vida*, en detrimento de las *condiciones de vida*, conduce a subestimar los fundamentos estructurales de los comportamientos. Si queremos conocer en realidad los fundamentos de los comportamientos individuales, no podemos olvidar la importancia de las condiciones políticas y económicas en la difusión de una epidemia ni los límites de

las políticas preventivas basadas en la responsabilidad individual.

6. Hipótesis sobre la prevención

En el esquema de la Figura 1 se reproduce un modelo hipotético sobre el papel que juegan las diversas variables (explicativas y dependientes) en el establecimiento de comportamientos preventivos.

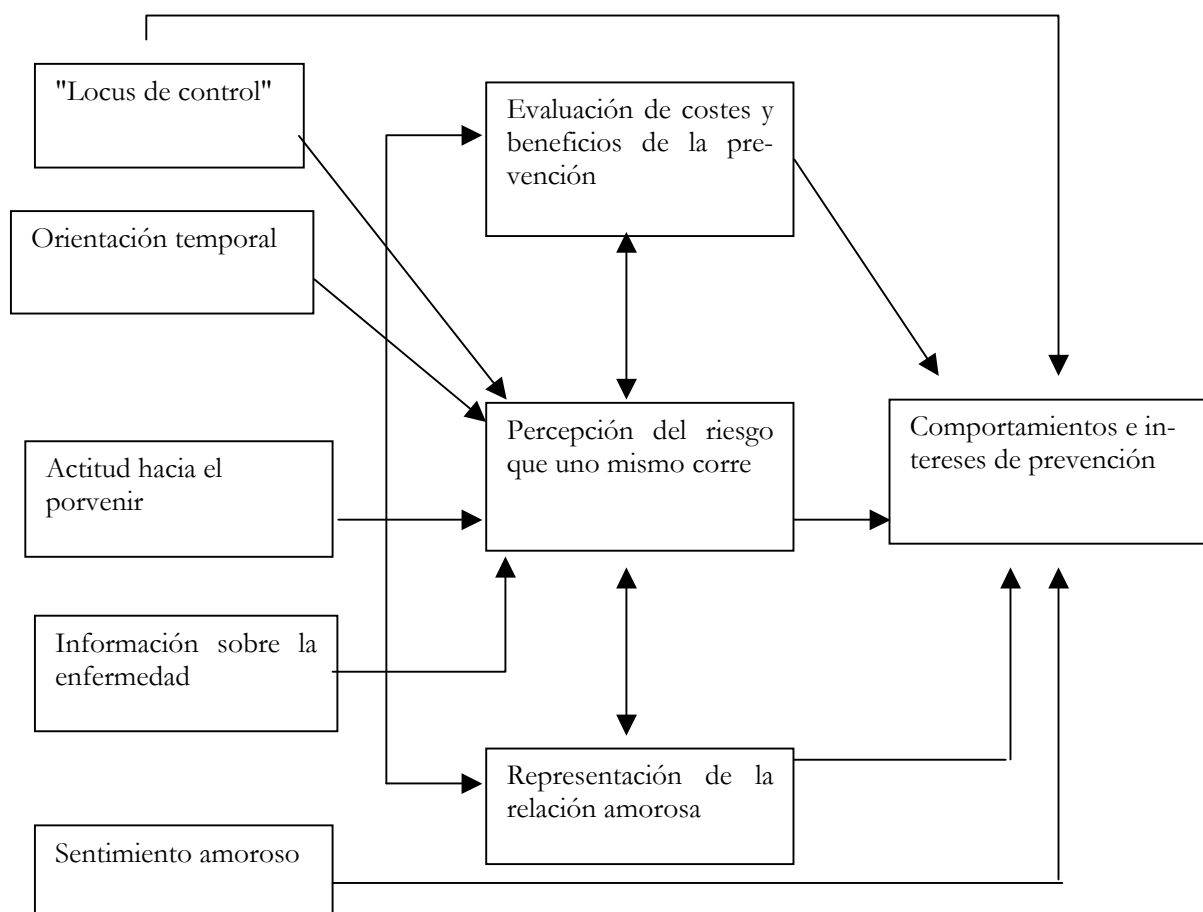


Figura 1: Modelo hipotético de las relaciones entre variables explicativas y variables dependientes de la prevención (Touzard, Pérez-Díaz y Ludwig, 1998).

Según estos autores, a partir de este entramado, es posible sintetizar los siguientes factores específicos relacionados con la adopción de comportamientos sexuales preventivos en relación a la transmisión del VIH/Sida:

A) Los comportamientos preventivos y las intenciones de comportamientos preventivos son tanto más frecuentes cuanto:

1. La percepción de un riesgo para uno mismo es elevada.

2. El coste psicológico de estos comportamientos se evalúa como poco alto.

3. El sujeto piensa que el amor no protege contra el sida.

4. El sujeto tiene una representación del amor en términos de atractivo sexual.

5. El sujeto no experimenta sentimiento amoroso por la pareja en cuestión.

6. El sujeto tiene un "locus de control" interno, es decir, considera que él es el responsable de lo que le ocurre.

- B) La percepción del riesgo para uno mismo será tanto más elevada cuanto la persona tenga:
1. Un “*locus* de control” interno en vez de externo (atribución de la situación a elementos aleatorios tales como el azar, el destino, los otros) de la responsabilidad.
 2. Una orientación temporal predominantemente hacia el futuro.
 3. Una actitud pesimista respecto al futuro
 4. Conocimientos precisos sobre el sida y su transmisión
 5. Un vínculo bilateral entre percepción de un riesgo elevado y evaluación de un bajo coste psicológico de la prevención. Un riesgo percibido como alto anima a no considerar la prevención como demasiado costosa psicológicamente y viceversa.

La prevención a través de la búsqueda de una reducción de la asunción de riesgos supone que se pongan en pie medios que tengan en cuenta la complejidad de la relación que los sujetos tienen con su cuerpo, su salud y su enfermedad. Una relación que, a su vez, se inscribe en una cierta representación social de la salud y de la enfermedad y que responde tanto a la trayectoria social como a los modos de vida. De ahí que el simplismo de los mensajes preventivos que parten de las autoridades públicas sea tan sorprendente, en especial ante la necesidad de diversificar los mensajes preventivos. Algo que la educación para la salud debe tener muy en cuenta de cara a sus actuaciones futuras ante el sida.

7. Sida y educación escolar

Los educadores y demás profesionales implicados en la formación de las personas, en especial de las más jóvenes, deben ser conscientes de la importancia de la educación en el devenir de la epidemia en el futuro, y tener presentes las consecuencias que se desprenden de las representaciones tal y como acabamos de exponer. Esta implicación educativa, además, no habrá de limitarse a los centros educativos, sino que tenderá a convertirse en una acción de liderazgo comunitario en la lucha contra el VIH/Sida. La importancia del papel de la institución escolar en esta tarea se aprecia mejor cuando nos percatamos de que:

- a) los niños y jóvenes entre 5 y 18 años están en su mayoría allí;
- b) cuenta con recursos educativos muy importantes para suministrar una educación eficaz;
- c) tiene profesionales cualificados;
- d) supone un proceso educativo muy extenso que permite relacionar comportamientos y salud;
- e) los alumnos cuentan con una amplia diversidad de oportunidades de aprendizaje;
- f) tiene la posibilidad de implicar a la comunidad en la tarea educativa, y de manera significativa a los padres.

La tarea educativa para la salud en el marco escolar es, dadas estas ventajas que para su desarrollo se dan cita en él, invaluable y debe contribuir a que niños y jóvenes adquieran

los conocimientos y actitudes que permitan evitar el desarrollo de la epidemia entre ellos (García y Benito, 1996). Si este objetivo se consigue, el sistema educativo se convertirá en un potente foco de irradiación comunitaria en la lucha contra el VIH/Sida; y no sólo en tareas de prevención, sino también en las relativas a la lucha contra la marginación y la segregación de los afectados, sean estos docentes o discentes, y el respeto de sus derechos. Así mismo, la formación de los docentes y su motivación aparecen como requisitos esenciales para ganar la partida contra el VIH/Sida y sus repercusiones negativas personales y sociales.

Todas estas condiciones favorecen la enseñanza a los jóvenes, de manera diversificada, de los conocimientos y las maneras más eficaces para evitar la infección y la transmisión de la enfermedad, contribuyendo a su vez a mejorar la calidad de la educación para la salud de jóvenes y niños. Y ello, porque, en las actuales condiciones, la prioridad radica en el desarrollo de las iniciativas de prevención, tratamiento y atención más amplias y más eficaces. Durante el año 2001, la determinación para poner en juego esos esfuerzos pasó a ser más firme que nunca, como lo demuestra que en el período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida, celebrado en junio de 2001, se adoptara un marco de trabajo para la gestión responsable nacional e internacional de la lucha contra la epidemia, según el cual todos los gobiernos se comprometieron a perseguir una serie de múltiples metas de referencia relativas a la prevención, asistencia, apoyo y tratamiento, así como a la reducción del impacto y a los niños huérfanos y en situación vulnerable por causa del VIH/Sida, como parte de una respuesta integral al sida. Entre esas metas figuran las siguientes (ONUSIDA y OMS, 2001):

- a) Reducir la infección por el VIH entre los jóvenes de 15 a 25 años de edad en los países más afectados en un 25% para el año 2005 y, mundialmente, para 2010.
- b) Para 2005, reducir el número de lactantes infectados por el VIH en un 20%, y para 2010 en un 50%.
- c) Para 2003, desarrollar estrategias para fortalecer los sistemas de atención de salud y abordar los factores que afectan el suministro de medicamentos relacionados con el VIH, incluidas la accesibilidad financiera y la fijación de precios de esos medicamentos. Además, realizar urgentemente los esfuerzos necesarios para asegurar las normas de calidad más altas posibles en el tratamiento del VIH/Sida, incluida la terapia antirretrovírica proporcionada en forma cuidadosa y vigilada para reducir el riesgo de desarrollo de farmacoresistencia.
- d) Para 2003, elaborar y para 2005 poner en práctica estrategias nacionales para proporcionar un *entorno de apoyo* a los niños huérfanos y a las niñas y niños infectados y afectados por el VIH/Sida.
- e) Para 2003, establecer estrategias que comiencen a abordar los factores que hacen particularmente vulnerables a la infección por el VIH a las personas, entre ellos el subdesarrollo, la falta de seguridad económica, la pobreza, la falta de potenciación del papel de la mujer, la falta de educación, la exclusión so-

cial, el analfabetismo, la discriminación, la falta de información y/o de productos básicos para protegerse, y todo tipo de explotación sexual de la mujer, las niñas y los niños.

f) Para 2003, desarrollar estrategias multisectoriales para abordar el *impacto* de la epidemia de VIH/Sida en los planos individual, familiar, comunitario y nacional.

Pero este amplio conjunto de objetivos sólo parece que tenga visos de ser alcanzado si la educación, que se considera la forma más eficaz de combatir la epidemia, asume plenamente sus responsabilidades, al tiempo que se le apoya y se le reconoce su función capital (Schenker, 2001), no sólo como cauce de la información sino también en su rol de promoción del cambio de actitudes y comportamientos ante el sida como enfermedad y como fenómeno social. Las tareas básicas que debe acometer se resumen en las establecidas por el "Enfoque FRESH" (*Focusing Resources on Effective School Health*), adoptado en el Foro Mundial de Educación de Dakar en el año 2000, y auspiciado por la UNESCO, el UNICEF, el B.M. y la O.M.S.:

a) Medidas que se deben adoptar

- políticas de salud escolares concebidas para evitar la discriminación a causa del sida;
- generar un ambiente escolar sano;
- proporcionar una enseñanza fundada en conocimientos prácticos relacionados con el conocimiento y la prevención del VIH/Sida;
- asesoría permanente de salud y colaboración con asociaciones que aborden el tema del VIH/Sida.

b) Resultados previstos

- demorar las relaciones sexuales en la adolescencia;
- fomentar la abstinencia;
- promover el uso del preservativo.

Para ello, será preciso combatir aquellas tendencias que hasta el día de hoy han dificultado el desarrollo de la educación para la salud y sobre el sida en los diversos sistemas educativos, cuyas insuficiencias y rasgos más sobresalientes a nivel mundial serían los siguientes: (ONUSIDA, 1997):

- los currícula suelen ser inapropiados para el alumnado al que se destinan;
- brevedad y falta de continuidad de los programas de prevención del VIH, lo que es insuficiente para motivar a los adolescentes (especialmente los más jóvenes) para que adopten comportamientos preventivos;
- los docentes dedican mucho tiempo a transmitir información básica sobre las relaciones sexuales y el consumo de drogas, pero sin relación con la prevención del sida;
- no se abordan las aptitudes que más necesitan los jóvenes para reducir los riesgos;

- la transmisión es verbal, lo que limita la interacción de los estudiantes, en vez de utilizar técnicas pedagógicas de participación (dramatización, trabajo en grupos, proyección de escenarios, etc.) que dan seguridad a los alumnos para participar en la elaboración del conocimiento, y ayudan a modificar los comportamientos;
- no se dedica tiempo suficiente a examinar la enseñanza *inter pares* ni a poner en práctica las aptitudes de la resistencia y la negativa;
- los docentes en su mayoría preparan solos los temas sobre el sida y los materiales didácticos;
- la falta de normalización de los programas educativos sobre el sida tiende a mermar su calidad y su cantidad;
- las líneas generales y los módulos internacionales no se divulgan mundialmente (errores en su difusión o falta de recursos para la traducción);
- no hay reglas básicas para la elaboración de materiales, módulos y ejercicios enfocados a la educación para la salud escolar en general y contra el VIH/Sida en particular.

Una constatación adicional de la necesidad de superar las carencias anteriormente reseñadas, es decir, las que se limitan a considerar la prevención como el resultado de un decisionismo individual. El planteamiento promocional, orientado a ubicar en su contexto social cada problema de salud, hace posible el desarrollo de las estrategias educativas para la salud necesaria para contrarrestar estas deficiencias educativas y la elaboración de alternativas que respondan a las necesidades y expectativas reales de los destinatarios de la acción educativa. Así, a falta de una vacuna biológica, podremos contar con una verdadera "vacuna social" (Vandemoortele y Delamónica, 2000) ante el sida, que permita mejorar las aptitudes de las personas para hacerle frente. En realidad, la tarea de prevención del VIH/Sida afecta de un modo muy importante al sector infantil y juvenil de la población, ya que, como es sabido, la mayor parte de los afectados por el VIH lo han sido antes de los 18 años. De ahí que este sector de la población precise de una acción educativa más profunda de cara a la prevención de la infección, para lo que el marco escolar representa, como hemos apuntado, una oportunidad excepcionalmente importante. Porque, además, sabemos que el Sida es, demasiado a menudo, una enfermedad que se expande gracias a la ignorancia, hemos de educar a los más jóvenes para que, en ningún caso, la infección por el VIH siga siendo fruto del desconocimiento. Para desarrollar las capacidades de promoción y de prevención entre los jóvenes que hemos expuesto, sería deseable que los educadores incidiesen también en el desarrollo y mejora de aptitudes de sus discípulos. Una propuesta comprensiva de su campo de extensión puede ser la que se exponen en el cuadro de la Tabla 1.

Tabla 1: Mejora de las aptitudes vitales frente al VIH/SIDA (Elaboración propia a partir de las variables de Schenker, 2001).

APTITUDES SOCIALES	APTITUDES COGNITIVAS	APTITUDES DE EQUILIBRIO EMOCIONAL
<p>1. APTITUDES DE COMUNICACIÓN:</p> <p>Ser capaces de manifestar claramente el deseo de demorar las primeras relaciones sexuales.</p> <p>Influir en los contactos sexuales más seguros de los demás.</p> <p>Impedir la discriminación de los afectados por VIH.</p>	<p>1. APTITUDES PARA TOMAR DECISIONES:</p> <p>* Dirigirse a fuentes fidedignas de información sobre la anatomía sexual, la pubertad, la reproducción o embarazo, las infecciones de transmisión sexual, el VIH/Sida, las tasas de incidencia local, los métodos alternativos de control de la natalidad.</p> <p>* Analizar una serie de situaciones sexuales posibles y determinar las distintas medidas que podrían emprenderse y sus consecuencias.</p>	<p>1. APTITUDES DE CONTROL:</p> <p>Controlar el estrés.</p> <p>Buscar servicios de ayuda en cuestiones sexuales (información sobre preservativos, anticoncepción o embarazos).</p>
<p>2. APTITUDES PARA LLEGAR A ACUERDOS Y REHUSAR:</p> <p>Negarse a mantener relaciones sexuales o ponerse de acuerdo para utilizar el preservativo.</p>	<p>2. APTITUDES DE PENSAMIENTO CRÍTICO:</p> <p>* Analizar los mitos y conceptos equívocos sobre el VIH/SIDA, las funciones del género y la imagen física que perpetúan los <i>media</i>.</p> <p>* Examinar sus influencias sociales en los comportamientos sexuales.</p>	<p>2. APTITUDES DE REFUERZO:</p> <p>Reforzar los mecanismos de control interno.</p> <p>Reforzar la autonomía de los valores que se adopten frente a las presiones externas.</p>
<p>3. APTITUDES DE EFICACIA SOCIAL:</p> <p>Tener consideración y compasión con las personas infectadas</p>		

Por tanto, la mejor política frente al sida entendemos que sigue siendo aquella que genera las capacidades precisas en la población para evitar su propagación. La prevención es, hoy por hoy, la única manera de combatir el desarrollo de éste y, en ese terreno, la aportación de la educación para la salud a la contención del desarrollo tanto de enfermedades de transmisión sexual como del sida se aprecia como decisiva al involucrar a la población, cualquiera que sea su condición social o económica, en el establecimiento de las estrategias oportunas para conseguir ese objetivo. Para ello habrá de tener en cuenta el diseño de programas para niñas y niños, adolescentes y hombres y mujeres de todas las edades esti-

mulando conductas sexuales y reproductivas responsables y poniendo al alcance de todos la información necesaria y el material preventivo pertinente. Tal y como hemos planteado en otro momento,

la incorporación responsable de los individuos y grupos a la consecución de mejores niveles de salud tiene que pasar por una mayor preparación de la población. También en este sentido, la acción educativa puede proporcionar la base, mediante estrategias pedagógicas adecuadas, para facilitar la incorporación, con garantías, de la población a la resolución de sus problemas y necesidades en el campo de la salud. De este modo, el proceder educativo ha de servir de estímulo positivo para la ampliación de los marcos de salud y bienestar de los que el sistema sanitario sólo constituye una fracción. (García, 1992, p. 47).

Referencias

- Abraham, C., Sheeran, P., Abrams, D., Spears, R. *et al.* (1991). Young People learning about AIDS: A study of beliefs and information sources. *Health Education Research*, 6 (1), 19-29.
- Aggleton, P. y Homan, H. (1988). *Social aspects of Aids*. Londres: The Falmer Press.
- Baggaley, J. (1992). Las campañas en los medios de comunicación: no sólo lo que se dice, sino cómo se dice. En OMS, *Prevención del SIDA mediante el fomento de la salud. Cuestiones delicadas*. Ginebra: OMS.
- Bajos, N., Bozón, M., Ferrand, A., Giami, A., Spira, A y le Groupe ACSF (1998). *La sexualité aux temps du sida*. París: PUF.
- Basabe, N. (Coord.) (1996). *El desafío social del SIDA*. Madrid: Fundamentos.
- Bayés, R. (1995). *SIDA y Psicología*. Barcelona: Martínez Roca.
- Bosio, C. (1993). *Giovani e Aids*. Milano: Angeli.
- Comisión de las Comunidades Europeas (2002). *Propuesta de Reglamento del Parlamento europeo y del Consejo relativo a la ayuda a las enfermedades relacionadas con la pobreza (VIH/SIDA, malaria y tuberculosis) en los países en desarrollo*. Bruselas, 4 de marzo de 2002. COM(2002) 109 final. 2002/0051 (COD).
- Coombe, C. y Kelly, M. J. (2001). La educación como medio para combatir el VIH/SIDA. *Perspectivas*, XXXI (3), Septiembre, 489-500.
- Fundación 'La Caixa' (1994). *SIDA. Saber ayuda. Un programa educativo para el conocimiento y la prevención del SIDA*. Barcelona: Fundación 'La Caixa'.
- García, A. (1992). *La Pedagogía Social en su contexto*. Barcelona: PPU/DM.
- García, A. (1997). Las tareas de la Educación para la salud ante el SIDA y sus efectos en el sistema de género. *Pedagogía Social*, 15-16, 123-136.
- García, A. (Coord.) (1998). *Claves de Educación para la Salud*. Murcia: D.M.

- García, A., Sáez, J. y Escarbajal, A. (2000). *Educación para la salud. La apuesta por la calidad de vida*. Madrid: Arán.
- García, A. y Benito, J. (1996). La Educación para la Salud en el contexto de la reforma educativa. *Revista de Pedagogía Social*, 14, 135-145.
- Getzel, G. S. (1994). No one is alone: Groups during the AIDS pandemic. En A. Gitterman y L. Shulman (Comp.), *Mutual aid groups, vulnerable populations, and the life cycle*. Nueva York: Columbia University Press.
- Gracia, E. (1997). *El apoyo social en la intervención comunitaria*. Barcelona: Paidós.
- Martínez López, J. L. (1995). S.I.D.A. y enseñanza: es hora de actuar ya. En VV. AA., *Estudiar para vivir: vivir para aprender*. Madrid: Fundación Argentaria/MEC.
- Ministerio de Educación y Ciencia y Ministerio de Sanidad y Consumo (1988). *El SIDA y su prevención en los centros escolares*. Madrid: MEC/M^o de Sanidad y Consumo.
- Naciones Unidas (2001). *Declaración de Compromiso adoptada unánimemente por la Asamblea General de las Naciones Unidas*. Nueva York: ONU
- Nájera, R. (1993) Avances en la lucha contra el SIDA. *Anuario El País*, 1993. Madrid: El País.
- O.M.S. (2001). *Pacto por la salud: el plan de acción "Macroeconomía y salud: invertir en sanidad para el desarrollo económico"*. Ginebra: OMS.
- O.M.S. (1992). *Prevención del SIDA mediante el fomento de la salud. Cuestiones delicadas*. Ginebra: OMS.
- ONUSIDA y O.M.S. (2001). *Resumen mundial de la epidemia de VIH/SIDA. Diciembre de 2001*. ONUSIDA/01.76S WHO/CDS/CSR/NCS/2001.2. Edición electrónica.
- Pollack, M. (1988). *Les homosexuels et le SIDA. Sociologie d'une épidémie*. París: A. M. Métailié.
- Pollack, M. (1993). *Une identité blessée*. París: A. M. Métailié.
- Quintana Arriaga, F. et al. (1992). *SIDA y escuela, prevención en convivencia*. Madrid: Dirección General de Prevención y Promoción de la Salud.
- Robertis, C. de (1997). Intervención colectiva y lucha contra la exclusión. En J.R. Bueno Abad (Dir.), *Exclusión e intervención social* (pp.85-100). Valencia: Universidad de Valencia.
- Sarlet, A.-M, García, A. y Belando, M. (1996). *Educación para la salud: Una perspectiva antropológica*. Valencia: Nau Llibres.
- Schenker, I. (2001). Nuevos desafíos a la educación escolar sobre el SIDA ante el desarrollo de la pandemia del VIH. *Perspectivas*, XXXI (3), 465-488.
- Shilts, R. (1995). *En el filo de la duda*. Barcelona: Ediciones B.
- Sontag, S. (1996). *La enfermedad y sus metáforas, y El SIDA y sus metáforas*. Madrid: Taurus.
- Tarabay, M. (2000). *Les stigmates de la maladie. Représentations sociales de l'épidémie du sida*. Dijon: Payot Lausanne.
- Touzard, H., Pérez-Díaz, F. y Ludwig, D. (2000). Sentiment amoureux, aspects socio-cognitifs et comportements de prévention face au sida. En N. Bajos et al. (Dir.), *La sexualité aux temps du sida* (pp. 337-374). París: PUF.
- Tursz, A., Souteyrand, Y. y Salmi, R. (1993). *Adolescence et risque*. París: Syros.
- UNESCO (2000). *World Education Forum, Dakar: final report*. París: UNESCO.
- Usieto, R. y Sastre, J. (1996). Comportamiento sexual y transmisión del virus de inmunodeficiencia humana. En N. Basabe (Coord.), *El desafío social del SIDA* (pp. 17-38). Madrid: Fundamentos.
- Vandemoortele, J. y Delamonica, E. (2000). The 'education vaccine' against HIV. *Temas actuales en la educación comparativa*, 3(1). Disponible en <http://www.tc.columbia.edu/cice>.

(Artículo recibido: 23-4-2003; aceptado: 7-4-2004)