

PERSPECTIVAS

revista trimestral
de educación comparada

NUMERO CIENTO VEINTIDOS

DOSSIER

LA EDUCACION
PARA LA PREVENCION
DEL VIH/SIDA

REDACTOR INVITADO:
INON SCHENKER

OFICINA INTERNACIONAL DE EDUCACION

Vol. XXXII, nº 2, junio 2002

Los artículos firmados expresan la opinión de sus autores,
y no necesariamente la de la UNESCO o
de la redacción.

Las denominaciones empleadas en *Perspectivas* y la presentación de los datos que en ella figuran no implican, por parte de la Secretaría de la UNESCO, ninguna toma de posición respecto al estatuto jurídico de los países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto al trazado de sus fronteras o límites.

Se ruega dirigir toda correspondencia relativa al contenido de la revista *Perspectivas* a la Oficina Internacional de Educación, Casilla postal 199, 1211 Ginebra 20, Suiza.

Para mayor información sobre la Oficina Internacional de Educación, sus programas, actividades y publicaciones, véase la página principal de la OIE en Internet:

<http://www.ibe.unesco.org>

Publicado en 2002 por la Oficina internacional de la educación
de la Organización de las Naciones Unidas
para la Educación, la Ciencia y la Cultura
7, place de Fontenoy, 75352 Paris 07 SP, (Francia)

PERSPECTIVAS

COMITE EDITORIAL

DIRECTORA DEL COMITÉ

Cecilia Braslavsky

MIEMBROS DEL COMITE

Cesar Bîrzea

Norberto Bottani

Mark Bray

Antonio Guerra Caraballo

Lawrence D. Carrington

Elie Jouen

Kenneth King

P.T.M. Marope

Mamadou Ndoye

Fernando Reimers

Bikas C. Sanyal

Buddy J. Wentworth

Yassen N. Zassoursky

Muju Zhu

REDACCION

DIRECTOR DE EDICION: **John Fox**

REDACTORA ADJUNTA: **Nadia Sikorsky**

ASISTENTE DE REDACCION: **Brigitte Deluermoz**

NUMERO CIENTO VEINTIDOS

PERSPECTIVAS

revista trimestral de educación comparada

Vol. XXXII, n° 2, junio 2002

Prólogo
UNESCO

Director General de la

Reforzar la reacción de los sistemas educativos ante el VIH/SIDA

*Cecilia Braslavsky
y Inon Schenker*

POSICIONES/CONTROVERSIAS

La UNESCO contra el VIH/SIDA: la historia y diez enseñanzas

Gudmund Hernes

DOSSIER: LA EDUCACIÓN PARA LA PREVENCIÓN DEL VIH/SIDA

La prevención del VIH en adolescentes: deficiencias detectadas
y enfoques nuevos

*Ralph J. DiClemente,
Richard A. Crosby
y Gina M. Wingood*

La compleja tarea de educar sobre el VIH/SIDA en las escuelas:
una experiencia en Sudáfrica

Shermain Mannah

El papel de los institutos educativos respecto
al SIDA en Tailandia

Chutamas Soravisutr

Brasil: iniciativas del Ministerio de educación
para prevenir y controlar el VIH/SIDA

Paulo Renato Souza

Educación sobre el VIH para los jóvenes: eficacia de
Kok,
las intervenciones, formulación de programas
Hospers,
e investigación futura
Parcel

Herman P. Schaalma, Gerjo

Charles Abraham, Harm J.

Knut-Inge Klepp y Guy S.

LA RELIGIÓN Y LA EDUCACIÓN PARA LA PREVENCIÓN DEL VIH/SIDA

Una perspectiva árabe-musulmana
Fanget

Sandrine Musso, Delphine

y Kémal Cherabi

Una perspectiva cristiana

Manoj Kurian

Una perspectiva judía

*Abraham Steinberg
y Mordechai Halperin*

LAS VOCES DE LA JUVENTUD

Cómo me enteré de la existencia del SIDA

*Anna Shekhtman
Rabin Rimal*

*Eustace T. Wallace
Inbal Gur Arie
Mamadou Ndiaye*

PERFILES DE EDUCADORES

Jonathan Mann (1947-1998)

Ofelia T. Monzon

Perspectivas, vol. XXXII, n° 2, junio 2002

PROLOGO

Director General de la UNESCO

Hace veinte años se detectaron los primeros cinco casos de una enfermedad nueva. Se tardó un par de años en determinar su causa, un virus no particularmente infeccioso, pero con una forma de transmisión que lo ha convertido en la enfermedad más devastadora a la que ha hecho frente hasta ahora la humanidad. Las cifras son aterradoras: más de 60 millones de personas han sido infectadas; alrededor de 20 millones ya han fallecido. Un tercio aproximadamente de las personas infectadas tienen entre 15 y 24 años. El África subsahariana es la región más duramente afectada, pero la epidemia se está acelerando en otras regiones también, como los países de la ex URSS. Durante un largo tiempo, el número de afectados aumentará cada año y cada año será peor que el anterior. Aunque no es una enfermedad de pobres, el SIDA está atacando más duramente a los grupos vulnerables, es decir, a los pobres, los jóvenes, las mujeres y, a menudo, sus hijos. Cuantas más personas resultan infectadas, mayor es el número de los que pueden potencialmente infectar a otros. La epidemia no sólo obstaculiza el desarrollo, sino que en muchos países invierte su curso destruyendo capacidad, especialmente la capacidad de enfrentar la enfermedad y de atención solidaria. La pérdida de los más productivos implica la pérdida de productividad. La epidemia sustrae recursos del desarrollo para dedicarlos al mantenimiento ante la necesidad de atender a los enfermos y de cuidar a los huérfanos. No sólo está en juego la salud de sociedades enteras, en algunos casos también está en peligro su propia supervivencia.

Por otro lado, el final del siglo también ha representado un hito, tanto en la toma de conciencia como en el compromiso. La epidemia del VIH/SIDA pasó a ser el tema más importante del programa de la Cumbre del Milenio, la reunión del Grupo de los 8 en Okinawa en 2000 y el período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas en 2001. En 2002 se ha creado un Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria y se han asignado los primeros fondos. Se han establecido nuevos programas nacionales y se crearon nuevas alianzas, incluidas algunas con el sector privado. Están surgiendo nuevas fuerzas de solidaridad para promover la apertura, superar los estigmas y reducir la exclusión de los afectados.

La amenaza mundial ha producido una respuesta mundial, uniendo a todos los organismos de las Naciones Unidas, los gobiernos y la sociedad civil.

Estamos ante una emergencia global, en la que hay que hacer dos cosas al mismo tiempo: debemos evaluar lo que está sucediendo y debemos actuar. Tenemos que aumentar nuestros conocimientos para reaccionar con mayor eficacia y compartir las prácticas más adecuadas. Tenemos que actuar sobre la base de lo que sabemos para evitar nuevas infecciones y suministrar cuidados a los que están infectados y caen enfermos. Tenemos que aprender a reaccionar de manera más adecuada a medida que la epidemia se extiende.

Queda todavía mucho por conocer acerca de la epidemia y se pone mucha esperanza en el desarrollo de vacunas que se tardará todavía años en obtener. Pero aunque hay mucho por aprender, sabemos lo bastante como para actuar y sabemos que tenemos que actuar inmediatamente.

Entre las lecciones más importantes aprendidas figura la siguiente: la falta de conocimientos acerca del modo en que la epidemia se expande es mortífera. La educación es la estrategia más eficaz, porque, hasta ahora, la prevención no sólo es la respuesta más barata, sino también la más contundente. El conocimiento es, literalmente, la mejor medicina. El conocimiento de lo que no se debe hacer ha contribuido a reducir las tasas de infección en los países desarrollados. Las tasas desiguales de infección en todo el mundo se deben a la desigual distribución de conocimientos. Cuando los conocimientos se aplican en la práctica, la epidemia se frena. Donde se reduce la superstición y se suprimen las ideas erróneas, el comportamiento cambia.

Sin embargo, el conocimiento por sí solo no basta. Lo que se aprende depende no sólo de la validez del mensaje, sino también del contexto en el que éste se transmite y modifica, y del marco de referencia en el que se interpreta. De ahí que los mensajes deban tener audiencias específicas y adaptarse culturalmente a ellas, lo que constituye en sí una tarea de aprendizaje. Aun así, como ha declarado Kofi Annan: “Todas las culturas se verán empujadas a dejar de lado costumbres culturales para salvar vidas”.

Pero el SIDA también tiene una repercusión negativa en los sistemas educativos en muchos países afectados. Necesitamos saber cómo para poder ayudarlos a seguir funcionando después del ataque de la epidemia. Hemos de proteger lo que son las funciones esenciales del sistema educativo: dar a los niños la posibilidad de labrar su propio futuro a través del conocimiento y las competencias. Lo que se pierde en educación ahora, perjudicará a los países en desarrollo durante

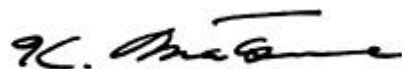
el resto de este nuevo siglo. En realidad, la tarea es aún más amplia: tenemos que proteger todas las instituciones fundamentales de la sociedad, y la educación es imprescindible para lograrlo.

Necesitamos asimismo movilizar el sistema educativo y fomentar su capacidad para plasmar los conocimientos en actos. No tenemos tiempo que perder. De ahí que la movilización de los conocimientos para evitar la propagación de la epidemia esté entre los temas más importantes del programa de la UNESCO y en el centro de su compromiso.

La lucha contra el VIH/SIDA por medio de la educación preventiva impone a la UNESCO la obligación de actuar en varios frentes. Las actividades de la organización indicadas en la Estrategia de la UNESCO para una Educación Preventiva del VIH/SIDA se orientan hacia cinco tareas esenciales: actividades de promoción a todos los niveles, adaptación del mensaje al destinatario, cambio en los comportamientos de riesgo, cuidado de los infectados y los afectados, y manejo del impacto. La lucha contra el VIH/SIDA también debe ser una parte integral de la Educación para Todos. En su condición de copatrocinador del ONUSIDA, la UNESCO puede desempeñar plenamente su función aportando su experiencia multisectorial para garantizar que las actividades de la Organización sean coherentes, eficaces y visibles.

Aunque es imperativo que la UNESCO aporte toda la experticia disponible en la Sede, necesita también movilizar el conocimiento y el compromiso de todas sus oficinas e institutos. Una estrategia global coherente es fundamental. Con todo, la prueba crítica de la actuación de la UNESCO será la repercusión de sus esfuerzos en los países más infectados, en las comunidades más afectadas y en los grupos más vulnerables.

La UNESCO puede contribuir a cambiar la situación. Para que esto suceda, todos sus sectores, oficinas e institutos deben aplicar sus recursos e imaginación para plasmar la estrategia amplia de la Organización en programas de educación preventiva que produzcan un efecto real en las áreas bajo su responsabilidad. Este número de *Perspectivas* es un aporte importante a la estrategia global y a su aplicación en la práctica.



Koïchiro Matsuura

EDITORIAL

REFORZAR LA REACCION

DE LOS SISTEMAS EDUCATIVOS

ANTE EL VIH/SIDA

*Cecilia Braslavsky y Inon Schenker*¹

Ante la epidemia del SIDA, la educación se convierte en un factor básico, independiente y esencial para evitar la propagación de un virus que ha matado a más seres humanos que las dos últimas guerras mundiales juntas.

Algunos médicos e investigadores han empezado a conocer mejor lo que resulta eficaz en la educación preventiva. La comunidad docente está también profundizando constantemente sus conocimientos acerca de los obstáculos que impiden la difusión de la enseñanza sobre el VIH/SIDA [Virus de Inmunodeficiencia Humana/Síndrome de InmunoDeficiencia Adquirida] en las instituciones educativas, convencionales y no convencionales.

No obstante, las lecciones de los éxitos y los fracasos no se comparten todavía adecuadamente en todo el mundo. Las investigaciones acerca de la educación relativa al SIDA en la enseñanza escolar tradicional del Sur siguen siendo escasas y sólo recientemente se han levantado más voces defendiendo la necesidad de promover la labor vinculada con la enseñanza de la prevención del VIH/SIDA, a partir de los preadolescentes y siguiendo con los niveles secundario y universitario.

Este número de *Perspectivas* es un intento de contribuir a destacar las opiniones de los que apoyan la idea, las preocupaciones, las conclusiones de las investigaciones, los obstáculos y los relatos positivos de actividades educativas de la enseñanza tradicional destinadas a prevenir el VIH/SIDA.

Tenemos el privilegio y el honor de haber recibido contribuciones para este número especial de expertos y grupos de investigación destacados de diversos países, así como del Ministro de Educación del Brasil y del Ministerio de Educación de Tailandia.

La opinión de la UNESCO con respecto al VIH/SIDA está orientada por el Director General de la Organización, Koïchiro Matsuura, quien sitúa la lucha contra el VIH/SIDA entre las máximas prioridades de la Organización. Gudmund Hernes, Coordinador del VIH/SIDA de la UNESCO, cuyas opiniones figuran al principio de este número especial, aporta penetrantes ideas sobre la estrategia de la Organización y las actividades en que se concretiza.

Los tres artículos acerca de las visiones musulmana, cristiana y judía respectivamente brindan consideraciones de excepcional importancia que contribuyen a ampliar el panorama cultural de la educación en materia de prevención del VIH/SIDA.

Paradójicamente, la educación a menudo no tiene en cuenta a los estudiantes. En la lucha contra el VIH/SIDA se ha aprendido que sin la participación activa de los estudiantes (y de los padres) en la concepción de las intervenciones y (en algunos casos) en su aplicación (como sucede en la enseñanza entre compañeros) existen pocas posibilidades de éxito.

El editor invitado de este número especial ha insistido en que se añadan las opiniones de jóvenes de todo el mundo, al lado de las opiniones y experiencias de profesores africanos que tienen que hacer frente a las dificultades que implica instruir a los jóvenes en la protección y prevención, y a la pérdida de compañeros que están muriendo en un número cada vez mayor.

Mirando hacia atrás y rindiendo homenaje a un hombre cuyas huellas permanecen visibles en la mayor parte de las actividades actuales de la lucha mundial contra el VIH/SIDA, recordamos en este número de *Perspectivas* al profesor Jonathan Mann, quien falleció con su esposa en un trágico accidente que puso fin a la dedicación de por vida tanto de Jonathan como de Mary-Lu Clement-Mann a la búsqueda de una vacuna contra el SIDA y de formas de cambiar el curso de la epidemia.

En junio de 2001, el período extraordinario de sesiones de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA concluyó con un acuerdo destinado a asegurar que para 2005 “por lo menos el 90% de los jóvenes de ambos sexos de 15 a 24 años de edad, y para 2010, por lo menos el 95% de ellos, tengan acceso a la información, la educación, incluidas la educación entre pares y la educación específica para jóvenes sobre el VIH, así como a los servicios necesarios para desarrollar las habilidades requeridas a fin de reducir su vulnerabilidad a la infección por el VIH”.

Los conocimientos, la educación y las competencias son elementos clave en la educación para la prevención del VIH/SIDA. En muchos países afectados por el VIH/SIDA, estos elementos se están aportando en “proyectos” separados y aislados. Aunque se trata de una fase extremadamente necesaria e importante, este enfoque podría no ser lo suficientemente útil en un esfuerzo a largo plazo para influir en las actitudes y comportamientos de los jóvenes.

La comunidad educativa puede hallar la manera de integrar las lecciones aprendidas con estos proyectos en los planes de estudio actuales de una forma que proporcione a todos los estudiantes los conocimientos y competencias esenciales para protegerse no sólo contra el VIH/SIDA sino también contra otras enfermedades, hoy y en el futuro. Esto significa una doble insistencia: por un lado, en la educación para prevenir el VIH/SIDA como una enfermedad vigente; y, por el otro, en las metas educativas esenciales de respeto de los demás y de uno mismo, la puesta en práctica de conocimientos esenciales para la vida cotidiana, la protección de los derechos humanos y el aprendizaje de la lectura y la comprensión de los mensajes acerca de la vida y la protección.

El Comité Editorial agradece a Inon I. Schenker, editor invitado de este número especial de *Perspectivas* que pretende constituir otro paso en la intensificación de la reacción educativa a la epidemia del SIDA.

Nota

1. Inon Schenker (Israel). Doctor en filosofía, Universidad Hebrea de Jerusalén, máster en salud pública, Universidad Hebrea de Hadassah. Educador y capacitador titulado en SIDA; especialista en prevención del VIH/SIDA de categoría superior. Su investigación aplicada y su amplia experiencia están relacionadas con intervenciones de prevención del VIH/SIDA y programas de capacitación multiculturales, en particular en la educación para la prevención del VIH/SIDA en las escuelas, las zonas de conflicto y la adopción de políticas. Estos conocimientos se reflejan en publicaciones académicas, exposiciones en importantes conferencias internacionales y trabajos sobre el terreno en América latina, Asia y Oriente Medio. Correo electrónico: i_schenker@hotmail.com.

Versión original: inglés

Gudmund Hernes (Noruega)

Doctor en sociología por la Universidad Johns Hopkins (1971), fue designado director del Instituto Internacional de Planeamiento de la Educación (IIEP) en 1999. En el Gobierno Noruego ha sido sucesivamente subsecretario de Planificación (1980-1981), ministro de Educación, Investigación y Asuntos Eclesiásticos (1990-1995), responsable de la implementación de la reforma general de la enseñanza, y ministro de Salud Pública (1995-1997). Ha desempeñado varias funciones académicas, entre ellas la de profesor de las universidades de Bergen y de Oslo, profesor visitante en la Universidad de Harvard y miembro del Centro de Estudios Avanzados en Ciencias del Comportamiento de Stanford. Ha presidido varias Comisiones Reales en Noruega y ha sido miembro de comités de diversos organismos internacionales. Correo electrónico: g.hernes@iiep.unesco.org

POSICIONES/CONTROVERSIAS

LA UNESCO CONTRA EL VIH/SIDA:

LA HISTORIA Y

DIEZ ENSEÑANZAS

Gudmund Hernes

El 5 de junio de 1981, Michael Gottlieb, profesor adjunto de Inmunología de la Facultad de Medicina de la UCLA [Universidad de California, campus de Los Angeles], publicó un artículo en el *Informe semanal sobre morbilidad y mortalidad* del Centro para el Control y la Prevención de las Enfermedades acerca de cinco casos de una rara enfermedad, la neumonía por *Pneumocystis carinii*, acaecidos en varones homosexuales. Eran los cinco primeros casos de lo que habría de llamarse más adelante el “síndrome de inmunodeficiencia adquirida”, o SIDA. Lo que no se sabía entonces era que, lejos de limitarse a los cinco casos declarados, el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) había infectado ya a miles de personas más. Por sus características, la enfermedad escapa al diagnóstico precoz, pues media un largo período de incubación entre la infección y su manifestación, y en aquella época ni siquiera sabíamos cuál era el agente infeccioso. Además, no sólo la persona infectada no sabe que lo está, sino que tampoco una persona sana puede saber que está exenta de la infección, porque los signos exteriores de la enfermedad tardan muchos años en aparecer.

Enseñanza 1:

El virus siempre se ha adelantado a la enfermedad

Hasta la fecha, veinte años después de su descubrimiento, han contraído esta infección unos 60 millones de personas, una población equivalente a la de Francia, el Reino Unido o Tailandia. El total de los que han muerto equivale a la suma de las poblaciones de Noruega, Suecia, Finlandia y Dinamarca. Las personas actualmente infectadas – más de 36 millones – son más numerosas que la población del Canadá. El número de los huérfanos a causa del SIDA – unos 14 millones – supera ya el de los habitantes de Ecuador y en el próximo decenio podría elevarse al nivel aterrador de unos 50 millones. En otras palabras: esta epidemia no tiene precedentes en la historia humana. Y lo peor está aún por venir: muchos millones más serán infectados, muchos millones más morirán, muchos millones más perderán a sus padres. El 11 de septiembre de 2001, unas 3.000 vidas humanas fueron aniquiladas brutalmente. Pues bien: cada día, el VIH infecta a casi cinco veces más. No son sólo los individuos quienes están expuestos al riesgo, está amenazada la trama social de sociedades enteras. Es probable que la enfermedad siga siendo un flagelo a lo largo de toda nuestra vida.

Enseñanza 2:

La enfermedad siempre se ha adelantado a la respuesta

La respuesta ha tardado, sobre todo cuando el silencio de los dirigentes ha favorecido la propagación del virus. La financiación de los remedios para el tratamiento ha sido insuficiente, y se han movilizad los recursos en el Norte, mientras que el mayor impacto de la enfermedad se encuentra en el Sur. Los fondos asignados han sido insuficientes para soportar la carga creciente de los infectados y de los afectados, que abarca desde el tratamiento de quienes, a causa del VIH, padecen de una vasta gama de enfermedades oportunistas hasta la asistencia al número cada vez mayor de huérfanos. También faltan fondos para tomar medidas contra las consecuencias institucionales de la enfermedad, como la mortalidad entre los docentes.

Enseñanza 3:

No es sólo una enfermedad, sino un desastre para el desarrollo

El VIH/SIDA no es únicamente un problema sanitario; en menos de dos decenios se ha convertido en una catástrofe social de proporciones inéditas, con un impacto comparable al de una guerra. No sólo pone trabas al desarrollo; invierte la tendencia, destruyendo la capacidad de producción, tanto por la pérdida de las personas más productivas como por acrecentar la carga de la asistencia a los enfermos y a los huérfanos. El SIDA está anulando decenios de inversiones en educación y en recursos humanos. Hasta los países ricos se verían en dificultades para afrontar la situación y dispensar los tratamientos existentes si sus tasas de infección fueran tan elevadas como las de los países pobres. El SIDA no sólo ataca el organismo humano, sino también el organismo social. Si bien sus efectos son muy diversos, en muchos países, especialmente en el África subsahariana, ha tenido ya un impacto institucional sin precedentes, no sólo en las organizaciones más necesarias para el desarrollo, sino también en las que son más necesarias para evitar la propagación de la enfermedad. En algunos países, la capacidad para hacerle frente puede haber quedado ya rebasada.

Enseñanza 4: El virus no es particularmente contagioso

La propagación del VIH/SIDA es, a la vez, la epidemia más devastadora y la más paradójica. La epidemia más mortífera de la historia moderna – y aun la peor de todas las épocas en momentos en que empieza a ser contenida – se debe a un virus que no es particularmente contagioso. Muchas enfermedades infecciosas – la gripe, por ejemplo, o enfermedades infantiles como el sarampión o las paperas – son sumamente contagiosas; hallarse en las cercanías de una persona infectada basta a veces para contraerlas. La difusión del VIH, en cambio, es relativamente fácil de prevenir: las personas informadas y motivadas tienen la posibilidad de protegerse. Por eso, el trato social cotidiano con las personas infectadas es inocuo y su atención médica no comporta riesgos para el personal de salud. Además, en los casos de mayor riesgo, en la medida en que las relaciones sexuales son voluntarias, las personas pueden generalmente evitar la infección si saben cómo se transmite.

La mayoría de las personas infectadas por la enfermedad no saben que lo están. No se han sometido a ninguna prueba de diagnóstico (puede que no haya ningún servicio médico para hacerlo y también es posible que haya pocos incentivos para someterse a una prueba, debido al anatema social en que incurre alguien de quien se sabe que está infectado). Las características de la enfermedad, por otra parte, demoran su reconocimiento, pues media un largo período de incubación entre la infección y sus manifestaciones. Como durante muchos años no aparece ninguna señal visible de la enfermedad, sus víctimas ignoran su situación, al igual que quienes las rodean.

La mayoría de las personas afectadas no saben en qué consiste la enfermedad; tampoco lo saben las personas más expuestas a contraerla. Aun en los sistemas escolares más adelantados, los niños aprenden poco acerca de las infecciones o de los virus durante sus cinco primeros años de escolaridad, y muchísimas de las personas expuestas al virus ni siquiera han cursado cinco años de enseñanza. La gran mayoría de los 1.000 millones de analfabetos que hay en el mundo no tiene acceso a la información científica. Además, muchos alfabetizados son iletrados en materia científica (entre ellos, lamentablemente, muchos docentes).

En muchas comunidades circulan creencias erróneas sobre las causas del SIDA. Las medidas tomadas para evitarlo o las tentativas de tratamiento pueden ser desacertadas y contraproducentes para las personas infectadas por el virus, y hasta pueden provocar el contagio de terceros. Entre las ideas, las creencias y los usos equivocados figuran la ingestión de brebajes inoperantes o nocivos y el recurso a prácticas sexuales con menores.

Las ideas erróneas traen aparejados prejuicios, discriminación y exclusión. El silencio social favorece la infección. El conocimiento insuficiente lleva a un comportamiento negligente. La ignorancia lleva a la falta de asistencia médica a las personas infectadas y al ostracismo que hace de los infectados parias sociales. La exclusión puede acelerar la muerte.

La distribución desigual de las tasas de infección en el mundo se debe en no escasa medida a una distribución desigual del saber. La necesidad de una educación preventiva dimana de las formas particulares de ignorancia estrechamente asociadas a la epidemia, especialmente en los países en desarrollo más afectados.

Enseñanza 5:

Una de las principales razones por las cuales la epidemia escapa al control

Millones de personas están informadas con respecto al virus y a los riesgos que corren, pero no adoptan prácticas más seguras, se niegan a ver los riesgos y hasta se exponen a la infección con pleno conocimiento de causa. En algunos países occidentales, grupos vulnerables han vuelto a incurrir en prácticas peligrosas por creer que la existencia actual de nuevos tratamientos significa que el riesgo ha disminuido. Por lo tanto, la prevención debe dirigirse a las mentalidades y a la cultura en la que están inmersas para engendrar las actitudes correctas, proporcionar los conocimientos prácticos oportunos y apuntalar la motivación necesaria para cambiar de conducta. Sólo así se reducirán el riesgo y la vulnerabilidad.

Enseñanza 6:

El mensaje debe adecuarse a sus destinatarios

Para cambiar las ideas y las actitudes hace falta una comunicación eficaz: conocer al público, formular el mensaje y lograr que “llegue”. La validez del mensaje es esencial, pero lo que de él se entienda y se asimile no dependerá únicamente de su solidez científica, sino también del marco de referencia dentro del cual se interprete. La comprensión y la apreciación dependen de muchos factores sociales, como la edad, el sexo, el nivel de instrucción, la posición económica y las creencias religiosas. El mensaje debe adaptarse a sus destinatarios, tiene que reflejar el tipo de comprensión que éstos ya poseen y el entorno material y social en el que viven. Lo esencial es que quienes reciben el mensaje lo comprendan, actúen en consecuencia y lo transmitan. Si los conocimientos, las actitudes y las aptitudes transmitidos no están adaptados desde el punto de vista cultural, la educación preventiva puede ser obstruida y contrarrestada por las creencias y los modos de vida tradicionales. Los preceptos y las prácticas están integrados en los usos locales y reforzados por sistemas más amplios de comportamiento y de pensamiento. También están apuntalados por las normas de propiedad, las tradiciones matrimoniales y las creencias religiosas, que pueden alimentar el silencio acerca de la epidemia, sus causas y sus consecuencias. Las comunidades y las culturas interactúan con la epidemia y, en consecuencia, experimentan cambios. Del mismo modo, la educación preventiva debe adaptarse a la dinámica de la epidemia.

Enseñanza 7:

No basta saber para cambiar de conducta

Para ser eficaz, la educación preventiva debe tomar en cuenta activamente los aspectos específicos del contexto sociocultural en el que se desarrolla la comunicación, no sólo como posibles obstáculos para superar, sino también como recursos en potencia.

No hay cura para la infección por el VIH. Ni una sola de los millones de personas infectadas ha podido sanar. No se ha encontrado hasta ahora ningún medio para erradicar el virus del organismo. El VIH puede mantenerse a raya, frenando el proceso que lleva al SIDA, pero los tratamientos son todavía onerosos y menos accesibles precisamente donde se necesitan de modo más apremiante. Tampoco hay en el horizonte ninguna vacuna. La vacunación ha brindado protección contra muchas enfermedades infecciosas, desde la viruela hasta la poliomielitis, pero, por ahora, la vacuna contra el VIH no es más que una esperanza. Y los tratamientos son todavía demasiado costosos, especialmente para los países en desarrollo que registran elevadas tasas de infección y cuyas rentas son bajas. No olvidemos que una cuarta parte de la población mundial vive con menos de un dólar diario. Ahora bien, un cambio de comportamiento puede detener la propagación del virus: hasta ahora, la educación preventiva es la vacuna más eficaz. En muchos países la educación preventiva funciona. En la mayoría de los países occidentales, la difusión de la enfermedad empezó a frenarse precozmente. En Uganda y en Brasil, las tasas de mortalidad se redujeron a la mitad en cinco años y en tres, respectivamente, mediante una combinación de educación, prevención y tratamiento médico. Las disposiciones adoptadas en Senegal y en Tailandia han logrado resultados notables.

Enseñanza 8:

La educación preventiva funciona

Si se la implementa correctamente, la educación preventiva funciona. Si se lo hace ahora mismo, tendrá efectos duraderos. Y si se dispensa de modo masivo, puede invertir la tendencia.

El costo elevado de los tratamientos, que llega a ser prohibitivo en los países en desarrollo, ha suscitado un debate acerca de si es preferible asignar los fondos disponibles a la prevención, con

vistas a reducir el número de las personas infectadas, o si es mejor destinarlos al tratamiento de las personas ya infectadas, a fin de que sigan desempeñando su papel de padres y de trabajadores. El tratamiento puede convertir una infección mortal en una enfermedad crónica ciertamente problemática, pero llevadera. Hay tres tipos de argumento en favor del tratamiento:

El argumento humanitario: no podemos dejar que mueran millones de hombres y mujeres, que tienen un derecho humano a recibir tratamiento, ayuda y atención.

El argumento económico: la falta de tratamiento significa que la pérdida de sostenes de familia, de progenitores y de profesionales puede volverse intolerable, y suele costar más reemplazar a los que mueren – cuando es posible – que tratar médicamente a los enfermos.

El argumento de la prevención: si saber que somos VIH-positivos torna nuestra vida más negativa, no tendremos ningún aliciente para hacer algo para cambiar la situación. Si los demás, al enterarse de que estamos infectados, nos discriminan y nos niegan su ayuda, ningún enfermo se dará a conocer como tal. El tratamiento aporta la esperanza de una vida más larga, de una vida mejor, de una vida productiva. Cuando hay tratamientos, conviene estar al corriente.

Enseñanza 9:

El tratamiento no sólo es posible, sino imperativo

Prevención y tratamiento no son términos contradictorios. La epidemia de VIH/SIDA no sólo es un proceso dinámico, sino también complejo. Hasta podría sostenerse que no es una epidemia única, pues reviste muchas formas, según los países y los grupos. Los drogadictos que se administran drogas por vía intravenosa deben ser encarados de manera diferente que los trabajadores del sexo, y los adolescentes de modo diverso que los jubilados (que también contraen el virus). Es decir que no hay una fórmula mágica para detener la infección, ni un mago que pueda hacerlo. La epidemia es de tal magnitud, y seguirá afectándonos durante tantos decenios, que todos tenemos el deber de participar en la lucha y alentar las contribuciones, sean del lugar que fuere. Hay suficientes cosas que hacer y suficiente honor por compartir. Pero quienes se deciden a intervenir deben colaborar estrechamente con los países y grupos afectados, con la sociedad civil y las organizaciones no gubernamentales, con ONUSIDA y sus patrocinadores, conforme a una clara división del trabajo y a un serio empeño en el cumplimiento de sus tareas respectivas.

Enseñanza 10:

No hay un único programa ni un único actor

La UNESCO, que es uno de los copatrocinadores de ONUSIDA, ha decidido concentrar sus actividades en cinco tareas básicas:

1. Llevar a cabo actividades de promoción en todos los planos, especialmente para movilizar un apoyo constante a la educación preventiva de todos quienes poseen autoridad en sus respectivos ámbitos de competencia (educación, ciencia, cultura, comunicación).
2. Adaptar el mensaje para que llegue a sus destinatarios, especialmente a los jóvenes expuestos, estén o no escolarizados.
3. Modificar los comportamientos arriesgados y la vulnerabilidad mediante programas eficaces de educación preventiva que puedan llegar a todos, especialmente a los más expuestos, a los más vulnerables y amenazados.
4. Asistir a los afectados y a los infectados por el virus, apoyando tratamientos accesibles y suministrando información para reducir el ostracismo y el trauma.
5. Hacer frente a las consecuencias de la epidemia, especialmente protegiendo las funciones esenciales de las instituciones, sobre todo en el campo educativo.

En 1900 dio comienzo el siglo más sorprendente de la historia sanitaria humana. Nunca tanta gente ha sobrevivido a su infancia; nunca tantos vivieron tanto tiempo; nunca tantos vivieron tan sanos. Se consiguió atenuar o anular los efectos devastadores de muchas enfermedades infecciosas. Se inventaron vacunas. Se mejoraron los tratamientos. Se alcanzaron enormes adelantos en la reducción de la mortalidad infantil y en el aumento de la esperanza de vida. Buena parte de este avance se logró fuera del ámbito sanitario, gracias a los progresos de la economía, de la alimentación y de la higiene.

El comienzo de este siglo XXI trae consigo la clara demostración de que nos encontramos ante la epidemia más devastadora de la historia humana. En menos de dos decenios, el VIH/SIDA ha pasado de ser una curiosidad médica a constituir una catástrofe internacional.

La epidemia no tiene precedentes en la historia humana. Y lo peor está aún por llegar: habrá todavía muchos millones de infectados, de muertos, de huérfanos.

La epidemia no tiene precedentes en la historia humana. Y la movilización actual no tiene precedentes en la historia de las Naciones Unidas. Veinte años después de que se identificara la enfermedad, se ha constituido un Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y el Paludismo. Se ha instado a todos los países miembros de las Naciones Unidas a hacer todo lo posible en su propio terreno y a apoyar generosamente a los más gravemente afectados. Las organizaciones no gubernamentales han sido exhortadas a intervenir de modo activo. Y se ha urgido la colaboración de las empresas privadas y los simples ciudadanos. Todas las organizaciones de las Naciones Unidas han entrado en acción, y tratan de hacer todo lo posible allí donde su acción puede resultar decisiva.

Todavía desconocemos muchas cosas sobre la epidemia, aún tenemos mucho que aprender, pero sabemos lo bastante para actuar, y sabemos que debemos actuar de modo inmediato, decidido y masivo: proponer tratamientos, prestar asistencia y mantener las instituciones, respetando los derechos humanos de cada cual.

Ante todo, debemos hacer lo máximo posible para detener la propagación de la epidemia, mediante programas de educación preventiva que lleguen a todos, particularmente a los más expuestos al virus. No hay tiempo que perder. No hay vida que no merezca ser salvada.

No es hora de entregarse a la complacencia, sino de ejercitar la compasión. No es hora de vacilar, sino de actuar. Prometo el pleno apoyo de la UNESCO allí donde puede ser decisivo. La Organización movilizará todos sus sectores con vistas a una educación preventiva eficaz destinada a todos los que están expuestos al riesgo en el mundo entero.¹

Es de vital importancia tener una estrategia de conjunto coherente. Pero la piedra de toque de los esfuerzos de la UNESCO será el resultado de su acción en los países que presentan el más alto nivel de infección, en las comunidades más afectadas y en los grupos más vulnerables.

Abstenerse de obrar ahora sobre lo que sabemos sería un fracaso moral sin precedentes. Cada momento perdido representa mayor dolor y más muertes. Por consiguiente, tenemos que actuar juntos, con urgencia y resueltamente.

Nota

1. Ver al respecto:

<http://portal.unesco.org/aids/index.shtml>, y

http://www.unesco.org/education/efa/wef_2000/press_kit/aids.shtml

Ralph J. DiClemente, Richard A. Crosby, Gina M. Wingood

La prevención del VIH en adolescentes

Perspectivas, vol. XXXII, n° 2, junio 2002

Versión original: inglés

Ralph J. DiClemente (Estados Unidos de América)

Doctor Charles Howard Candler, es profesor de Sanidad Pública y director adjunto en el Emory Center for AIDS Research. Se desempeña como profesor en la facultad de Medicina de la Universidad de Emory, Departamento de Pediatría, en la División de Enfermedades Infecciosas, Epidemiología e Inmunología, así como en el Departamento de Medicina, en la División de Enfermedades Infecciosas. Se ha especializado en la elaboración de programas que utilizan modelos de ejecución basados en los grupos de pares y en la consideración de la pertinencia cultural y de desarrollo. Correo electrónico: rdiclem@sph.emory.edu

Richard A. Crosby (Estados Unidos de América)

Doctor en conducta sanitaria por la Universidad de Indiana, es profesor auxiliar en el Departamento de Ciencias del Comportamiento y Educación para la Salud en la Escuela Rollins de Salud Pública de la Universidad de Emory. Obtuvo la licenciatura en educación para la sanidad escolar en la Universidad Kentucky y la maestría en educación para la salud en la Universidad Central de Michigan. Sus investigaciones se centran en el desarrollo y la aplicación de la teoría de la conducta para fomentar la salud, sobre todo en poblaciones adolescentes y de adultos jóvenes.

Gina M. Wingood (Estados Unidos de América)

Doctora en Ciencias, Magíster en salud pública, es profesora auxiliar en el Departamento de Ciencias del Comportamiento y Educación para la Salud. Obtuvo su maestría en salud pública en la Universidad de California, Berkeley, con una tesis que versaba sobre salud materno-infantil, y el doctorado en la facultad de Salud Pública de la Universidad de Harvard con una tesis sobre salud y comportamiento social. Ha publicado muchos artículos sobre la importancia de utilizar teorías específicas sobre el género en los estudios sobre el VIH adaptados a la mujer, y de diseñar, aplicar y evaluar intervenciones – culturalmente adaptadas – de reducción de riesgos de transmisión sexual del VIH para las mujeres adultas jóvenes afroamericanas.

LA EDUCACION PARA LA PREVENCION DEL VIH/SIDA

LA PREVENCION DEL VIH

EN ADOLESCENTES:

DEFICIENCIAS DETECTADAS Y

ENFOQUES NUEVOS

Ralph J. DiClemente, Richard A. Crosby y Gina M. Wingood

Introducción

Uno de los peligros más importantes e inmediatos para la salud y el bienestar de los adolescentes es la posibilidad de contraer una enfermedad de transmisión sexual (ETS). Desde una perspectiva económica y social, estas enfermedades siguen cobrándose un tributo significativo en los adolescentes y finalmente en la sociedad. Quizá lo más preocupante sea el hecho de que las enfermedades de transmisión sexual aumentan de forma significativa el riesgo de que los adolescentes contraigan el VIH (Fleming y Wasserheit, 1999; CDC, 1998c). Teniendo en cuenta que los adolescentes infectados por el VIH pueden pasar mucho tiempo sin ser conscientes de su seropositividad —lo que multiplica las oportunidades de transmisión y disminuye la eficacia de la terapia— la prevención primaria del VIH entre los adolescentes es una importante prioridad de la sanidad pública (Eng y Butler, 1997; Jemmott y Jemmott, 2000).

Los adolescentes tienen un riesgo considerable de contraer el VIH. Ciertas evidencias indican que el 50% de los nuevos casos de infecciones por VIH se produce en jóvenes menores de 25 años y el 25% en menores de 22 años (Office of National AIDS Policy, 1996). Según las investigaciones, en torno al 17% de todos los casos de SIDA que se conocen procede de la infección por el VIH en el segundo decenio de vida; es decir, entre los 10 y los 19 años (CDC, 1999). Este resultado es especialmente preocupante habida cuenta de que el grupo de población de adolescentes es menos activo sexualmente que el grupo de adultos; aun así, la mayoría de los contagios del VIH entre los adolescentes se debe al contacto sexual más que a otras formas de contagio, como el compartir agujas y jeringuillas para la inyección de drogas (CDC, 1999; Rosenberg y Biggar, 1998).

Como ocurre con otras ETS, los índices de contagio por VIH dependen también de diferencias de sexo y de raza. Cada vez es mayor el número de mujeres jóvenes infectadas por el VIH. Las últimas investigaciones señalan que la incidencia del SIDA en las ciudades de los Estados Unidos entre adolescentes y adultos jóvenes no ha disminuido, habiendo una cantidad mucho mayor de jóvenes afroamericanas diagnosticadas de SIDA en comparación con sus compañeros masculinos (Denning y Flemming, 1998). Igualmente, el número de adolescentes afroamericanos infectados por el VIH es muy elevado (CDC, 1999; Valleroy *et al.*, 1998).

Entender los antecedentes del riesgo del VIH y de las conductas de protección entre los adolescentes ha sido un reto complejo e inmenso para los investigadores y los profesionales de la salud pública. La tarea es especialmente ardua porque la investigación empírica de estas personas, de su conducta privada y a menudo no revelada, es complicada desde el punto de vista logístico. No

obstante, se ha reunido últimamente una gran cantidad de datos que podrían ser muy útiles para adoptar nuevas perspectivas en el desarrollo de programas efectivos de prevención del VIH dirigidos a los adolescentes. Ahora bien, es importante destacar que los cambios en las prácticas y las políticas no han ido al mismo ritmo que “las mejores prácticas” como la investigación parece indicar.

Este artículo empieza con *la identificación de ciertas deficiencias en cuanto a la información, la motivación y las conductas de los adolescentes y el VIH*. Aunque la mayoría de los programas actuales de prevención contra el VIH están diseñados para encarar estas cuestiones, parece evidente que se necesita incorporar estrategias muy innovadoras. Por ello, el artículo termina con *la descripción de los enfoques que están surgiendo y que podrían resultar más efectivos para fomentar la salud sexual entre los adolescentes*.

Deficiencias en relación con las competencias de los adolescentes y el VIH

DEFICIENCIAS EN EL CONOCIMIENTO Y LOS CONCEPTOS ERRONEOS DE LOS ADOLESCENTES SOBRE EL VIH

Un condicionante básico, y al que no se suele prestar mucha atención, a escala individual, del riesgo de los adolescentes de contraer el VIH y de su comportamiento preventivo frente a éste es su nivel de conocimientos y/o conceptos erróneos sobre los riesgos y métodos de prevención. Como las campañas y los programas de prevención dirigidos a los adolescentes – sobre todo los programas de educación para la salud centrados en la escuela – suelen hacer hincapié en los contenidos objetivos (conocimientos), es necesario estudiar este condicionamiento prestando la debida atención a los resultados empíricos.

La conducta segura de los adolescentes con respecto a ETS/VIH representa el final de un complejo proceso de toma de decisiones que está condicionado por toda una serie de factores cognitivos, psicosociales y ambientales (D’Angelo y DiClemente, 1996). Un factor que puede influir en la adopción de conductas seguras frente a ETS/VIH por parte de los adolescentes es su nivel de conocimientos acerca de la prevención contra estos males (Rotheram-Borus, Mahler y Rosario, 1995). Es necesario que los adolescentes tengan unos conocimientos precisos sobre la prevención

de ETS/VIH para que sean capaces de identificar las prácticas seguras, pero las teorías conductuales de reducción de riesgos frente a ETS/VIH (Fisher y Fisher, 2000) y los datos empíricos señalan que esos conocimientos, por sí solos, pueden no ser suficientes para inducir a los adolescentes a adoptar conductas preventivas (Lanier, Pack y DiClemente, 1999; DiClemente, 1992; DiClemente y Peterson, 1994).

Proporcionar a los adolescentes los conocimientos relacionados con la prevención de ETS/VIH ha sido una práctica común en las intervenciones destinadas a reducir las conductas de riesgo (Jemmott, Jemmott y Fong, 1992, 1998; Stanton *et al.*, 1996; St. Lawrence *et al.*, 1995; Shain *et al.*, 1999; Main *et al.*, 1994; Walter y Vaughan, 1993) y constituye normalmente el grueso de los programas de prevención contra ETS/VIH centrados en la escuela. Los conocimientos acerca de las ETS/VIH son el punto de partida para cobrar conciencia de la vulnerabilidad ante ellas y su gravedad, y para adoptar conductas seguras una vez adquiridas las competencias correspondientes (Crosby, 1996). Así pues, la falta de conocimientos precisos sobre la prevención de ETS/VIH o, peor aún, los conceptos erróneos acerca de lo que constituye una conducta preventiva (por ejemplo, creer que basta con lavados o píldoras anticonceptivas) pueden ser contraproducentes para las campañas de prevención, pues impide la adopción de conductas realmente seguras.

Desgraciadamente, en los Estados Unidos se ha comprobado que los conceptos erróneos sobre la prevención de las enfermedades de transmisión sexual son comunes. Por ejemplo, en un estudio reciente de más de 3.000 adolescentes y adultos que asisten a las clínicas de ETS se puso de manifiesto que había varios conceptos erróneos muy extendidos sobre los métodos para evitar contagios: el 46% de las personas involucradas creía en los lavados vaginales, el 39% en orinar después de las relaciones sexuales, el 20% en los anticonceptivos orales y el 16% en el lavado de los genitales tras la relación sexual (Crosby *et al.*, 2000b). Los últimos análisis de los datos proporcionados por el National Longitudinal Study of Adolescent Health [Estudio Longitudinal Nacional de la Salud de los Adolescentes] pusieron de manifiesto que entre más de 16.000 adolescentes que habían usado preservativo en alguna oportunidad, aproximadamente el 32% de las muchachas y el 40% de los muchachos creían que el extremo de éste debía ajustarse totalmente al glande; cerca del 28% de las muchachas y el 33% de los muchachos no sabían que no se puede usar vaselina con los preservativos de látex; y alrededor del 15% de las muchachas y el 24% de los muchachos ignoraban que los preservativos de látex son más eficaces contra el VIH que los de tripa de carnero (Crosby y Yarber, 2001).

Para comprobar el posible desconocimiento de los adolescentes sobre la prevención de infecciones adquiridas por vía sexual como el VIH, revisamos los datos recogidos de una muestra de 522 muchachas adolescentes afroamericanas (Crosby *et al.*, 2001a). De 1996 a 1999, los encargados del proyecto preseleccionaron jóvenes mujeres en las clínicas de medicina adolescente, en las clínicas del departamento de salud y en las clases de salud de las escuelas para determinar quiénes debían participar en una campaña de prevención de ETS/VIH. Los lugares de selección estaban en barrios con alto índice de desempleo, abuso de drogas, violencia y ETS. Las adolescentes tenían entre 14 y 18 años, y declararon haber tenido actividad sexual en los seis meses anteriores. El Institutional Review Board aprobó el protocolo del estudio antes de su ejecución.

Las jóvenes tenían que contestar 12 preguntas sobre ETS/VIH con “verdadero” o “falso”. El Cuadro 1 ofrece la proporción de adolescentes que contestaron todas las preguntas correctamente. El resultado medio fue de 6,7 aciertos (desviación estándar = 2,4; mediana = 7,0; rango = 0-12). Las diferencias en la proporción de muchachas que contestaron correctamente cada pregunta fueron muy amplias; desde 28,9% a 88,7%. La pregunta con un índice más bajo de respuestas correctas era la que evaluaba si sabían que las mujeres eran más propensas que los hombres al contagio de ETS y VIH por vía sexual. Menos de la mitad de las adolescentes contestaron correctamente otras cinco preguntas relacionadas con conductas preventivas o con la noción de gravedad respecto de las ETS. Tres preguntas fueron respondidas correctamente por más de la mitad de las adolescentes (51,5%-64,9%). Menos de los dos tercios de las adolescentes respondieron correctamente nueve de las 12 preguntas. Menos de la mitad respondió correctamente la mitad de las preguntas.

CUADRO 1. Proporción de muchachas que contestó correctamente las preguntas que medían sus conocimientos sobre la prevención de las ETS y el VIH (Total=522).

Preguntas	% de respuestas correctas
Relacionadas con la vulnerabilidad	
Las mujeres son más propensas que los hombres a contraer ETS y el virus del SIDA por vía sexual	28,9
Relacionadas con la gravedad	
Todas las ETS, excepto el SIDA, se pueden curar con antibióticos	44,3
Padecer una ETS supone un mayor riesgo de contraer el virus del SIDA	45,8
Una ETS sin tratar puede dar origen a la incapacidad para tener hijos	58,6
Relacionadas con una conducta segura	
Los preservativos de tripa de carnero son más seguros que los de látex	37,7
Los fluidos previos a la eyaculación contienen el virus del SIDA	41,2
Los lavados vaginales después de la relación sexual protegen de las ETS	46,0
El uso de lubricantes grasos (Vaselina, Crisco) con los preservativos reduce el riesgo de contraer el virus del SIDA	51,5

Siempre se puede saber si la pareja sexual padece una ETS	64,9
Si una mujer toma la píldora anticonceptiva, tiene menos riesgo de contraer el virus del SIDA	80,8
La forma más efectiva de impedir la propagación del SIDA es la abstinencia sexual	83,0
Las mujeres pueden contagiar las ETS a los hombres si éstos no llevan preservativo	88,7

Estos errores de concepto suponen otras tantas oportunidades perdidas para motivar y orientar la conducta preventiva de los adolescentes frente a ETS/VIH. El bajo índice de respuestas correctas a cinco de las ocho preguntas relacionadas con la conducta preventiva es especialmente preocupante pues las ideas falsas respecto a cualquiera de estos temas pueden inducir prácticas sexuales susceptibles de aumentar el riesgo de contagio de ETS/VIH. Por ejemplo, las adolescentes que creen que los lavados después de un contacto sexual protegen de las ETS pueden adoptar esta práctica en la creencia de que se trata de una conducta preventiva, cuando lo cierto es que quizá estén aumentando el riesgo de contagio de ETS/VIH (Wolner-Hanssen *et al.*, 1990). Igualmente, la creencia en la capacidad personal para saber si su pareja padece una ETS puede llevar a las muchachas a emplear estrategias personales de selección de pareja que son inútiles, en vez de tratar de negociar el uso del preservativo o de negarse a tener relaciones sexuales sin éste. Otra creencia errónea de las muchachas es la de que el fluido previo a la eyaculación no contiene el VIH. Esto puede llevarlas directamente a la práctica de la interrupción del coito. Del mismo modo, las ideas falsas sobre el efecto protector de los preservativos de látex frente a los de piel, y el uso de lubricantes acuosos frente a los grasos puede perjudicar la eficacia de los preservativos.

El hecho de que menos de un tercio de las muchachas respondiera correctamente a la pregunta que pretendía medir si sabían o no que las mujeres son más propensas que los hombres a contraer ETS/VIH por vía sexual es también preocupante. La evidencia empírica ha establecido una mayor eficiencia de la transmisión hombre-mujer de la gonorrea, el herpes genital, la hepatitis B y el VIH (Ehrhardt, Bolan y Wasserheit, 1999). El riesgo de transmisión del VIH de hombre a mujer es notoriamente mayor que la transmisión a la inversa (Padian, Shiboski y Jewell, 1991). Saber que corren más riesgo de contraer ETS aumenta la percepción de las mujeres de su vulnerabilidad ante estas enfermedades; sin embargo, nuestros datos prueban que la mayoría de las muchachas no eran conscientes de que su riesgo era más elevado que el de los muchachos. También eran comunes las ideas falsas relacionadas con la gravedad de las ETS, con lo que ello conlleva en cuanto a falta de motivación para la adopción de medidas de protección.

Pese a las reacciones constantes de las escuelas y comunidades de los Estados Unidos a la epidemia del SIDA, los datos de este estudio indican que existen grandes lagunas en los

conocimientos de los adolescentes sobre la prevención de ETS/VIH. Dado que la infección de ETS y VIH constituye una amenaza grave para la salud y el bienestar de los adolescentes, tanto a corto como a largo plazo, es necesario intensificar los esfuerzos para proporcionar a la juventud de nuestro país los conocimientos necesarios para su prevención y asegurarse posteriormente de su efectividad. Esfuerzos vigilantes, mantenidos en el tiempo, son beneficiosos para los adolescentes al aumentar sus conocimientos sobre la prevención de ETS/VIH.

Aunque los resultados del Youth Risk Behavioral Surveillance Survey [Estudio de Vigilancia del Riesgo Juvenil] señalaban que el 91,5% de los adolescentes de los Estados Unidos había recibido información sobre el contagio del SIDA/VIH en la escuela, y que aproximadamente el 63% afirmaba haber hablado con uno de sus padres o con un familiar adulto sobre el VIH/SIDA (CDC, 1998a), es posible que las escuelas, y quizá los padres, no les estén proporcionando un conocimiento cabal de la prevención del VIH. Es lamentable, porque los adolescentes están normalmente deseosos de aprender cosas relativas a la sexualidad y los que hablan con sus padres sobre este tema son más proclives a adoptar prácticas de prevención (DiClemente *et al.*, 2001a).

DEFICIENCIAS EN LA MOTIVACION DE LOS ADOLESCENTES PARA PRACTICAR SEXO SEGURO

Los datos señalan que los adolescentes pueden subestimar sus posibilidades de contagiarse con el VIH. El que los adolescentes entiendan la amenaza que supone el VIH ha sido identificado como un importante condicionante para que adopten las precauciones contra un posible contagio. La amenaza se percibe como tal si se es consciente de los riesgos y de la gravedad de una enfermedad, acontecimiento o situación (Weinstein, 1989). Los datos indican que es probable que los adolescentes estén subvalorando tanto la gravedad de la infección por ETS/VIH, como sus propios riesgos de contagio (Eng y Butler, 1997; St. Lawrence *et al.*, 1999; Reitman *et al.*, 1996; The Kaiser Family Foundation, 1999). Esta subvaloración puede ser un mecanismo de defensa mental. Por ejemplo, Ellen y colaboradores midieron la ansiedad de los adolescentes acerca del contagio de ETS y VIH y encontraron que una mayor ansiedad no se asociaba con un menor comportamiento sexual de riesgo, sino con adolescentes con percepciones más bajas del riesgo de adquirir ETS y VIH en comparación con la percepción de sus pares (Ellen *et al.*, 1996).

También es posible que los adolescentes de hoy no perciban la gravedad de la infección por el VIH en la misma medida que los adultos. En un momento de terapias antirretrovirales eficaces en

los Estados Unidos de América y una atención al SIDA bastante escasa por parte de los medios de comunicación, el contagio del VIH puede tener muy poca importancia para la actual generación de adolescentes. También es posible que éstos creen que la infección por el VIH es muy poco probable porque confían en la seguridad de su pareja (Overby y Kegeles, 1994) o porque no conocen casos de infección por el VIH entre sus compañeros. Además, pueden creerse inmunes a la infección por el VIH por el hecho de no haberse contagiado pese a las repetidas ocasiones en que tuvieron conductas de riesgo. A este fenómeno se lo denomina hipótesis de “ausencia-inexistencia”, en la que los individuos creen que no son vulnerables porque han tenido conductas de riesgo y aun así no se han infectado con el VIH (Weinstein, 1989). Un estudio reciente apoyaba esta posibilidad al demostrar que el nivel relativo de preocupación de los adolescentes por el VIH no estaba asociado con sus conductas sexuales de riesgo recientes. En el estudio también se demostraba que el nivel de preocupación de los adolescentes por el VIH era, en general, bajo (Crosby *et al.*, 2001d).

DEFICIENCIAS EN LA CONFIANZA Y LAS COMPETENCIAS DE LOS ADOLESCENTES EN CUANTO AL USO DE PRESERVATIVOS

Además de la falta de conocimientos sobre la prevención del VIH, también es posible que los adolescentes tengan falta de confianza y/o falta de competencias para practicar sexo seguro. La confianza y las competencias pertinentes para negarse a un encuentro sexual, la resistencia a la presión de los compañeros para iniciarse en el sexo, y el empleo correcto y continuo de preservativos son cuestiones cruciales para fomentar conductas de protección frente al VIH. Por ejemplo, los datos indican que los adolescentes suelen cometer múltiples errores en el proceso de poner el preservativo. Stanton y colaboradores observaron a jóvenes que demostraban el acto de poner un preservativo en un pene artificial. Entre los adolescentes que no habían tenido contacto con campañas de promoción acerca del uso correcto del preservativo, el promedio de pasos realizados correctamente era tres de cinco. Es de destacar que los que habían recibido instrucción sobre el uso correcto obtuvieron resultados mucho mejores (Stanton *et al.*, 2000). Otros investigadores han informado resultados parecidos acerca del número de errores que cometen los adolescentes de ambos sexos cuando ponen el preservativo en un pene artificial (St. Lawrence *et al.*, 1999; Crosby *et al.*, 2001d). Naturalmente, los adolescentes que tienen dificultades para poner el preservativo en el contexto de una demostración empleando un pene artificial son los que con más probabilidad experimentarán problemas durante las relaciones sexuales. Es lamentable, porque al menos en un

estudio se ha puesto de manifiesto que los adolescentes que tienen experiencias negativas con el uso del preservativo son más proclives a tener actitudes desfavorables hacia éste y a informar que en su última relación sexual no lo usaron (Norris y Ford, 1994).

Al contrario, los resultados empíricos indican que una mayor confianza de los adolescentes en su capacidad de emplear los preservativos puede contribuir a aumentar la continuidad de su uso. En un estudio de jóvenes urbanos de sexo masculino, Pendergrast y colaboradores encontraron una asociación positiva entre la autoeficacia de los adolescentes en el uso del preservativo y su intención de usarlos (Pendergrast, DuRant y Gaillard, 1992). Este resultado se ha observado también en otras muestras de adolescentes, incluyendo afroamericanos (Basen-Engquisk y Parcel, 1992; Jemmott, Jemmott y Hacker, 1992). Sin embargo, hay que destacar que otros investigadores, estudiando sólo muestras femeninas, han demostrado que la autoeficacia en el uso del preservativo puede no estar asociada con su uso (Crosby *et al.*, 2001c). Esta discrepancia es digna de tenerse en cuenta pues plantea una importante diferencia entre los adolescentes de uno y otro sexo, concretamente, entre las muchachas, una mayor autoeficacia puede no traducirse directamente en una intención de uso o en un uso real del preservativo. Esto se explica probablemente por el hecho de que el uso del preservativo no es una conducta voluntaria para las muchachas. Este concepto ha sido recientemente apoyado por un estudio en el que se vio que la capacidad demostrada de las muchachas para poner los preservativos *no* estaba asociada con el uso de éste ni con la prevalencia de las jóvenes de ETS biológicamente confirmadas (Crosby *et al.*, 2001a). Desde luego, existen pruebas de que la resistencia que sienten las muchachas hacia el uso del preservativo se puede evaluar de modo fiable por una medición de escala y que los resultados de esta medición están en estrecha relación con el uso del preservativo que ellas afirman hacer, por lo que una mayor resistencia se traduce en menor uso (Crosby, *et al.*, 2001b). Puesto que la resistencia al uso del preservativo puede ser mayor en las muchachas que en los muchachos, son especialmente necesarias campañas que les proporcionen a las primeras las competencias y la confianza necesarias para lograr un sexo seguro.

Nuevos enfoques para la prevención del VIH entre los adolescentes

Aunque la educación destinada a proporcionar a los adolescentes información, motivación y competencias en relación con el VIH es la piedra angular de la estrategia actual de la prevención del

VIH, hay cada vez más indicios de que se podrían emplear algunos enfoques nuevos para ampliarla considerablemente (aunque sin reemplazarla). Los nuevos enfoques podrían mejorar las iniciativas existentes para corregir las deficiencias detectadas; pero, además pueden elevar los esfuerzos para la prevención a un nuevo nivel, en el que se integren los niveles de las influencias individuales, familiares y comunitarias de manera que incidan todos juntos en lograr la prevención del contagio del VIH entre los adolescentes.

ENFOQUES SOBRE LA DINAMICA DE LA RELACION ENTRE LOS ADOLESCENTES

Existen cada vez más indicios de que es posible que los adolescentes no practiquen sexo seguro porque la dinámica de la relación sexual puede ser demasiado abrumadora para emprender negociaciones, a menudo complejas, sobre la abstinencia o el uso del preservativo. Por ejemplo, en un estudio reciente de muchachas afroamericanas de alto riesgo se descubrió que, entre las que tenían relaciones regularmente, aquellas que pasaban más tiempo con sus novios y tenían vínculos más duraderos, informaban una frecuencia significativamente mayor de relaciones sexuales vaginales sin protección. Las muchachas que afirmaban creer firmemente que era el hombre el que tenía que tomar las decisiones eran también más propensas a las relaciones sexuales vaginales sin protección. Por otra parte, entre las adolescentes que afirmaban tener relaciones sexuales esporádicas, las que decían sentir mayor resistencia personal al uso del preservativo y las que afirmaban que era su novio el que decidía cuándo tenían contactos sexuales, eran significativamente más propensas a informar que su última relación sexual vaginal había sido sin protección (Crosby *et al.*, 2000b).

Los desequilibrios en la dinámica de poder entre los adolescentes y sus parejas sexuales también pueden ser un determinante importante del riesgo de contraer el VIH. Éstos pueden ser especialmente acusados cuando las muchachas eligen parejas masculinas de más edad. Por ejemplo, en un estudio reciente se vio que las muchachas que tenían relaciones sexuales con hombres al menos tres años mayores que ellas eran menos proclives a informar del uso del preservativo en su última relación o durante los últimos seis meses que las adolescentes que salían con varones más próximos a su edad (Miller, Clark y Moore, 1997). En un estudio relacionado con esta cuestión, se descubrieron asociaciones similares entre las muchachas que afirmaban que sus parejas eran dos o tres años mayores que ellas (DiClemente, en imprenta). Claramente, los compañeros masculinos de

más edad pueden ser reacios a las prácticas de protección, lo que deja indefensas ante la actividad sexual sin protección a las muchachas menos firmes.

Las diferencias debidas a los roles de género contribuyen a los desequilibrios de poder en las relaciones sexuales de los adolescentes. Los resultados del Youth Risk Behavioral Surveillance Survey indican que las muchachas han informado continuamente de menores índices de uso del preservativo que los muchachos (CDC, 1998b). Puesto que el uso del preservativo es una conducta voluntaria para ellos pero no para ellas, se indica que esta diferencia se puede atribuir a los roles de género socializados, que pueden impedir que las mujeres insistan libremente en que sus parejas masculinas usen el preservativo. La evidencia sugiere que la percepción de las adolescentes en cuanto a la resistencia de sus compañeros a abstenerse del sexo o a tener que negociar el uso del preservativo está potencialmente en correlación con el sexo de riesgo (Sionean, *et al.*, en imprenta *a y b*). En otro estudio, el uso del preservativo entre las adolescentes se correlaciona con la insistencia de la pareja en el uso del preservativo, pero no con el control de las muchachas de los riesgos sexuales (Rosenthal *et al.*, 1999). Estudios de mujeres adultas han puesto de manifiesto dinámicas similares (Morokoff *et al.*, 1997; Wingood y DiClemente 1996). Por ejemplo, en un estudio reciente sobre mujeres adultas jóvenes se ha visto que tanto la buena comunicación, como el firme autocontrol para el uso del preservativo y el firme control sobre el uso de preservativos de sus parejas, predecían el uso continuado del preservativo entre las mujeres (Wingood y DiClemente 1998).

ENFOQUES SOBRE LA SALUD MENTAL Y EL DESEO DE EMBARAZO DE LOS ADOLESCENTES

La angustia psicológica de las adolescentes se ha asociado con mayores niveles de conducta sexual de riesgo que los de aquellas que no experimentan angustia (DiClemente *et al.*, 2001c). La baja autoestima de los adolescentes ha estado asociada con conductas sexuales de riesgo de infección del VIH relativamente mayores (Crosby *et al.*, 2001b). Igualmente, al menos un estudio ha aportado pruebas que indican que las muchachas que experimentan al menos algún deseo de quedar embarazadas pueden ser menos propensas al uso del preservativo que las que no sienten este deseo (Crosby *et al.*, en imprenta *b*). Hay que destacar que esta observación puede ser importante para el

caso de los varones adolescentes porque su deseo de concebir un hijo puede ser una razón para que sus parejas femeninas deseen un embarazo (Crosby *et al.*, en imprenta e).

ENFOQUES PARA LA PREVENCIÓN DEL VIH A NIVEL FAMILIAR

La importancia del control de los padres. Una serie de investigaciones recientes señalan que un aspecto especialmente saludable de la influencia de la familia en las conductas sexuales de riesgo de los adolescentes puede ser el control de los padres. Hay que decir que para evaluar este aspecto se han empleado las percepciones de control paterno de los adolescentes más que las valoraciones de los padres. En una cantidad sustancial de investigaciones empíricas se han encontrado asociaciones entre el control de los padres y una serie de conductas sexuales de riesgo asociadas al VIH y a las ETS así como indicadores biológicamente confirmados de estas conductas. La falta de control de los padres ha sido asociada con la participación de adolescentes en: a) relaciones sexuales sin protección (Biglan *et al.*, 1990; Small y Luster, 1994; DiClemente *et al.*, 2001b; Li, Stanton y Feigelman, 2000; Li, Feigelman y Stanton, 2000); b) iniciación más temprana de la actividad sexual (Rosenthal *et al.*, 2001; Romer *et al.*, 1999), y c) relaciones sexuales con parejas masculinas no-monógamas así como relaciones sexuales con parejas masculinas múltiples entre adolescentes mujeres (DiClemente *et al.*, 2001d). Como muchos de estos estudios son parecidos, hemos optado por comentar más detalladamente sólo unos pocos.

Li y colaboradores informaron los resultados de un estudio longitudinal que apoyaba la hipótesis de que el control de los padres podía predecir la predisposición de los adolescentes a emprender relaciones sexuales sin protección (Li, Stanton y Feigelman, 2000; Li, Feigelman y Stanton, 2000). Como medida de resultados se empleó la utilización del preservativo por parte de los adolescentes en su relación sexual más reciente y el control de los padres se evaluaba mediante una escala de seis puntos elaborada por Silverberg y Small (1991). Los niveles de referencia del control parental interactuaban con la edad de los adolescentes para predecir relaciones sexuales vaginales sin protección en una evaluación ulterior a los seis meses y en otra a los dos años. Los efectos protectores del control parental disminuían a medida que aumentaba la edad de los adolescentes. Sin embargo, con la misma medida de los datos del control parental recogidos en el seguimiento al cabo de un año como variable predictora, este control tenía un efecto directo y más

intenso para disuadir a los adolescentes del sexo vaginal sin protección en el seguimiento realizado a los dos, tres y cuatro años.

DiClemente y colaboradores informaban de los resultados de un análisis cruzado de 522 adolescentes mujeres (DiClemente *et al.*, 2001c). El control parental se medía mediante dos preguntas sobre si sus padres (o figura paterna o materna) sabían dónde estaban y con quién cuando no estaban en la escuela ni en casa. Las jóvenes respondían a cada pregunta usando una escala Likert de cinco puntos que iba desde (1) “nunca” a (5) “casi siempre”. Se clasificó a las adolescentes en dos grupos: las que respondieron “casi siempre” (5) a cada una de las preguntas integraron el grupo de las que tenían un mayor control de los padres; las restantes integraron el grupo de las que tenían un menor control parental. El control parental bajo iba asociado a un aumento significativo de respuestas de no haber usado preservativo durante su última relación (35,8% de las adolescentes con un control bajo frente a 23,3% de las que tenían mayor control). Un 12,5% de las adolescentes con menor control por parte de los padres informó compañeros sexuales múltiples en los últimos seis meses, frente al 6,7% de aquellas con mayor control. En torno a un 35% de las adolescentes con bajo control informaron que su pareja sexual actual tenía también relaciones sexuales con otras parejas; entre las que poseían mayor control, esta convicción alcanzaba sólo al 25,3%.

La importancia de la comunicación entre padres y adolescentes. Existen cada vez más indicios de que fomentar la comunicación sobre el sexo entre los adolescentes y sus padres puede ser una estrategia efectiva para lograr una disminución duradera de los riesgos entre los adolescentes. Por ejemplo, los últimos estudios indican que la falta de comunicación sobre temas como el embarazo, las ETS y el uso del preservativo puede ser un antecedente importante de conductas sexuales de riesgo. En los reportes de los adolescentes que hablan con sus padres de temas relacionados con el sexo puede darse que manifiesten: (a) iniciación sexual más tardía (DiIorio, Kelley y Hockenberry-Eaton, 1999; Jaccard, Dittus y Gordon, 1996; Leland y Barth, 1993; Karofsky, Zeng y Kosorok, 2000); (b) menor frecuencia de relaciones sexuales vaginales (Dutra, Miller y Forehand, 1999; Holtzman y Rubinson, 1995; Jaccard, Dittus y Gordon, 1996); (c) mayor uso del preservativo y otros anticonceptivos (Dutra, Miller y Forehand, 1999; Jaccard, Dittus y Gordon, 1996; Leland y Barth, 1993; Miller *et al.*, 1998); y (d) menor número de parejas sexuales (Dutra, Miller y Forehand, 1999; Holtzman y Rubinson, 1995). La buena comunicación con las madres sobre temas

generales iba también asociada a afirmaciones por parte de los adolescentes de tener relaciones sexuales con menos frecuencia que los que no tenían esa comunicación (Miller, Forehand y Kotchick, en imprenta).

La comunicación entre los adolescentes y sus padres en relación al sexo puede ser la base para la comunicación sexual de los adolescentes con sus parejas, lo que a su vez puede aumentar las respuestas afirmativas sobre el uso del preservativo en su primera relación y en las siguientes (Dutra, Miller y Forehand, 1999; Shoop y Davidson, 1994; Whitaker *et al.*, 1999; Karofsky, Zeng y Kosorok, 2000). Entre los adolescentes, la impresión de autoeficacia para usar preservativos y otros métodos de prevención de ETS y embarazo ha ido asociada positivamente con la comunicación entre las parejas sexuales sobre estos métodos (Lawrance, Levy y Rubinson, 1990) y con la adopción de estas prácticas preventivas (Basen-Engquist y Parcel, 1992; Cobb, 1997; Rosenthal, Moore y Flynn, 1991). Sin embargo, probablemente, estos efectos están condicionados por la calidad de la relación madre/adolescente (Jaccard, Dittus y Gordon, 1996) y el grado de confianza de estas conversaciones (Dutra, Miller y Forehand, 1999; Whitaker *et al.*, 1999).

En un estudio reciente sobre una muestra de adolescentes afroamericanas se vio que la menor frecuencia en la comunicación entre padre/madre e hija sobre temas relacionados con el sexo estaba asociada significativamente con el no uso del preservativo en los últimos treinta días, en la última relación sexual y en los cinco últimos contactos sexuales. En el estudio también se puso de manifiesto que dicha frecuencia en la comunicación estaba asociada con una menor comunicación sobre temas relacionados con el sexo entre las adolescentes y sus parejas. Por último, se vio que la menor comunicación entre padre/madre e hija sobre estos temas iba asociada a una menor capacidad de las adolescentes para negociar el uso del preservativo (DiClemente et al. 2001a).

ENFOQUES PARA LA PREVENCIÓN DEL VIH A ESCALA COMUNITARIA

Un número cada vez más abundante de investigaciones se viene centrando en la relación entre las estructuras comunitarias (por ejemplo, organizaciones sociales, capital social) y la conducta sexual de riesgo en los adolescentes. También se ha investigado sobre la utilidad de llegar a una cantidad masiva de adolescentes mediante programas de intervenciones a escala comunitaria.

Las organizaciones sociales y la conducta sexual de riesgo de los adolescentes. Los últimos

datos indican que la participación activa de los adolescentes en organizaciones sociales puede desempeñar una función protectora contra las conductas sexuales de riesgo. Por ejemplo, en un estudio se vio que las actividades prosociales influían en la relación entre la estructura familiar y la conducta sexual de riesgo de los adolescentes (Ramirez-Valles, Zimmerman y Newcomb, 1998). La participación en clubes juveniles se ha relacionado con resultados positivos en la salud y el desarrollo de los adolescentes (por ejemplo, menor uso de drogas y mayor compromiso de los padres) (Schinke, Orlandi y Cole, 1992). Las últimas investigaciones indican también que la participación en organizaciones sociales negras puede tener un efecto protector contra el involucramiento en conductas sexuales de riesgo entre las adolescentes negras (Crosby *et al.*, en imprenta *a*; Crosby, DiClemente *et al.*, en imprenta).

Aunque no se ha demostrado claramente por qué el hecho de participar en organizaciones sociales tiene un efecto protector, se han propuesto diversas hipótesis. Por ejemplo, que en las organizaciones sociales los adolescentes pueden tratar con adultos que se convierten en modelos positivos. Un análisis reciente de los datos recogidos en el National Longitudinal Study of Adolescent Health indicaba que las adolescentes daban menos cuenta de infecciones de ETS si sentían que al menos un adulto se preocupaba por ellas (Crosby, Leichliter y Brackbill, 2000). Este resultado hace pensar que la influencia positiva de que alguien se preocupe, aunque sea sólo un adulto, puede disminuir la propensión de los adolescentes a las conductas sexuales de riesgo. También la actividad en organizaciones sociales ocupa el tiempo libre de los adolescentes reduciendo sus oportunidades de tener relaciones sexuales y puede aumentar las influencias normativas positivas que los fortalecen contra las conductas sexuales de riesgo.

La idea de que la participación de los adolescentes en organizaciones sociales puede tener un efecto protector contra la conducta sexual de riesgo ha cobrado auge en un reciente estudio de Putnam sobre el capital social (2000). Como señaló éste, el término “capital social” expresa nociones de confianza, reciprocidad y cooperación entre los miembros de una red social, dando la idea de interacciones de ayuda dentro de la familia y entre unas familias y otras, entre el vecindario y entre toda la comunidad. Los últimos estudios señalan que, en los Estados Unidos, el capital social está en estrecha relación con el nivel de conducta sexual de riesgo comunicada por los adolescentes. El estudio llegaba a la conclusión de que, si aumenta el capital social, disminuyen las conductas sexuales de riesgo y aumentan las medidas de prevención (Crosby *et al.*, en revisión). Otros estudios han demostrado que el aumento de capital social va en beneficio de la salud pública y se

han propuesto estrategias para aumentarlo (Kreuter y Lezin, en imprenta; Kawachi, Kennedy y Glass, 1999; Kawachi *et al.*, 1997; Runyan *et al.*, 1998).

Iniciativas para la prevención del VIH a escala de la comunidad. Cuando comunidades enteras se movilizan contra una epidemia como el VIH/SIDA, la fuerza de las normas comunitarias predominantes puede convertirse en un factor prominente para fomentar la adopción de prácticas sexuales seguras por parte de los adolescentes. Los datos señalan claramente que las influencias de los compañeros son un condicionamiento importante de las conductas de riesgo ante el VIH y de las prácticas de protección entre los adolescentes. Especialmente, cuando los adolescentes salen de la influencia familiar, las influencias de los compañeros pueden dominar sus decisiones en el ámbito sexual (Forehand y Wierson, 1993). En consecuencia, las normas grupales de los adolescentes pueden determinar conductas prescritas, también en el ámbito sexual. La conformidad hacia estos roles prescritos se premia con la aprobación del grupo (Fisher, Misovich y Fisher, 1992). Por ejemplo, en un estudio se puso de manifiesto que el uso del preservativo era cuatro veces más probable entre los que consideraban que las normas grupales eran favorables al uso del preservativo (DiClemente *et al.* 1996). Resultados parecidos se han obtenido entre una población de adolescentes de alto riesgo encarcelados (DiClemente *et al.*, 1991). Igualmente, en un estudio reciente sobre adolescentes afroamericanas de escasos recursos, se vio una relación inversa entre la frecuencia con que éstas tenían relaciones sexuales sin protección y el número de compañeras que según ellas usaban preservativos (Crosby *et al.*, 2000a).

Por tanto, a diferencia de los enfoques para la prevención del VIH a escala individual o familiar, los enfoques a escala de la comunidad pueden llegar a una “masa crítica” que favorece por sinergia el sexo seguro mediante mensajes de amplia difusión que aumentan las expectativas normativas. Los enfoques a escala comunitaria también pueden ser efectivos porque integran múltiples niveles de influencia. Por ejemplo, se podrían integrar todas las influencias institucionales, organizacionales, comunitarias y políticas en el contexto de un enfoque a escala comunitaria para el fomento de la salud. Además de favorecer la difusión eficiente de los mensajes, esta integración puede también catalizar los cambios necesarios para reducir las dificultades que experimentan los adolescentes para lograr el sexo seguro (por ejemplo, la adquisición de preservativos; mayor frecuencia y profundidad de programas de educación sexual escolares; mayor facilidad de acceso a las clínicas que ofrecen servicios sanitarios relacionados con la reproducción, incluidos el diagnóstico

y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual).

Conclusión

Mientras la historia de la pandemia del SIDA continúa su andadura, debemos recordar que el futuro de esta enfermedad dependerá en gran medida de las disposiciones que tomemos ahora. En todas las culturas es tarea primordial la preservación de la juventud. Por tanto, es de la máxima importancia intensificar el impacto de los programas para fomentar la salud sexual, y la elaboración, ejecución y evaluación de estos programas constituye una prioridad y una prudente inversión de los recursos.

En este artículo se han puesto de relieve las deficiencias existentes en nuestra forma actual de luchar contra la epidemia del SIDA y se ha hecho una síntesis de las investigaciones que sugieren enfoques nuevos y específicos que podrían ser beneficiosos para las futuras generaciones de jóvenes. Aunque se basa en principios e investigaciones relativas a los adolescentes de los Estados Unidos de América, es probable que existan similitudes esenciales en todas las culturas juveniles, por lo que muchas de estas deficiencias y de los nuevos enfoques son susceptibles de aplicación a escala mundial. No obstante, sería conveniente identificar igualmente las diferencias culturales pues ello aumentaría la relevancia de los datos procedentes de la observación y haría posible que las intervenciones para la prevención del VIH fueran no sólo *adoptadas* por un país o comunidad determinados, sino debidamente *adaptadas* de manera que sean respetuosas de las diferentes culturas o subgrupos dentro de una cultura.

Por último, es necesario emprender la elaboración de estrategias a escala nacional, regional e internacional para la prevención del VIH entre los adolescentes, lo que exigirá movilizar la ayuda para una distribución sensata de los recursos necesarios para crear una infraestructura amplia y coordinada a fin de conceptualizar, estimular y apoyar la continuidad de la práctica del fomento de la salud sexual de los adolescentes y la investigación. Es evidente la necesidad imperiosa de introducir en nuestras iniciativas actuales una vigilancia continuada y unos programas innovadores para garantizar que los adolescentes de todo el mundo puedan contar con un futuro libre de la amenaza del SIDA.

Referencias

- Basen-Engquist, K.; Parcel, G. 1992. Attitudes, norms and self-efficacy: a model of adolescents' HIV-related sexual risk behaviour [Actitudes, normas y autoeficacia: modelo de conducta sexual de riesgo de los adolescentes en relación con el VIH.]. *Health education quarterly* (Thousand Oaks, California), vol. 19, págs. 263-277.
- Biglan, A. *et al.* 1990. Social and behavioral factors associated with high-risk sexual behaviour among adolescents [Factores sociales y de conducta asociados con la conducta sexual de alto riesgo de los adolescentes]. *Journal of behavioral medicine* (Nueva York), vol. 13, págs. 245-261.
- Centers for Disease Control and Prevention. 1998a. HIV prevention through early detection and treatment of other sexually transmitted diseases – United States. Recommendations of the Advisory Committee for HIV and STD prevention [La prevención del VIH a través del diagnóstico precoz y el tratamiento de otras enfermedades de transmisión sexual - Estados Unidos. Recomendaciones del Comité Asesor para la prevención del VIH y las ETS]. *Morbidity and mortality weekly report* (Atlanta, Georgia), vol. 47, págs. 1-24.
- . 1998b. Trends in sexual risk behaviors among high school students – United States, 1991-1997 [Tendencias en las conductas sexuales de riesgo entre los alumnos de los institutos – Estados Unidos, 1991-1997]. *Morbidity and mortality weekly report* (Atlanta, Georgia), vol. 47, págs. 749-52.
- . 1998c. Youth risk behavioral surveillance – United States, 1997 [Vigilancia de la conducta de riesgo juvenil]. *Morbidity and mortality weekly report* (Atlanta, Georgia), vol. 47 (SS-3), págs. 18-20.
- . 1999. *HIV/AIDS Surveillance Report, year-end edition*, págs. 1-44. Atlanta, Georgia, U.S. Department of Health and Human Services.
- Cobb, B.K. 1997. Communication types and sexual protective practices of college women [Tipos de comunicación y prácticas de protección sexual de las mujeres universitarias]. *Public health nursing* (Malden, Massachusetts), vol. 14, págs. 293-301.
- Crosby, R.A. 1996. Combating the illusion of adolescent invincibility to HIV/AIDS [Combatir el espejismo de invulnerabilidad de los adolescentes frente al VIH/SIDA]. *Journal of school health* (Kent, Ohio), vol. 66, págs. 186-190.
- Crosby, R.A.; Leichliter, J.S.; Brackbill, R. 2000. Longitudinal prediction of STDs among sexually experienced adolescents: Results from a national survey [Predicción longitudinal de las ETS entre los adolescentes con experiencia sexual: Resultados de un estudio nacional]. *The American journal of preventive medicine* (Nueva York), vol. 18, págs. 367-372.
- Crosby R.A.; Yarber, W.L. 2001. Perceived versus actual knowledge about correct condom use among U.S. adolescents: results from a national study [Conocimiento real frente a conocimiento supuesto sobre el uso correcto del preservativo entre los adolescentes de los Estados Unidos: resultados de un estudio nacional]. *Journal of adolescent health* (Nueva York), vol. 28, págs. 415-420.
- Crosby, R.A. *et al.* 2000a. Correlates of unprotected vaginal sex among African American female teens: the importance of relationship dynamics [Correlaciones de las relaciones sexuales vaginales sin protección entre las adolescentes afroamericanas: la importancia de la dinámica de la relación]. *Archives of pediatrics and adolescent medicine* (Chicago; Illinois), vol. 154, págs. 893-899.
- Crosby, R.A. *et al.* 2000b. Misconceptions about STD protective behaviours [Conceptos erróneos acerca de las conductas de protección contra las ETS]. *The American journal of preventive medicine* (Nueva York), vol. 19, págs. 167-173.
- Crosby, R.A., *et al.* 2001a. A descriptive analysis of African American adolescent females' HIV/STD prevention knowledge: Significant gaps remain [Análisis descriptivo de los conocimientos de las adolescentes afroamericanas sobre la prevención contra el VIH y las ETS]. Paper presented at the 129th annual meeting of the American Public Health Association, Atlanta, Georgia, 24 October 2001.
- Crosby, R.A., *et al.* 2001b. High self-esteem is associated with more favorable predispositions to sexual protective behavior among low-income African American adolescent females [La alta autoestima está asociada con predisposiciones más favorables a las conductas sexuales de protección entre las adolescentes afroamericanas de escasos recursos]. Ponencia presentada en la 129 reunión anual de la American Public Health Association, Atlanta, Georgia, 22 de octubre de 2001.
- Crosby, R.A. *et al.* 2001c. Perceived barriers to condom use predict risky sex: a prospective analysis of high-risk African American female teens [La resistencia al uso del preservativo predice el sexo de riesgo: análisis prospectivo de las muchachas afroamericanas de alto riesgo]. Presentado en la National HIV Prevention Conference, Atlanta, Georgia, 12-14 August 2001.
- Crosby, R.A. *et al.* 2001d. Psychosocial correlates of adolescents' worry about STD versus HIV infection [Correlaciones psicosociales de las preocupaciones de los adolescentes sobre las ETS frente a la infección por el VIH]. *Sexually transmitted diseases* (Philadelphia, Pennsylvania), vol. 28, págs. 208-213.

- Crosby, R.A. *et al.* En imprenta a. African American adolescent females' membership in social organizations is associated with protective behaviour against HIV infection [La participación de las adolescentes afroamericanas en organizaciones sociales está asociada con conductas de protección contra el contagio del VIH]. *Ethnicity and disease* (Atlanta, Georgia).
- Crosby, R.A. *et al.* En imprenta b. Adolescents' ambivalence about becoming pregnant predicts infrequent contraceptive use: a prospective analysis of non-pregnant African American females [La ambivalencia de adolescentes sobre el embarazo predice el uso poco frecuente de anticonceptivos: análisis prospectivo de mujeres afroamericanas no embarazadas]. *American journal of obstetrics and gynecology* (Abingdon, Reino Unido).
- Crosby, R.A. *et al.* En imprenta c. African American adolescent females' membership in community organizations is associated with STD/HIV-protective behaviours: a prospective analysis [La participación de adolescentes afroamericanas en organizaciones comunitarias está asociada con conductas de protección frente a ETS/VIH: análisis prospectivo]. *Journal of epidemiology and community health* (Londres).
- Crosby, R.A. *et al.* En imprenta d. Correct condom application among African American adolescent females: the relationship to perceived self-efficacy and the association to confirmed STDs [La aplicación correcta del preservativo entre adolescentes afroamericanas: la relación con la sensación de autoeficacia y la asociación con las ETS confirmadas]. *Journal of adolescent health* (Nueva York), vol. 29, págs. 194-199.
- Crosby, R.A. *et al.* En imprenta e. Correlates of adolescent females perceived threat of undesired pregnancy: The importance of partner desire for pregnancy [Correlaciones de la amenaza que supone para las adolescentes un embarazo no deseado: la importancia del deseo de embarazo por parte de la pareja]. *Journal of pediatric and adolescent gynecology* (Filadelfia, Pennsylvania)
- Crosby, R.A. *et al.* En revisión. Correlations between social capital and adolescents' sexual risk behavior: an analysis based on data from twenty-nine states [Correlaciones entre el capital social y la conducta sexual de riesgo de los adolescentes: análisis de los datos procedentes de veintinueve estados].
- D'Angelo, L.J.; DiClemente, R.J. 1996. Sexually transmitted diseases including human immunodeficiency virus infection [Las infecciones de transmisión sexual, incluido el virus de inmunodeficiencia humana]. En: DiClemente, R.J.; Hansen, W.B.; Ponton, L.E., (comps.). *Handbook of adolescent health risk behaviour*, págs. 333-368. Nueva York, Plenum Press.
- Denning, P.F.; Flemming, P.L. 1998. Communities at risk: estimating the impact of the HIV epidemic upon adolescents and young adults at the local level [Comunidades de riesgo: estimación del impacto de la epidemia del VIH en los adolescentes y adultos jóvenes a escala local]. Ponencia presentada en la 126 reunión anual de la American Public Health Association.
- DiClemente, R.J. 1992. Psychosocial determinants of condom use among adolescents [Condicionantes psicosociales para el uso del preservativo entre los adolescentes]. En: DiClemente, R.J., (comp.). *Adolescents and AIDS: a generation in jeopardy*, págs. 34-51. Newbury Park, California, Sage Publications.
- DiClemente, R.J., Peterson, J.L. 1994. Changing HIV/AIDS risk behaviours: the role of behavioral interventions [Cambiar las conductas de riesgo ante el VIH/SIDA: función de las campañas de conducta]. En: DiClemente, R.J.; Peterson, J.L. (comps.). *Preventing AIDS: theories and methods of behavioural intervention*, págs. 1-3. Nueva York, Plenum Press.
- DiClemente, R.J. *et al.* 1991. Comparison of AIDS knowledge, attitudes, and behaviours among incarcerated adolescents and a public school sample in San Francisco [Comparación de los conocimientos, actitudes y conducta entre adolescentes encarcelados y una muestra de una escuela pública de San Francisco]. *American journal of public health* (Washington, DC), vol. 81, págs. 628-630.
- . 1996. African-American adolescents residing in high-risk urban environments do use condoms: correlates and predictors of condom use among adolescents in public housing developments [Las adolescentes afroamericanas que residen en ambientes urbanos de alto riesgo usan preservativos: correlaciones y predictores del uso del preservativo entre los adolescentes que residen en establecimientos públicos]. *Pediatrics* (Elk Grove Village, Illinois), vol. 98, págs. 269-278.
- . 2001a. Parent-adolescent communication and sexual risk behaviours among African American adolescent females [La comunicación con los padres y las conductas sexuales de riesgo entre las muchachas afroamericanas]. *Journal of pediatrics* (San Luis, Missouri), vol. 139, págs. 407-412.
- . 2001b. Parental monitoring and its association with a spectrum of adolescent health risk behaviours [El control parental y su asociación con una serie de conductas sanitarias de riesgo de los adolescentes]. *Pediatrics* (Elk Grove Village, Illinois), vol. 107, págs. 1363-1368.
- . 2001c. A prospective study of psychological distress and sexual risk behaviour among African American adolescent females [Estudio prospectivo de la angustia psicológica y la conducta sexual de riesgo entre adolescentes afroamericanas]. *Pediatrics* (Elk Grove Village, Illinois), vol. 108(5), págs. 1-6.

- . 2001d. Parental monitoring: association with adolescents' risk behaviors [El control parental: asociación con las conductas de riesgo de los adolescentes]. *Pediatrics Pediatrics* (Elk Grove Village, Illinois), vol. 107(6), págs. 1363-1368
- . En imprenta. Sexual risk behaviours associated with having older sex partners: a study of African American female adolescents [Las conductas de riesgo asociadas con parejas de más edad: un estudio de muchachas afroamericanas]. *Sexually transmitted diseases* (Filadelfia, Pennsylvania).
- DiIorio, C.; Kelley, M.; Hockenberry-Eaton, M. 1999. Communication about sexual issues: Mothers, fathers, and friends [La comunicación sobre temas sexuales: madres, padres y amigos]. *Journal of adolescent health* (Nueva York), vol. 24, págs. 181-189.
- Dutra, R.; Miller, K.S.; Forehand, R. 1999. The process and content of sexual communication with adolescents in two-parent families: associations with sexual risk-taking behaviour [El proceso y contenido de la comunicación sexual con los adolescentes en familias con padre y madre: asociaciones con las conductas sexuales de riesgo] *AIDS and behaviour* (Nueva York), vol. 3, págs. 59-66.
- Ehrhardt, A.A.; Bolan, G.; Wasserheit, J.N. 1999. Gender perspectives and STD [Las perspectivas de género y las ETS]. En: Holmes, K.K. *et al.*, (comps.). *Sexually transmitted diseases*, págs. 117-128. 3ª ed. Nueva York, McGraw-Hill.
- Ellen, J.M. *et al.* 1996. Adolescents' perceived risk for STDs and HIV infection [Las percepciones de los adolescentes sobre el riesgo de contraer ETS y VIH]. *Journal of adolescent health* (Nueva York), vol. 18, págs. 177-181.
- Eng, T.R.; Butler, W.T. (comps.). 1997. *The hidden epidemic: confronting sexually transmitted diseases* [La epidemia oculta: afrontar las infecciones de transmisión sexual]. Washington, DC, National Academy Press.
- Fisher, J.D.; Fisher, W.A. 2000. Theoretical approaches to individual-level change in HIV risk behaviour [Enfoques teóricos para cambiar a escala individual la conducta de riesgo ante el VIH]. En: Peterson, J.L.; DiClemente, R.J. (comps.). *Handbook of HIV prevention*. págs.3-56. Nueva York, Kluwer-Plenum Press.
- Fisher, J.D.; Misovich, S.J.; Fisher, W.A. 1992. Impact of perceived social norms on adolescents' AIDS-risk behaviour and prevention [Impacto de las normas sociales percibidas en las conductas de riesgo ante el SIDA y la prevención entre adolescentes]. En: DiClemente, R.J. (comp.). *Adolescents and AIDS: a generation in jeopardy*, págs. 117-136. Newbury Park, California, Sage Publications.
- Fleming, D.T.; Wasserheit, J.N. 1999. From epidemiological synergy to public health policy and practice: the contribution of other sexually transmitted diseases to sexual transmission of HIV infection [De la sinergia epidemiológica a la política y práctica de la salud pública: influencia de otras infecciones de transmisión sexual en el contagio del VIH por vía sexual]. *Sexually transmitted infections* (Londres), vol. 75, págs. 3-17.
- Forehand, R.; Wierson, M. 1993. The role of developmental factors in planning behavioural interventions for children: disruptive behaviour as an example [La función de los factores evolutivos en la planificación de intervenciones para niños: la conducta perturbadora como ejemplo]. *Behaviour therapy* (Nueva York), vol. 24, págs. 117-141.
- Holtzman, D.; Rubinson, R. 1995. Parent and peer communication effects on AIDS-related behaviour among U.S. high school students [Los efectos de la comunicación con los padres y los iguales en la conducta relacionada con el SIDA entre los alumnos de institutos de EE.UU.]. *Family planning perspectives* (Nueva York), vol. 27, págs. 235-240.
- Jaccard, J.; Dittus, P.J.; Gordon, V.V. 1996. Maternal correlates of adolescent sexual and contraceptive behaviour [Correlaciones maternas de la conducta sexual y anticonceptiva de los adolescentes]. *Family planning perspectives* (Nueva York), vol. 28, págs. 159-165.
- Jemmott, J.B.; Jemmott, L.S. 2000. HIV behavioural interventions for adolescents in community settings [Intervenciones para la conducta ante el VIH dirigidas a los adolescentes en contextos comunitarios]. En: Peterson J.L.; DiClemente, R.J. (comps.). *Handbook of HIV prevention*, págs. 103-128. Nueva York, Plenum Press.
- Jemmott, J.B.; Jemmott, L.S.; Fong, G.T. 1992. Reductions in HIV Risk-associated sexual behaviours among Black male adolescents: effects of an AIDS prevention intervention [Reducciones de las conductas de riesgo asociadas al VIH entre los muchachos negros]. *American journal of public health* (Washington, DC), vol. 82, págs. 372-377.
- . 1998. Abstinence and safer sex HIV risk-reduction interventions for African American adolescents [Abstinencia e intervenciones de reducción de riesgos del VIH para un sexo seguro] *Journal of the American Medical Association* (Chicago, Illinois), vol. 279, págs. 1529-1536.

- Jemmott, J.B.; Jemmott, L.S.; Hacker, C.I. 1992. Predicting intentions to use condoms among African American adolescents: the theory of planned behavior as a model of HIV risk associated behaviour [Predecir las intenciones de uso del preservativo entre los adolescentes afroamericanos: la teoría de conducta planificada como modelo de conducta asociada al riesgo del VIH]. *Ethnicity and disease* (Atlanta, Georgia), 2, 371-380.
- The Kaiser Family Foundation. 1999. *What teens know and don't (but should) about sexually transmitted diseases* [Lo que saben y no saben (aunque deberían saberlo) los adolescentes sobre las infecciones de transmisión sexual]. Menlo Park, California, The Kaiser Family Foundation.
- Karofsky, P.S.; Zeng, L.; Kosorok, M.R. 2000. Relationship between adolescent-parental communication and initiation of first intercourse by adolescents [La relación entre la comunicación entre padres y adolescentes y el primer contacto sexual de los adolescentes]. *Journal of adolescent health* (Nueva York), vol. 28, págs. 41-45.
- Kawachi, I. *et al.* 1997. Social capital, income inequality, and mortality [Capital social, desigualdad de rentas y mortalidad]. *American journal of public health* (Washington, DC), vol. 87(9), págs. 1491-1498.
- Kawachi, I.; Kennedy, B.; Glass, R. 1999. Social capital and self-rated health: A contextual analysis [El capital social y la autoevaluación de la salud: análisis contextual]. *American journal of public health* (Washington, DC), vol. 89 (8), págs. 1187-1193.
- Kreuter, M.W.; Lezin, N.A. En imprenta. Social capital theory: implications for community-based health promotion [La teoría del capital social: implicaciones para el fomento de la salud centrado en la comunidad]. *En: DiClemente, R.J.; Crosby, R.A.; Kegler, M.C. (comps.). Emerging theories in health promotion practice and research*. San Francisco, California, Jossey-Bass.
- Lanier, M.M.; Pack, R.P.; DiClemente, R.J. 1999. Changes in incarcerated adolescents' human immunodeficiency virus knowledge and selected behaviours from 1988 to 1996 [Cambios en los conocimientos de los adolescentes encarcelados sobre el virus de inmunodeficiencia humana y comportamientos seleccionados desde 1988 a 1996]. *Journal of adolescent health* (Nueva York), vol. 25, págs. 182-186.
- Lawrance, L.; Levy, S.R.; Rubinson, L. 1990. Self-efficacy and AIDS prevention for pregnant teens [Autoeficacia y prevención del SIDA para las adolescentes embarazadas]. *Journal of school health* (Kent, Ohio), vol. 60, págs. 19-24.
- Leland, N.L.; Barth, R.P. 1993. Characteristics of adolescents who have attempted to avoid HIV and who have communicated with parents about sex [Características de los adolescentes que han tratado de evitar el VIH y han hablado sobre sexo con sus padres]. *Journal of adolescent research* (Thousand Oaks, California), vol. 81(1), págs. 58-76.
- Li, X.; Stanton, B.; Feigelman, S. 2000. Impact of perceived parental monitoring on adolescent risk behaviour over 4 years [Impacto del control parental en la conducta de riesgo de los adolescentes durante cuatro años]. *Journal of adolescent health* (Nueva York), vol. 27, págs. 49-56.
- Li, X.; Feigelman, S.; Stanton, B. 2000. Perceived parental monitoring and health risk behaviors among urban low-income African-American children and adolescents [El control parental y las conductas sanitarias de riesgo entre niños y adolescentes urbanos afroamericanos de escasos recursos]. *Journal of adolescent health* (Nueva York), vol. 27, págs. 43-48.
- Main, D.S. *et al.* 1994. Preventing HIV infection among adolescents: evaluation of a school-based education programme [Prevenir la infección por el VIH entre los adolescentes: evaluación de un programa de educación basado en la escuela]. *Preventive medicine* (San Diego, California), vol. 23, págs. 409-417.
- Miller, K.S.; Clark, L.F.; Moore, J.S. 1997. Sexual initiation with older male partners and subsequent HIV risk behavior among female adolescents [La iniciación sexual con parejas de más edad y la consiguiente conducta de riesgo ante el VIH entre las muchachas]. *Family planning perspectives* (Nueva York), vol. 29, págs. 212-214.
- Miller, K.S.; Forehand, R.; Kotchick, B.A. En imprenta. Adolescent sexual behavior in two ethnic minority samples: a multi-system perspective delineating targets for prevention [La conducta sexual de los adolescentes en dos muestras de minorías étnicas: una perspectiva multisistema que traza objetivos para la prevención].
- Miller, K.S. *et al.* 1998. Patterns of condom use among adolescents: The impact of mother-adolescent communication [Modelos de uso del preservativo entre los adolescentes: el efecto de la comunicación con la madre]. *American journal of public health* (Washington, DC), vol. 88, págs. 1542-1544.
- Morokoff, P.J. *et al.* 1997. Sexual assertiveness scale (SAS) for women: development and validation [Escala de firmeza sexual para mujeres: elaboración y validación]. *Journal of personality and social psychology* (Washington, DC), vol. 73, págs. 790-804.
- Norris, A.E.; Ford, K. 1994. Associations between condom experiences and beliefs, intentions, and use in a sample of low-income, African-American and Hispanic youth [Asociaciones entre experiencias con el

- preservativo y creencias, intenciones y uso en una muestra de jóvenes afroamericanos e hispanos de bajos ingresos]. *AIDS education and prevention* (Nueva York), vol. 6, págs. 27-39.
- Office of National AIDS Policy. 1996. *Youth and HIV/AIDS: an American agenda* [La juventud y el VIH/SIDA: programa americano]. Washington, DC, Office of National AIDS Policy.
- Overby, K.J.; Kegeles, S.M. 1994. The impact of AIDS on a urban population of high-risk minority adolescents: implications for intervention [El impacto del SIDA en una población urbana de adolescentes pertenecientes a minorías de alto riesgo: implicaciones para la intervención]. *Journal of adolescent health* (Nueva York), vol. 15, págs. 216-227.
- Padian, N.S.; Shiboski, S.C.; Jewell, N.P. 1991. Female-to-male transmission of Human Immunodeficiency virus [La transmisión de mujer a hombre del virus de inmunodeficiencia humana]. *Journal of the American Medical Association* (Chicago, Illinois), vol. 266, págs. 1664-1667.
- Pendergast, R.A.; DuRant, R.H.; Gaillard, G.L. 1992. Attitudinal and behavioral correlates of condom use in urban adolescent males [Correlaciones de actitudes y conductas sobre el uso del preservativo en los muchachos urbanos]. *Journal of adolescent health* (Nueva York), vol. 13, págs. 133-139.
- Putnam, R.D. 2000. *Bowling alone: the collapse and revival of American community* [Hundimiento y restablecimiento de la comunidad americana]. Nueva York, Touchstone.
- Ramirez-Valles, J.; Zimmerman, M.A.; Newcomb, M.D. 1998. Sexual risk behavior among youth: modeling the influence of prosocial activities and socioeconomic factors [La conducta sexual de riesgo entre la juventud: la influencia de las actividades prosociales y los factores socioeconómicos]. *Journal of health and social behavior* (Washington, DC), vol. 39, págs. 237-253.
- Reitman, D. et al. 1996. Predictors of African American adolescents' condom use and HIV risk behavior [Predictores del uso del preservativo por los adolescentes afroamericanos y conducta de riesgo ante el VIH]. *AIDS education and prevention* (Nueva York), vol. 8, págs. 499-515.
- Romer, D. et al. 1999. Parental influence on adolescent sexual behavior in high-poverty settings [Influencia de los padres en la conducta sexual de los adolescentes en los contextos de pobreza]. *Archives of pediatrics and adolescent medicine* (Chicago; Illinois), vol. 153, págs. 1055-1062.
- Rosenberg, P.S.; Biggar, R.J. 1998. Trends in HIV incidence among young adults in the United States [Tendencias en la incidencia del VIH en los adultos jóvenes de los Estados Unidos]. *Journal of the American Medical Association* (Chicago, Illinois), vol. 279, págs. 1894-1899.
- Rosenthal, S.L. et al. 1999. Locus of control for general health and STD acquisition among adolescent girls [Centro de control para la salud general y el contagio de las ETS entre las adolescentes]. *Sexually transmitted diseases* (Filadelfia, Pennsylvania), vol. 26, págs. 472-475.
- . 2001. Sexual initiation: predictors and developmental trends [La iniciación sexual: predictores y tendencias de desarrollo]. *Sexually transmitted diseases* (Philadelphia, Pennsylvania), vol. 28 (9), págs. 527-532.
- Rosenthal, D.; Moore, S.; Flynn, I. 1991. Adolescent self-efficacy, self-esteem and sexual risk-taking [Autoeficacia, autoestima y conducta sexual de riesgo de los adolescentes]. *Journal of community and applied social psychology* (Chichester, Reino Unido), vol. 1, págs. 77-88.
- Rotheram-Borus, M.J.; Mahler, K.A.; Rosario, M. 1995. AIDS prevention with adolescents [La prevención del SIDA con los adolescentes]. *AIDS education and prevention* (Nueva York), vol. 7, págs. 320-336.
- Runyan, D.K. et al. 1998. Children who prosper in unfavorable environments: the relationship to social capital [Los niños que crecen en ambientes desfavorables: relación con el capital social]. *Pediatrics* (Elk Grove Village, Illinois), vol. 101, págs. 12-18.
- Schinke, S.P.; Orlandi, M.A.; Cole, K.C. 1992. Boys and girls clubs in public housing developments: prevention services for youth at risk [Los clubs de muchachos y muchachas que residen en establecimientos públicos: servicios de prevención para los jóvenes de riesgo]. *Journal of comparative psychology* (Washington, DC), vol. 28, págs. 118-128.
- Shain, R.N. et al. 1999. A randomized, controlled trial of a behavioural intervention to prevent sexually transmitted disease among minority women [Prueba de control aleatorio de una intervención conductual para prevenir las infecciones de transmisión sexual entre mujeres pertenecientes a minorías]. *New England journal of medicine* (Waltham, MA), vol. 340, págs. 93-100.
- Shoop, D.M.; Davidson, P.M. 1994. AIDS and adolescent: the relation of parent and partner communication to adolescent condom use [El SIDA y los adolescentes: influencia de la comunicación con los padres y la pareja en el uso del preservativo por parte de los adolescentes]. *Journal of adolescence* (Londres), vol. 17, págs. 137-148.
- Silverberg, S.B.; Small, S.A. 1991. Parental monitoring, family structure and adolescent substance use [Control parental, estructura familiar y uso de drogas en adolescentes]. Ponencia presentada en la Reunión de la Society of Research in Child Development, Seattle, Wisconsin, abril.

- Sionean, C. *et al.* En imprenta a. Correlates of refusing unprotected sexual intercourse among high-risk African American female adolescents [Correlaciones del rechazo de las relaciones sexuales sin protección entre adolescentes afroamericanas de alto riesgo]. *Women's health* (Londres).
- . En imprenta b. Psychosocial correlates of refusing unwanted intercourse among African American female adolescents [Correlaciones psicosociales del rechazo de las relaciones sexuales no deseadas entre adolescentes afroamericanas]. *Journal of adolescent health* (Nueva York).
- Small, S.A.; Luster, T. 1994. Adolescent sexual activity: an ecological, risk-factor approach [La actividad sexual de los adolescentes : enfoque ecológico del factor de riesgo]. *Journal of marriage and the family* (Lawrence, KS), vol. 56, págs. 181-192.
- St. Lawrence, J.S. *et al.* 1995. Cognitive-behavioural intervention to reduce African American adolescents' risk for HIV infection [Intervención cognitiva y de comportamiento para reducir el riesgo de infección por el VIH en los adolescentes afroamericanos]. *Journal of consulting and clinical psychology* (Washington, DC), vol. 63, págs. 221-237.
- . 1999. Sexual risk reduction and anger management interventions for incarcerated male adolescents: a randomized controlled trial of two interventions [Intervenciones para la reducción del riesgo sexual y para el control de la violencia para muchachos encarcelados: prueba de control aleatorio de dos intervenciones]. *Journal of sex education and therapy* (Mt Vernon, Iowa), vol. 24, págs. 9-17.
- Stanton, B.F. *et al.* 1996. A randomized, controlled effectiveness trial of an AIDS prevention program for low-income African-American youths [Prueba de control aleatorio de un programa de prevención del SIDA para jóvenes afroamericanos con escasos recursos]. *Archives of pediatrics and adolescent medicine* (Chicago, Illinois), vol. 150, págs. 363-371.
- . 2000. Parental underestimates of adolescent risk behavior: a randomized, controlled trial of a parental monitoring intervention [Subestimaciones de los padres de la conducta de riesgo de los adolescentes: prueba de control aleatorio de una intervención de monitoreo paterno]. *Journal of adolescent health* (Nueva York), vol. 26, págs. 18-26.
- Valleroy, L.A. *et al.* 1998. HIV infection in disadvantaged out-of-school youth: prevalence for U.S. Job Corps entrants, 1990 through 1996 [La infección del VIH en jóvenes desfavorecidos y desescolarizados: prevalencia para los que acceden a las asociaciones de trabajo de EE. UU.]. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* (Philadelphia, Pennsylvania), vol. 19, págs. 67-73.
- Walter, H.J.; Vaughan, R.D. 1993. AIDS risk reduction among a multiethnic sample of urban high school students [Reducción del riesgo del SIDA en una muestra multiétnica de alumnos de institutos urbanos]. *Journal of the American Medical Association* (Chicago, Illinois), vol. 270, págs. 725-762.
- Weinstein, N.D. 1989. Perception of personal susceptibility to harm [Percepción de la vulnerabilidad personal al daño]. En: Mays, V.M.; Albee G.W.; Schneider, S.F. (comps.). *Primary prevention of AIDS*, págs. 142-167. Newbury Park, California, Sage Publications.
- Whitaker, D.J. *et al.* 1999. Teenage partners' communication about sexual risk and condom use: the implications of parent-teenage discussions [Comunicación de los adolescentes con su pareja sobre el riesgo sexual y el uso del preservativo: conversaciones entre padres y adolescentes]. *Family planning perspectives* (Nueva York), vol. 31, págs. 117-121.
- Wingood, G.M.; DiClemente, R.J. 1996. HIV sexual risk reduction interventions for women: a review [Intervenciones para la reducción del riesgo del VIH entre mujeres: revisión]. *American journal of preventive medicine* (Nueva York), vol. 12, págs. 209-217.
- . 1998. Gender-related correlates and predictors of consistent condom use among young adult African-American women: a prospective analysis [Las correlaciones relacionadas con el género y los predictores del uso continuado del preservativo entre mujeres adultas jóvenes afroamericanas: análisis prospectivo]. *International journal of STD y AIDS* (Londres), vol. 9, págs. 139-145.
- Wolner-Hanssen, P. *et al.* 1990. Association between vaginal douching and acute pelvic inflammatory disease [Asociación entre los lavados vaginales y la inflamación aguda de la pelvis]. *Journal of the American Medical Association* (Chicago, Illinois), vol. 263, págs. 1936-1941.

Versión original: inglés

Shermain Mannah (Sudáfrica)

Tras sus estudios en universidades de Sudáfrica, obtuvo un máster en educación de la Universidad Estatal de Arizona. Docente de educación primaria y secundaria y consejera durante trece años. Miembro del Joint HIV/AIDS Task Team del Sindicato Democrático de Maestros de Sudáfrica (SADTU) en calidad de especialista en educación dedicada al desarrollo curricular. Elaboró y redactó la propuesta del SADTU frente a la pandemia del VIH/SIDA. Trabajó con la Internacional de la Educación (IE), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y los sindicatos docentes de la Comunidad para el Desarrollo del África Austral. Miembro del equipo fundador del Proyecto en Colaboración de IE/OMS con el Ministerio de Salud y Educación. Representó a la IE en la Comunidad Económica de los Estados de África Occidental (CEDEAO/ECOWAS) en 2001.

LA EDUCACION PARA LA PREVENCION DEL SIDA

LA COMPLEJA TAREA DE

EDUCAR SOBRE EL VIH/SIDA

EN LAS ESCUELAS:

UNA EXPERIENCIA EN SUDAFRICA

*Shermain Mannah*¹

Este artículo no pretende ser una discusión pormenorizada sobre el VIH/SIDA en Sudáfrica. Su propósito es incorporar en el debate algo que se perfila como nuevo, a saber, las voces de los docentes y las realidades a las que éstos se enfrentan en el aula. Tales realidades constituyen el complejo entorno donde la educación sobre el VIH/SIDA tendrá éxito o fracasará en el impacto que se propone conseguir.

El contexto en Sudáfrica

Un nuevo y mortífero enemigo recorre África, la difusión del VIH/SIDA. Ninguno de los problemas anteriores del continente ha sido tan implacable como la pandemia de VIH/SIDA. Se sabe que esta

enfermedad se difunde en un contexto de pobreza, de ignorancia y de subordinación de mujeres y niños.

Según el *Informe sobre la epidemia mundial sobre el VIH/SIDA* (2000) de UNAIDS [ONUSIDA]:

- Unos 34,3 millones de adultos y 1,3 millones de niños viven infectados con el VIH en todo el mundo.
- De ese total, 24,5 millones viven en el África subsahariana.
- En quince países de esa región de África (oriental y occidental), la tasa de prevalencia media en el grupo de edad de 15-49 años se estima en 13,95%; en el conjunto del África subsahariana, la tasa es de 8,57%; la tasa mundial es de 1,07%.

Sudáfrica padece la epidemia de VIH/SIDA de más rápido crecimiento en el mundo, con más habitantes infectados que cualquier otro país (UNAIDS, 2000). Más de 4 millones de personas son VIH-positivas. Se calcula que hacia 2005, 6 millones de sudafricanos serán VIH-positivos y 2,5 millones habrán muerto de SIDA o de enfermedades relacionadas. Las tasas de mortalidad se duplicarán hacia 2010 y la esperanza de vida disminuirá de 68 a 40 años (Coombe, 2000a).

El hecho de que Sudáfrica es actualmente el epicentro mundial del rápido aumento del VIH y el SIDA (Sachs, 2000) no se puede analizar sin entender el impacto del *apartheid* en todos los aspectos de la vida de ese país. El *apartheid* creó un país sumido en desigualdades basadas en jerarquías raciales. A pesar de haberse liberado recientemente del *apartheid*, el país ha sido incapaz de encararlas y continúan asolando a todos los sectores de la sociedad. En efecto, después de siete años de democracia, Sudáfrica es, después de Brasil, el país del mundo donde más impera la desigualdad. Algunas de las desigualdades de los años del *apartheid* son especialmente relevantes en la difusión del VIH/SIDA.

El VIH/SIDA y la educación

El VIH/SIDA ha transformado radicalmente nuestro mundo. En África influye en todos los aspectos de nuestras vidas y nos exige modificar nuestras fronteras y transformar drásticamente nuestro mundo con el fin de responder a este desafío. Desde luego, no se puede decir que se trata de un asunto normal.

Coombe (2000a) señala las siguientes conclusiones acerca del impacto del VIH/SIDA sobre el sistema educativo y los sectores afectados:

- *Se matricularán menos niños en la escuela porque:* las madres VIH-positivas mueren jóvenes y tienen menos hijos; los propios niños están muriendo de complicaciones derivadas del SIDA, y los niños enfermos, pobres, huérfanos, que tienen que cuidar de otros niños más pequeños o deben generar ingresos y producir, no acuden a la escuela.
- *Los docentes cualificados, los formadores de docentes y los funcionarios no se integrarán a la educación* debido a muerte, enfermedad o movilidad hacia otros empleos. La capacidad de los programas de formación docente para mantener las plazas docentes se verá socavada por la pérdida de su propio personal. Las tasas de matriculación en las instituciones terciarias disminuirán a medida que el número de alumnos y la calidad de la educación secundaria se deteriore, y a medida que las instituciones de educación superior pierdan parte de su personal académico.
- *La gestión, la administración y el control financiero del sistema educativo ya son frágiles,* y puede que el SIDA dificulte aún más el sostenimiento de las estructuras necesarias para impartir una educación formal del alcance y la calidad programados por las políticas del gobierno democrático.
- *El costo de las enfermedades, los entierros y las compensaciones por muerte está aumentando,* junto con los costes adicionales de la formación docente. Sin embargo, las contribuciones financieras de los padres y las comunidades disminuirán a medida que la pobreza aumente y que muchas familias no puedan continuar con la escolarización de sus hijos. Se intensificarán las demandas para que el Estado aumente los presupuestos de educación.
- *Traumas psicosociales incalculables abrumarán a los docentes, a los niños y a sus familias.*
- *La efectividad escolar, por decir lo menos, disminuirá* allí donde un porcentaje importante de docentes, funcionarios y niños padezcan enfermedades, carezcan de estímulos y sean incapaces de concentrarse.
- Finalmente, se producirá una *verdadera inversión de los beneficios del crecimiento, se dificultará aún más el futuro desarrollo y no se podrán alcanzar los actuales objetivos de desarrollo educativo dentro de un futuro previsible.*

La educación es una de nuestras armas más poderosas contra el VIH/SIDA. También es un sector intensivo en recursos humanos, por lo cual resulta sumamente vulnerable a la enfermedad. En tanto la pandemia del SIDA sigue produciendo estragos, es imperativo que los países vuelvan a pensar la educación y los sistemas educativos con el fin de luchar contra la devastación que genera la enfermedad. Kelly (2000a) sostiene que: “La educación en un mundo con SIDA debe ser diferente de la educación en un mundo sin SIDA. Los contenidos, los procesos, la metodología, el papel y la organización de la educación escolar en un mundo con VIH/SIDA deben modificarse radicalmente. El conjunto del edificio educativo debe ser desmontado”.

La escuela se convierte en un ámbito crucial en la lucha contra el VIH/SIDA por las siguientes razones:

- el contacto diario con los alumnos;
- está gestionada por personal capacitado;
- es el contexto con la tasa de infección de más rápido crecimiento y acoge a los más vulnerables de la sociedad;
- tiene la oportunidad de llegar a los niños mediante la “ventana de la esperanza”;
- es la mejor situada para instituir una práctica correcta;
- la posición del docente en la comunidad, especialmente en las zonas rurales, es sumamente influyente.

En la actualidad, los docentes son uno de los grupos profesionales más numerosos del país, poseen formación, son móviles, tienen una posición relativamente holgada y pertenecen a una categoría de la población que, según se ha demostrado, se encuentra en situación de riesgo especial de contraer el VIH/SIDA. La incidencia de la infección del VIH entre los educadores probablemente supera a la del conjunto de la población. Además, las recientes investigaciones han señalado que los empleados estatales en Sudáfrica (de los cuales un número importante son docentes) siguen de cerca a los obreros de la minería, donde se han registrado las tasas de infección más altas. Se calcula que un 26% de los empleados del sector estatal estarán infectados hacia 2010 y que el 17% ya está infectado (Vally, 2000). Esto tiene graves implicaciones para el sector docente.

La respuesta de los sindicatos al VIH/SIDA en la educación

La implicación del perfil social cambiante de la pandemia VIH/SIDA es importante. Actualmente, el VIH/SIDA tiene su mayor impacto entre los pobres y en la clase trabajadora. Estos grupos son especialmente vulnerables a la enfermedad debido a la dinámica socioeconómica que rige sus vidas. Según Vandermoortele y Delamonica (2000), una enfermedad que tiende a afectar a las personas pobres probablemente no generará el mismo nivel de compromiso político y de recursos públicos que una enfermedad que no contribuye a discriminarlos. Esto, afirman, es válido tanto a nivel internacional como nacional. Por lo tanto, es imperativo que la sociedad civil, incluyendo los sindicatos, se sume a la lucha contra la enfermedad y garantice que los gobiernos demuestren el compromiso político necesario para luchar enfrente la pandemia.

El VIH/SIDA se está integrando rápidamente como parte de las negociaciones de los sindicatos y ha llegado a ser una plataforma política clave para el movimiento obrero. La mayor federación de sindicatos, el Congreso de Sindicatos de Sudáfrica (COSATU), considera la lucha contra el VIH/SIDA como un asunto de la clase trabajadora. El VIH/SIDA afecta a los pobres, a quienes se les niega el acceso a las infraestructuras básicas como agua corriente, alcantarillado, etc. Además, a los pobres también se les niega acceso a una atención sanitaria razonable. Por lo tanto, el COSATU se ha convertido en uno de los principales protagonistas en la lucha contra el VIH/SIDA. El último congreso nacional del COSATU (2000) fue testigo de la primera gran diferencia de opiniones entre la federación y el presidente del país, cuando la federación cuestionó las dudas expresadas por el presidente sobre la relación entre el VIH y el SIDA. La federación considera que esta perspectiva ha socavado los programas de educación y de prevención sobre el VIH/SIDA.

En 2001, la campaña Acción para el Tratamiento (TAC) creó una poderosa alianza con el COSATU, y con organizaciones internacionales – Médicos Sin Fronteras y Oxfam – para enfrentarse a las grandes multinacionales farmacéuticas a propósito de los derechos de las patentes. Esto condujo a que la Asociación de Fabricantes de Productos Farmacéuticos renunciara a su querrela contra la ley de Control de Medicamentos y Sustancias del gobierno de Sudáfrica, de 1997. El sector activista del TAC y la masa de trabajadores afiliados al COSATU constituyeron una poderosa alianza para concientizar a las bases participantes y educarlas sobre el VIH/SIDA. Actualmente, el TAC y el COSATU, junto con otras organizaciones, llevan a cabo una campaña a favor de los fármacos antirretrovirales para impedir la transmisión madre-hijo.

El impacto del VIH/SIDA en los docentes preocupa particularmente a la fuerza de trabajo organizada. El Sindicato Democrático de Maestros de Sudáfrica (SADTU), el tercer miembro más

grande del COSATU, representa a las dos terceras partes de los docentes en Sudáfrica. Como tal, tiene una enorme influencia entre los docentes, los padres y las autoridades educativas y, desde luego, en el gobierno. Es un sindicato estratégicamente situado y bien organizado para influir en las políticas y elaborar estrategias eficaces para combatir el virus, así como apoyar a los alumnos y educadores que han contraído el SIDA.

Las investigaciones llevadas a cabo por el SADTU sobre la muerte de sus miembros (*Educator's voice*, vol. 4, n° 5; vol. 5, n° 8) señalan que:

- mueren hasta dos docentes por día;
- se calcula que una parte importante de estas muertes están relacionadas con el SIDA;
- nuestros docentes mueren jóvenes, con un promedio de edad de 38,95 años;
- mueren más docentes mujeres que hombres en el mismo grupo de edad.

Estas conclusiones se vieron confirmadas por la 13ª Conferencia Internacional sobre el SIDA en Durban (julio 2000), que señalaba que existe una alta prevalencia del VIH/SIDA entre los gestores escolares y docentes en Sudáfrica.

El SADTU también ha desempeñado un papel crucial entre los funcionarios gubernamentales y otras figuras clave en el desarrollo y la implementación de una política del SIDA no discriminatoria para alumnos y docentes. El SADTU apoyó activamente el Llamado a la Acción del Ministro de Educación: *Tirisano* (Sudáfrica, Ministerio de Educación, 1999), que otorga prioridad absoluta al VIH/SIDA. Actualmente, los negociadores nacionales del SADTU elaboran estrategias en torno a las siguientes cuestiones: bajas por enfermedad y ausentismo, no discriminación, derecho a la privacidad, acceso a la atención médica, seguridad, fondos de previsión y compensaciones por muertes.

En el plano internacional, el SADTU, junto con la Internacional de la Educación, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y otras instituciones han estimulado a los sindicatos docentes y al Ministerio de Salud y Educación para desarrollar el Proyecto en Colaboración sobre VIH/SIDA - este tipo de proyectos son esenciales para garantizar una estrategia múltiple y un enfoque multisectorial en la lucha contra la enfermedad -. Sin embargo, su éxito aún debe ser evaluado, en tanto las partes lidian con obstáculos políticos y burocráticos que han impedido su realización en el terreno.

Actualmente, numerosas escuelas en Sudáfrica están adoptando la iniciativa de Escuelas Promotoras de Salud de la OMS, que ve a la escuela como un vehículo para mejorar la salud de los

alumnos, el personal escolar, las familias y los miembros de la comunidad en un marco amplio de derechos humanos. Esta iniciativa constituye un medio para apoyar los derechos humanos básicos de la educación y la salud, y su enfoque holístico es ideal frente al VIH/SIDA. El SADTU le ha dado todo su apoyo.

Las voces de los docentes

Existe una considerable literatura en Sudáfrica sobre el VIH/SIDA y la educación (véase Abt Associates, Coombe, Kelly, etc.). Las páginas siguientes se centrarán en la experiencia de un grupo particular de docentes que han intentado dar una visión de su experiencia en el aula y en la comunidad escolar. Estos docentes son particulares porque trabajan en el terreno, en escuelas de alumnos negros en zonas rurales y urbanas. Son todos estudiantes de maestría en la Universidad de Pretoria y han lidiado directamente con la enfermedad, tanto en el aula como a través de trabajos de investigación sobre el VIH/SIDA y la educación sexual. Por tanto, sus respuestas incluyen las experiencias de otros docentes con los que han tratado durante su propia investigación. Se espera que la voz colectiva de los docentes, que constituyen la verdadera infantería en esta guerra contra el VIH/SIDA, proporcione el arsenal necesario para contrarrestar el ataque del VIH/SIDA².

VIH/SIDA, GENERO Y SOCIALIZACION

La condición de inferioridad de las mujeres en África alimenta la difusión de la enfermedad en este grupo. En el África subsahariana, el 55% de los adultos VIH-positivos son mujeres (Kelly, 2000a). En Sudáfrica, el 56% de las personas actualmente VIH-positivas son mujeres y del 36% de jóvenes (entre 15 y 24 años) VIH-positivos, más de dos terceras partes son mujeres (UNICEF, 2000). Por lo tanto, es crucial entender algunos de los factores socioculturales que contribuyen a la difusión del VIH/SIDA y la manera como los docentes lidian con el problema en un nivel personal y profesional.

Busisiwe Kwindi es profesora de una escuela secundaria en Soshanguve (Kgomotso Comprehensive High School), en la provincia de Gauteng. Ella dice: “En mi colegio, los niños aprenden sobre los roles de género en sus familias y comunidades”. Y luego agrega: “Muchos jóvenes varones ven a las mujeres como objetos para su satisfacción. Algunos consideran sus relaciones sexuales con las chicas como una mera descarga de la energía sexual acompañada de un

sentimiento de logro por ¡haber utilizado a la chica!”. En muchos casos, afirma Kwinda, las chicas son obligadas a tener relaciones sexuales y a menudo sin preservativo. “A veces, en algunas comunidades”, dice, “los chicos salen a cazar en pandillas y la violación grupal es vista como un deporte de equipo”. “Las chicas no tienen voz alguna en este asunto”, dice Kwinda, “y muchas han llegado a aceptar esta conducta como algo normal”. Estos dichos se ven confirmados por numerosos estudios en los que se demuestra que, para una gran mayoría de mujeres en Sudáfrica, su primera experiencia sexual ha sido forzada (Coombe, 2001*a*; Human Rights Watch, 2001, etc.).

Al discutir sobre sexo seguro en su clase, dice Kwinda, surgió que “muchos alumnos creían que era realmente responsabilidad de las chicas llevar el preservativo. De cualquier modo, ellos suelen negarse argumentando lo siguiente: ‘¿Cree usted que se puede disfrutar comiendo un caramelo sin quitarle el envoltorio?’, o “Si accedo a ponerme el preservativo, entonces me está controlando la chica, y eso no está bien”. Además, los alumnos varones piensan que en realidad no pueden controlar la urgencia sexual y se ven a sí mismos como pequeños esclavos indefensos de una testosterona descontrolada. La experiencia sexual temprana (ya a los 12 años) es un rasgo apreciado en el proceso de maduración del hombre: el sexo se considera lo más entretenido que se puede tener (Smart, citado por Coombe, 2001*a*). Muchos docentes creen también que las presiones que esos jóvenes adolescentes experimentan después de sus ritos de iniciación exacerban aún más este aspecto. Kwinda dice: “Los muchachos se enfrentan a una gran presión de sus compañeros. Normalmente, se espera que el joven iniciado tenga relaciones sexuales como signo de su transformación en hombre.”

Kwinda cree que “la mayoría de los alumnos desarrollan sus creencias y actitudes a partir de sus hogares, donde son testigos de la práctica de los hombres de sus familias y comunidades”. Las actuales investigaciones académicas apoyan esta idea. Según Kelly (2000*a*), en la mayoría de las sociedades en África oriental y meridional, las mujeres no tienen control sobre sus vidas y se las socializa desde temprana edad para que sean subordinadas y sumisas con los hombres. La niña es socializada para velar por los otros, especialmente cuidando de los más pequeños y atendiendo adultos; al varón se lo socializa para cuidar de sí mismo, fundamentalmente junto a sus compañeros de la misma edad. Esto conduce a una manera de ser callada, dispuesta y algo sumisa en las niñas, y aventurera, agresiva y demandante en los niños. Ambos tipos de actitudes aparecen en el aula, donde la enseñanza está estructurada para responder positivamente a aquellos que son más agresivos y demandan atención, es decir, los niños (Kelly, Msango y Subulwa, 2000). En este

proceso, las niñas sufren y su subordinación se ve aún más reforzada en el aula y en la comunidad escolar. Estas actitudes de género profundamente arraigadas y las prácticas a las que dan lugar favorecen la transmisión del VIH.

Según Kwindá, la conducta de algunos docentes varones en las escuelas que “acosan a las alumnas” contribuye a empeorar las cosas. “Las alumnas tienen miedo de decirle ‘no’ a un profesor que quiere tener relaciones sexuales con ellas porque el profesor las amenaza con aplazarlas”. “Algunas chicas también provocan al profesor porque piensan que les comprará una buena cantidad de comida rápida que ellas podrán compartir con sus amigas.” Kwindá continúa: “Algunas de nuestras alumnas provienen de hogares muy pobres, de modo que los padres las estimulan a tener relaciones con el profesor para obtener comida para alimentarse.” Este carácter de intercambio de la actividad sexual sitúa a las chicas ante mayores riesgos de VIH/SIDA y desempeña un importante papel en el sostenimiento de la epidemia de SIDA.

Las mujeres docentes, que constituyen las dos terceras partes de los docentes en Sudáfrica, también son víctimas de esta socialización. Las observaciones y experiencia de Kwindá ponen de relieve el desafío que enfrentan las docentes en las escuelas al abordar los temas de género en relación con el VIH/SIDA. Según Kwindá, las mujeres no suelen manifestarse demasiado en la sala de profesores y se espera de ellas que guarden silencio ante las pruebas que confirman los abusos sexuales cometidos por sus colegas hombres. Kwindá señala que cuando las profesoras denuncian ante el director las indiscreciones de los docentes con las alumnas, muchas son victimizadas y a algunas hasta se las trata de “celosas” por la falta de atención de sus colegas varones. Cuando el director es hombre y piensa en los docentes varones como parte de su grupo de amigos, la situación es aún peor. A veces se cuestiona la falta de solidaridad de la denunciante con sus colegas hombres y su compromiso con la profesión: “No deberías criticar a tus colegas y desacreditar la profesión”.

La posición oficial de los docentes organizados es, desde luego, muy diferente. Por ejemplo, en 2000, el SADTU apoyó y acogió de buena gana la condena de un profesor de 43 años en Brakpan por la violación de una alumna de 14 años. “La violación de una alumna por un profesor debe ser severamente castigada para que sirva de disuasión a otros profesores que pudieran pensar en perpetrar estos actos [...]. ¡La única condena adecuada es la cárcel!”, declaró el juez responsable del caso. Esta decisión del tribunal apareció en la primera página de la publicación mensual del SADTU. Los titulares enviaban un sólido mensaje a los profesores: “¡Cero tolerancia! Los

profesores que violen a las alumnas deben ser severamente castigados” (SADTU, 2000, vol. 4, nº 9).

El sindicato tiene un estricto código de conducta en relación con la violación, el acoso y los abusos sexuales. El SADTU, junto con el Consejo para Docentes de Sudáfrica y el Ministerio de Educación, han exigido que todos los violadores sean inhabilitados como docentes. Al alzar la voz, los sindicatos están acabando con la “cultura de la tolerancia” de la violación, generalizada en numerosas comunidades escolares. Sin embargo, según Kwindu, “muchos profesores piensan que no hay nada de malo en tener una ‘relación de amor’ con una alumna. No saben nada acerca de los Códigos de Conducta y sólo unos pocos docentes son denunciados. Muchos profesores varones siguen ‘dañando’ a las chicas año tras año. Aún queda mucho trabajo por hacer por parte de las autoridades y de los sindicatos docentes”. Para asumir el desafío de Kwindu, los sindicatos docentes y el Ministerio de Educación tendrán que asegurar que los maestros adquieran conciencia de los Códigos de Conducta, así como revisar los procesos legales para asegurar una justicia rápida para los infractores y proporcionar ayuda y apoyo legal a las víctimas.

El VIH/SIDA, la pobreza y los niños

El primer informe complementario de Sudáfrica a la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de la Infancia, en mayo de 1999, describía al país como una “sociedad racialmente dividida, traumatizada, deshumanizada y negligente ante el cuidado de los niños” (citado por Coombe, 2000b). En Sudáfrica viven 18 millones de niños, poco menos de la mitad de la población de 40,6 millones (South Africa National Council for Child and Family Welfare, 1997). Se calcula que hacia 2010, el VIH/SIDA será responsable del 100% de aumento de la mortalidad infantil (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 1998) y que hacia 2015, los huérfanos constituirán entre el 9% y el 12% de la población total de Sudáfrica (UNICEF, 2000). A pesar de contar con más recursos que la mayoría de sus vecinos, cerca del 60% de los niños sudafricanos siguen viviendo en la pobreza. Somos muy conscientes de que la pobreza facilita la difusión del VIH/SIDA y agrava su impacto. Al mismo tiempo, el VIH/SIDA agrava la pobreza al agotar los recursos ganados con dificultad, porque golpea a las familias y a las comunidades. Y los niños – especialmente las niñas – suelen ser las primeras bajas en esta guerra.

David Mbetse es director de una escuela secundaria (Mduli High School) en el Bushbuckridge rural en la provincia del Norte. Declara: “He observado un aumento sostenido de los huérfanos por SIDA en mi escuela y en las escuelas vecinas. La conducta de algunos alumnos señala que la enfermedad está deteriorando la estabilidad y seguridad de sus vidas cotidianas”. Los miembros de su plantilla docente se han quejado de las largas ausencias de los alumnos, de su indiferencia y falta de concentración en clase. “Muchos niños vienen a la escuela hambrientos y experimentan dificultades para concentrarse en el aula. Otros permanecen alejados porque no hay dinero para comprar jabón para el aseo personal ni para lavar la ropa del colegio. Algunos no asisten a la escuela porque ya no pueden pagar sus matrículas”. Cuando el profesor se les acerca para identificar su problema, muchos alumnos son reticentes y a veces sienten terror de admitir que uno de los padres o un miembro de la familia está muriendo o ha muerto de SIDA. “Evidentemente, temen el estigma de la enfermedad y, por lo tanto, guardan silencio”, dice Mbetse. Las chicas son las más afectadas en una familia golpeada por el VIH/SIDA, porque se supone que tienen que cuidar de los enfermos. Según Mbetse, lo mismo sucede entre los docentes, cuando las profesoras faltan por largos períodos porque se supone que tienen que cuidar a los suyos en un hogar asolado por el SIDA.

Mbetse señala que la mayoría de sus docentes no tienen conocimientos suficientes sobre la enfermedad, carecen de competencias tutoriales, imparten clases a 40 o 50 alumnos por aula, se ven sometidos a la presión del tiempo y las exigencias de los exámenes y, por lo tanto, experimentan dificultades para manejar adecuadamente el problema. Muchos también tienen que lidiar con tragedias similares a nivel personal y carecen de los recursos emocionales para abordar el tema en las aulas.

“Los profesores también son seres humanos”, insiste Mbetse. “Es casi imposible proporcionar una atención individual en clases tan grandes y, por desgracia, muchos niños traumatizados caen en este vacío y eventualmente abandonan la escuela”. Sin embargo, Mbetse no se da por vencido fácilmente. Junto con su comunidad escolar, ha intentado hacer frente a estos desafíos proporcionando comida a los alumnos, derivando a los huérfanos de SIDA al Ministerio de Desarrollo y Bienestar Social y realizando visitas domiciliarias para ayudar a los alumnos, mientras algunos profesores trabajan como voluntarios en programas de atención hogareña.

Una de las preocupaciones de Mbetse es que hay muchos huérfanos de SIDA que quedan desatendidos, lo cual es terreno fértil para que se vuelquen hacia la delincuencia con el fin de

satisfacer sus necesidades básicas. Afirma: “Se ha producido un aumento de los pequeños delitos en esta zona. Esto puede deberse al aumento de huérfanos del SIDA”. El South African Institute for Security Studies [Instituto Sudafricano de Estudios sobre Seguridad] comparte esta opinión: “la edad y el SIDA serán factores significativos en el aumento de las tasas de delitos en los próximos diez a veinte años. Los huérfanos, que no están sometidos a la supervisión de las familias y de las organizaciones sociales, son los que más probablemente se iniciarán en las actividades delictivas” (Schonteich, 1999, citado por Coombe, 2000*b*). “Tenemos que crear algún tipo de red de seguridad para estos niños”, dice Mbetse. “Muchos han sido obligados a ganarse el pan y tenemos que ayudarlos a mantenerse a sí mismos y a sus familias”. Además, los huérfanos infectados de SIDA, especialmente las niñas, se vuelven sumamente vulnerables a los abusos sexuales de los adultos en la comunidad, lo cual aumenta la epidemia de SIDA.

Para responder a esta crisis, Mbetse ha creado un consorcio con profesionales de la salud (enfermeras y médicos del hospital local), padres, dirigentes de la comunidad y alumnos que reciben formación e información actualizada sobre la enfermedad. Los miembros del consorcio luego comunican lo que aprenden a otros en la comunidad escolar. David Mbetse ha presentado esta experiencia al Ministerio de Educación en la provincia del Norte, y el “consorcio de Bushbuckridge” actualmente capacita a otras comunidades escolares de las zonas circundantes. “Es necesario contar con personas muy especiales para combatir esta enfermedad”, dice David. “Mis docentes no tienen horas lectivas para realizar este trabajo suplementario, sino que sacrifican su tiempo personal después del colegio. Debemos aplaudir sus esfuerzos”. Sin embargo, Mbetse advierte que, al contar con escaso o nulo apoyo, estos docentes no pueden sostener sus esfuerzos durante mucho tiempo.

LOS PROGRAMAS DE EDUCACION SOBRE EL VIH/SIDA, RELEVANCIA Y CONTEXTO

A pesar de la abundancia de información disponible sobre el VIH/SIDA, las tasas de infección siguen aumentando en Sudáfrica y parece haber escasos cambios en los comportamientos. Kelly (2000*b*) vincula el problema a la manera en que diferentes individuos interpretan los programas de educación sobre el SIDA y los relacionan con su realidad cotidiana. Declara que uno de los principales problemas con estos programas es que su público recibe mensajes en diferentes niveles. La mayoría de los programas educativos comunican un mensaje científico acerca de las causas

fisiológicas de la enfermedad y de cómo se transmite. Esta puede ser una manera superficial de abordar la enfermedad. Para lograr mayor impacto y estimular cambios en el comportamiento, los programas de educación deben abordar los problemas personales y culturales que motivan la conducta individual.

Elsie Kgombo enseña orientación personal en una escuela católica primaria en Doorenspruit en la provincia del Norte. Dice que sus alumnos están dispuestos y ansiosos por hablar de sexualidad. Atribuye esto a la falta de información disponible y a la reticencia de los padres a hablar con sus hijos sobre sexo. El sexo es un tema tabú en la mayoría de los hogares, y los padres creen que “los niños no tienen que saber de asuntos de adultos”. Elsie nos informa que, en algunos casos, los padres se resisten a los programas de educación sobre el VIH/SIDA porque creen que los profesores están corrompiendo a sus hijos y estimulando la promiscuidad entre los alumnos.

Por su parte, Kwindia dice que en algunas culturas es responsabilidad de los mayores abordar la sexualidad con los alumnos. Esto, lamentablemente, sólo ocurre en la adolescencia tardía, cuando los jóvenes ya son sexualmente activos, y no se incluyen los temas del VIH/SIDA. Kwindia cree que, frente a la ausencia de información, la mayoría de los alumnos procura obtenerla de sus compañeros y lo que logra suele ser incorrecto o estar distorsionado. “Esto puede ser muy peligroso” dice, “puesto que perpetúa los mitos y los estereotipos sobre la sexualidad y el VIH/SIDA”. La experiencia de Kwindia con los alumnos con quienes discute la transmisión del VIH/SIDA por primera vez apoya esta opinión: “Muchos creían que sólo podían contraer el VIH si tenían relaciones sexuales con una chica que menstruaba. Puesto que había sangre, ¡el riesgo era alto!”

La falta de información correcta sobre sexualidad y VIH/SIDA es especialmente preocupante cuando pensamos en la escalada de abusos sexuales contra los niños. En el curso de los abusos, muchos niños se infectan con el VIH y se convierten en transmisores potenciales de la infección a sus compañeros o profesores (Kelly, 2000a). Es crucial, entonces, que el colegio proporcione una información adecuada, porque ésta no se consigue fácilmente en otras partes. E igualmente importante es que la información que se brinde manifieste una clara comprensión del contexto cultural de donde provienen los alumnos.

“En muchos casos, el Programa Educativo sobre el VIH tiene una presentación biomédica y académica. No le ‘habla’ a la cultura de la comunidad escolar”, dice Kwindia. Luego agrega: “Muchas personas, aunque posean una educación, incluyendo a los profesores, siguen teniendo

ideas tradicionales acerca de la enfermedad. Se vuelven tradicionales cuando no tienen respuestas y modernos cuando les conviene”. Kelly está de acuerdo con esta idea (2000a) y sostiene que las opiniones tradicionales son mucho más influyentes en la manera de interpretar la enfermedad. Señala que en algunas comunidades, la causa de la enfermedad se entiende en términos del mundo cultural de los tabúes, las obligaciones y la brujería. Kwindia apoya esta idea cuando declara: “Muchas personas ven el VIH/SIDA como algo que viene del exterior. La consideran una especie de ‘brujería’ que algún enemigo les ha lanzado con ayuda de un brujo. Otros creen que los espíritus ancestrales están enfadados con ellos y los castigan.”

La mayoría de los docentes coinciden en que la educación sexual y sobre el VIH/SIDA debería ser parte integral del programa de estudios. Sin embargo, Kwindia señala que muchos profesores “no tienen confianza” y son reacios a enseñar por alguna de las siguientes razones:

- *Falta de conocimientos y recursos.*
- *Una cultura del silencio* que oculta la enfermedad: “Muchos docentes tienen miedo de su propia condición”, declara Elsie. Señala que muchos profesores temen capacitarse en Life Skills [Habilidades sociales] porque pueden llegar a confirmar sus propios temores de ser VIH-positivos. “Comienzan a diagnosticarse a sí mismos”, dice. Muchos profesores prefieren no conocer su verdadero estado.
- *Una cultura del miedo.* Cuando los docentes consiguen entender la enfermedad y comienzan a discutir acerca de ella abiertamente en sus escuelas, entonces se sospecha que son VIH-positivos: “¿Cómo es que la profesora sabe tanto sobre la enfermedad? Debe de ser VIH-positiva”.
- *El lenguaje de la formación.* La formación se suele llevar a cabo en inglés y los profesores no pueden traducir lo que aprenden a otras lenguas africanas. Kwindia señala que algunas lenguas africanas no son adaptables a la terminología inglesa. “A veces, cuando lo expresamos en nuestra lengua, parece demasiado vulgar, de modo que no hablamos de ello”. “Algunos de nosotros comunicamos el mensaje en inglés, pero nuestros alumnos no entienden de qué hablamos”.
- *El género.* “Pareciera que la mayoría de los profesores de Habilidades sociales son mujeres. Y muchos de nuestros estudiantes son varones. Sentimos vergüenza al hablar de estos temas con chicos mayores en la clase”, señalaba una profesora. “Algunos de los alumnos varones creen que estamos sexualmente interesadas en ellos y que por eso somos tan abiertas en

cuestiones de sexo y el VIH. Algunos de los chicos mayores empiezan a insinuarse a nosotras después de las clases. Otros simplemente no nos toman en serio”, decía otra profesora.

- *Los docentes como modelos de rol.* Según Kwinda, “muchas comunidades se pronuncian contra los profesores porque los ven emborracharse y tener relaciones con las chicas”. Esto tiene un impacto negativo en la efectividad de los docentes como vehículos de los programas VIH/SIDA y su credibilidad como modelos de rol para los alumnos y miembros de la comunidad. Además, Kwinda señala que en algunos casos, los alumnos conocen la condición de portador del VIH del profesor e impugnan abiertamente la pertinencia de los docentes como modelos de rol. “Se convierte en un asunto que los alumnos toman para la risa”.
- *Valores y competencias.* Kwinda señala que, en muchos casos, los talleres de capacitación son meros “talleres de conversación” y que el formador intenta abordar toda la materia en sólo dos días. Los profesores suelen verse abrumados por el contenido. Además, los valores y las destrezas necesarios para la implementación apenas se discuten o están completamente ausentes de la capacitación. La capacitación no otorga suficiente tiempo a los profesores para orientarse, abordar sus temores y enfrentarse a sus propios prejuicios y estereotipos. Kwinda señala: “Bajo el *apartheid* vivíamos en un país carente de valores morales. Actualmente, incluso en nuestra nueva democracia, seguimos viviendo el impacto de la deshumanización de nuestro pueblo. El cambio en las actitudes y los comportamientos no puede producirse en el vacío. Tenemos que desarrollar valores y actitudes que nos unan como país en la lucha contra esta enfermedad monstruosa. No podemos darnos el lujo de desatender este factor crucial cuando nos educamos a nosotros mismos y a nuestros hijos sobre el VIH/SIDA”.

La respuesta educativa

A partir de los problemas planteados por los informantes, parecería apropiado centrar nuestros esfuerzos en los siguientes sectores: plan de estudios, capacitación docente, jerarquías de género y relaciones de poder. En los párrafos siguientes intentaremos proporcionar algunas respuestas a estos desafíos.

Según Kelly (2000b), una de las tareas cruciales de un sistema educativo que pretende formar actitudes prácticas para minimizar el contagio del VIH consiste en trabajar sin descanso y sistemáticamente en aras de una mayor igualdad de género, de la defensa de los derechos de las mujeres y de su fortalecimiento. Numerosos países han intentado abordar el problema de género desde la perspectiva de las habilidades sociales. Sin embargo, aún es necesario que los sistemas educativos aborden el problema de género más fundamentalmente. Esto aseguraría que, a lo largo del tiempo, puedan surgir una nueva comprensión y nuevas prácticas culturales que observen un mayor respeto por los derechos de las mujeres y las niñas, y que éstas se muestren más dispuestas a aceptar que deberían gestionar sus propias vidas.

La iniciativa de Habilidades sociales y el Programa de Educación para el VIH/SIDA, del Ministerio de Salud y Educación, fue implementada en 1995 en determinados años de la escuela secundaria. Sin embargo, su extensión a gran escala en todos los años está resultando difícil. El programa ha tenido un éxito limitado en algunas escuelas, siendo aquellas con más recursos las que han experimentado los mayores beneficios. En el plan de estudio escolar vigente, los temas relacionados con la sexualidad y la infección del VIH/SIDA se ofrecen en el área de aprendizaje de orientación personal. Se trata de un área de aprendizaje que no se evalúa y de la cual se espera que cubra una amplia gama de temas, desde la educación para el medio ambiente, la educación sexual, el VIH/SIDA, la profesión y el mundo laboral, etc. Además, a esta área de aprendizaje se le ha asignado la menor cantidad de horas en el horario escolar y normalmente ni siquiera se imparte. Kwindia señalaba que en la mayoría de las escuelas, los profesores utilizan las horas de Habilidades sociales para repasar asignaturas sujetas a exámenes.

En los departamentos de educación de las universidades y de escuelas de formación docente en Sudáfrica se han realizado investigaciones sobre la inclusión y calidad de las asignaturas de educación sobre el VIH/SIDA para los alumnos-docentes. Las conclusiones señalan que el desarrollo de asignaturas apropiadas aún sigue siendo inadecuado ante la creciente epidemia (*Campaña de más allá de la conciencia*, citado por Coombe, 2000a). Habilidades sociales sigue siendo un área a la que se presta escasa atención en la formación de los nuevos docentes que se suman a la profesión. Los cursos para esta área están disponibles, pero no suelen ser obligatorios y los componentes VIH/SIDA no se abordan de modo adecuado. Uno de los objetivos del Proyecto en Colaboración con IE/OMS consiste en abordar este tema y formular recomendaciones al

Consejo de Educación Superior y Formación para asegurar que el VIH/SIDA se convierta en parte obligatoria del currículum central de la formación de los nuevos docentes antes del empleo.

El VIH/SIDA debe recibir plena prioridad en el currículum escolar o nacional, incluyendo el programa para la formación docente (tanto para los que ya ejercen como antes del primer empleo). Esto se traduciría en más tiempo asignado a la enseñanza de Habilidades sociales, más docentes formados en el tema, mayor asistencia de directores, equipos de gestión escolar y órganos de gobierno de la escuela a los correspondientes seminarios con el fin de formarse para proporcionar el apoyo necesario y llevar a cabo eficazmente el plan de estudio. Además, el programa de Habilidades sociales debería extenderse a todos los niveles de la educación, desde el preescolar hasta la escuela secundaria.

Las investigaciones internacionales y la experiencia de Sudáfrica han demostrado que la complicidad entre el docente y el alumno facilita el éxito de los programas de educación en las escuelas. Estimular a los alumnos y a los docentes para que asuman la propiedad del aprendizaje en la escuela es crucial. Esto se puede promover mediante la inclusión de docentes y alumnos en la conceptualización, el diseño y la implementación de los programas de educación sobre habilidades sociales y sobre VIH/SIDA, al igual que el desarrollo de material de apoyo para el aprendizaje.

Los propios alumnos son uno de los recursos más subutilizados en nuestras escuelas. Las investigaciones han señalado abrumadoramente que los alumnos aprenden mejor de sus compañeros, especialmente en materia de sexualidad y de salud. Se debería alentar a los docentes y estimularlos para adoptar técnicas de educación entre pares al implementar los programas de Habilidades sociales. Este enfoque reconoce la poderosa influencia de socialización que los jóvenes tienen unos sobre otros y pretende ganar la potencia de la presión entre pares para su propia causa.

Las actuales investigaciones señalan que muy pocos programas de educación sobre el VIH/SIDA buscan contextualizar los mensajes sobre el VIH/SIDA dentro del discurso cultural de las ideas tradicionales. Por lo tanto, no reconocen las creencias de aquellos en los que intentan influir ni parten de su comprensión (Kippax, Smith y Aggleton, 2000). Sería conveniente que los programas de Habilidades sociales se desarrollen dentro de las fronteras contextuales de la comunidad escolar. El concepto de las escuelas que promueven la salud intenta zanzar esta brecha con la comunidad en el marco de los derechos. Incluye a padres, dirigentes comunitarios, trabajadores de la salud y sanadores tradicionales que pueden trabajar hombro con hombro en la escuela, compartir con ella sus experiencias y conocimientos, y modelar el plan de estudio escolar

adecuado para satisfacer las necesidades de la comunidad. Estos programas deben incluir tutorías para aquellos que están infectados y afectados, así como programas comunitarios de ayuda a los huérfanos del SIDA.

El enorme desafío del VIH/SIDA exige que, cuando sea posible, todos los docentes estén equipados para combatir la enfermedad en un plano personal y profesional. Según Kwindia, “en las escuelas, la asignatura Habilidades sociales tiene un estatus de ‘Cenicienta’ y, por lo tanto, suele recaer en una docente mujer”. La asignatura sufre de falta de credibilidad porque algunos alumnos y profesores varones ven la consideran un “asunto de mujeres”. “En la mayoría de las escuelas, los profesores varones enseñan asignaturas de alto estatus, como matemáticas y ciencias, mientras que Habilidades sociales, que es considerada asignatura de bajo estatus, recae en las profesoras”. Por lo tanto, es esencial modificar esta percepción asegurando un equilibrio de género a medida que se generalicen los docentes que enseñan Habilidades sociales y que elaboran programas de educación sobre el SIDA.

Las mujeres siguen estando subrepresentadas en cargos dirigentes y en posiciones de alto perfil en el sistema educativo y en los sindicatos docentes. Es necesario abordar urgentemente esta realidad para poner fin a su condición de inferioridad y acabar con un sistema de amiguismo masculino que no hace sino alimentar la epidemia. En la actualidad, los sindicatos sudafricanos emplean un sistema de cuotas que promueve la igualdad de géneros. Se establecen cuotas para asegurar que las mujeres estén presentes en todas las actividades del sindicato, incluyendo la representación en su estructura constitucional. Por otro lado, el sistema educativo está regido por la Ley de equidad laboral, que requiere que la jerarquía de empleo refleje la estructura demográfica del país. A pesar de tratarse de iniciativas progresistas que podrían fortalecer a las mujeres, aún distan mucho de verse concretadas. Es necesario contar con un mayor compromiso de todos los sectores para garantizar que se respeten estas obligaciones.

Los programas de capacitación para Habilidades sociales y otros programas de educación sobre el VIH/SIDA deben ser holísticos y globales, y deberían incluir los siguientes temas:

- El papel de los docentes en la implementación de los programas educativos de Habilidades sociales o VIH/SIDA.
- El papel de los docentes como transmisores de la pandemia.
- Trabajo y SIDA - por ejemplo, absentismo, confidencialidad -.
- Políticas, legislación y códigos de conducta.

- La construcción de asociaciones para la lucha contra el VIH/SIDA, sobre todo creando escuelas comunitarias para los huérfanos del SIDA.

Según Kelly (2000a), numerosos docentes se resisten a educar sobre el VIH/SIDA, porque dudan que los temas de la sexualidad o acerca de los comportamientos sexuales adecuados formen parte de su trabajo específico, en tanto toda su formación y orientación apuntaron hacia el terreno académico. Por lo tanto, es importante que los programas de capacitación permitan superar estas ideas y que comuniquen a los docentes su papel fundamental en la lucha contra la pandemia. En relación al VIH/SIDA, el programa de formación debe equilibrar conocimientos, competencias (por ejemplo, transmisión, prevención, etc.), metodologías de enseñanza (por ejemplo, utilización de técnicas de participación, psicodramas, teatro, discusiones de grupos pequeños, etc.), y valores y actitudes (abstinencia, respeto por los derechos de los demás, etc.). Los programas de formación sobre el VIH/SIDA deben incluir una asesoría laica básica como parte integral de la formación. Esto ayudará a los docentes a abordar los traumas que enfrentan los alumnos, incluso los referidos al dolor por la pérdida de seres queridos. Los huérfanos del SIDA están sumamente necesitados de este tipo de asistencia.

La formación para la educación sobre el VIH/SIDA debe abordar temas subyacentes, como los sistemas de valores y las relaciones de poder. La clarificación de los valores también es un componente necesario de cualquier programa de formación de este tipo, pues les otorga a los docentes un espacio seguro para enfrentarse a sus prejuicios y estereotipos, y analizar sus valores y el efecto que éstos tienen en su actividad docente y en las relaciones con sus alumnos. Además, contribuye a desarrollar valores y actitudes de respeto por los derechos de todos los individuos. Por otro lado, el tema del género no debería limitarse a enseñarles competencias de comunicación a las chicas. También es necesario que los varones cambien de paradigma. Esto no se puede lograr en el aula únicamente, sino que requiere la participación de los padres y la comunidad. La formación debería desarrollar en los docentes las competencias para negociar estos difíciles temas con seguridad.

Los formadores y los modelos de formación tienen que garantizar que el programa logre un impacto máximo. Los docentes prefieren ser formados por sus compañeros profesores, en lugar de personas sin experiencia en el aula. Tienen un vínculo y eso facilita el abordaje de temas polémicos. El modelo en cascada ha demostrado ser ineficaz para preparar a los docentes a que traten con el VIH/SIDA.

El modelo de formación debería disminuir el número de los docentes que desfilan y contemplar un grupo especial de formadores acreditados (cuando fuera posible) que se desplacen de un conjunto de escuelas a otro. Este grupo de formadores debe contar con educadores con trabajo escolar. El programa de formación tendría que ser permanente e incluir apoyo, seguimiento y evaluación para ofrecer una calidad garantizada, además de reflejar los desafíos contextuales que enfrentan los educadores y los funcionarios del Ministerio en su lucha contra el VIH/SIDA. En lo posible, la lengua del material de formación y de apoyo debería acomodarse a la primera lengua del docente, así como a la lengua de enseñanza y aprendizaje de la escuela.

El programa de formación y el material de apoyo no deberían limitarse a los componentes científicos y médicos de la enfermedad, sino que deberían incluir los componentes sociales, económicos y culturales más amplios. De esta manera, las respuestas pueden tener una resonancia en las experiencias reales de las personas y los programas se vuelven relevantes y, por lo tanto, son más eficaces para cambiar las conductas y las actitudes. Para citar un ejemplo: la IE, la OMS, los sindicatos docentes de la Comunidad para el Desarrollo del África Austral (SADC) y otros participantes han desarrollado un Manual de Formación y Recursos para la Salud Escolar y la Prevención del VIH/SIDA. Este manual es único en el sentido de que las actividades y experiencias de aprendizaje fueron elaboradas orgánicamente por los docentes y los miembros de los sindicatos que le otorgaron su autenticidad gracias a la transmisión de sus experiencias vitales reales en sus escuelas y comunidades. Como lo expresa tan sucintamente David Mbetse: “Es indispensable apoyar los materiales y los programas de formación que tengan una resonancia en el contexto sociocultural y socioeconómico de los alumnos. Nadie escuchará discursos que no tengan sentido en sus propias vidas”.

Conclusión

El VIH/SIDA en Sudáfrica es real y está presente en todos los aspectos de nuestras vidas. Sin embargo, el silencio y la negación que rodean a la enfermedad han acelerado sus estragos. Todos tenemos una responsabilidad, desde el presidente del país hasta los docentes en el aula. Ya no podemos permitirnos guardar silencio.

La educación y nuestras escuelas se encuentran en la primera línea de esta batalla contra el VIH/SIDA. Mucho se ha hecho ya en el sector de la educación. He aquí unos pocos ejemplos:

- Los sindicatos docentes han ayudado al romper públicamente el silencio: “El SIDA también mata a los profesores”.
- El Ministerio de Educación ha dado prioridad al VIH/SIDA.
- Los organismos internacionales apoyan la educación sobre el SIDA. Por ejemplo, la IE y la OMS entre muchos otros.

Sin embargo, nuestros informantes en el terreno sostienen que las iniciativas adoptadas, aunque con buenas intenciones, están siendo socavadas por las realidades culturales, socioeconómicas y de género en el aula y en las comunidades. Por lo tanto, se sigue que cualquier estrategia global para luchar contra la pandemia debe partir de una clara comprensión acerca de dónde se encuentran actualmente los interesados, especialmente los docentes y los alumnos. Las prioridades son:

- Fortalecer la posición de las mujeres docentes dentro del sistema educativo y de los sindicatos.
- Conseguir que los docentes y alumnos tomen conciencia de sus respectivos papeles en la difusión de la pandemia.
- Desarrollar nuevas estrategias docentes que aborden las creencias, los valores y las conductas reales.

Como educadores en este momento crucial de nuestra historia, tenemos la responsabilidad de informar y de cambiar los comportamientos. El VIH/SIDA es una amenaza para todos. En África hemos derrotado a nuestros amos coloniales y hemos derrotado el *apartheid*, período durante el cual las escuelas eran el campo de batalla contra nuestros opresores. El llamado actual es para una nueva guerra de liberación, esta vez de un enemigo aún más siniestro que vive entre nosotros, se pasea por nuestros espacios de juego, nuestras aulas y nuestras comunidades. Tenemos que estar preparados. No hay tiempo que perder. Cada minuto que pasa, uno de nosotros muere.

Notas

1. Quisiera expresar mi especial agradecimiento a las siguientes personas por su ayuda y sus contribuciones: Jon Lewis, Nirvana Mughanlal, Linda van Rooiyen, Carol Coombe, Michael Kelly, Elsie Kgomo, Busisiwe Kwindi y David Mbetse.
2. Los testimonios incluidos no corresponden a ningún estudio sistemático y no reflejan investigaciones en curso. Surgen de las experiencias personales de docentes seleccionados por mí y se las incluye en este artículo para proveer una visión de la dinámica en el aula que sólo ellos pueden dar.

Referencias

- Abt Associates (Sudáfrica) Inc. 2000. *The impending catastrophe: a resource book on the emerging HIV/AIDS epidemic in South Africa* [La catástrofe inminente: un libro de recursos sobre la epidemia VIH/SIDA emergente en Sudáfrica]. Johannesburg. (Elaborado para la Campaña LoveLife [Ama la vida]).
- Badcock-Walters, P. 2001. *The impact of HIV/AIDS on education in KwaZulu Natal* [El impacto del VIH/SIDA en la educación en Kwazulu Natal]. Pietermaritzburg, Sudáfrica, University of Natal. (PEDU position paper.)
- Coombe, C. 2000a. "Keeping the education system healthy: managing the impact of HIV/AIDS on education in South Africa" [Conservando la salud del sistema educativo: gestión del impacto del VIH/SIDA en la educación en Sudáfrica]. *Current issues in comparative education* (Nueva York), vol. 3, n° 1, diciembre.
- . 2000b. *Managing the impact of HIV/AIDS on the education sector in South Africa* [Gestión del impacto del VIH/SIDA en el sector educativo en Sudáfrica]. Report prepared for the African Development Forum, United Nations Economic Commission for Africa, Addis Abeba, diciembre.
- . 2001a. *HIV/AIDS and trauma amongst learners: sexual violence and deprivation in South Africa* [El VIH/SIDA y los traumas entre los alumnos: la violencia sexual y la privación en Sudáfrica]. Borrador: 21 de junio.
- . 2001b. *Rethinking some of our perceptions about HIV/AIDS and education* [Una nueva reflexión sobre nuestras percepciones del VIH/SIDA en la educación], Ponencia presentada en la Reunión de la Southern African Development Community (SADC) sobre el VIH/SIDA y la educación, febrero.
- Human Rights Watch. 2001. *Scared at school: sexual violence against girls in South African schools* [El miedo en la escuela: la violencia sexual contra las niñas en las escuelas sudafricanas]. Nueva York, Human Rights Watch.
- Kelly, M.J. 2000a. *HIV/AIDS and education in Eastern and Southern Africa: the leadership challenge and the way forward* [El VIH/SIDA y la educación en África oriental y meridional: el desafío del liderazgo y el camino hacia adelante]. Addis Ababa, United Nations Economic Commission for Africa. (Report for the African Development Forum, diciembre, 2000.)
- . 2000b. *Planning for education in the context of HIV/AIDS* [La planificación de la educación en el contexto del VIH/SIDA]. París, International Institute for Educational Planning.
- . 2000c. "Standing education on its head: aspects of schooling in a world with HIV/AIDS" [La educación puesta de revés: aspectos de la escolarización en un mundo con VIH/SIDA]. *Current issues in comparative education* (Nueva York), vol. 3, n° 1, diciembre.
- Kelly, M.J.; Msango, H.; Subulwa, C. 2000. *Educating girls* [La educación de las niñas]. Lusaka, UNICEF.
- Kippax, S.; Smith, G.; Aggleton, P. 2000. *Schools, sex education and HIV-prevention* [Los colegios, la educación sexual y la prevención]. Ponencia presentada en la 13ª Conferencia Internacional sobre el SIDA, Durban, julio, 2000.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. 1988. *El VIH/SIDA y el desarrollo humano*, Pretoria, PNUD.
- Sachs, J. 2000. "South Africa as the epicenter of HIV/AIDS: vital political legacies and current debates" [Sudáfrica como epicentro del VIH/SIDA: legados políticos cruciales y debates actuales], *Current issues in comparative education* (Nueva York), vol. 3, n° 1, diciembre.
- Schonteich, M. 1999. "Age and AIDS: South Africa's crime time bomb?" [La edad y el SIDA: ¿una bomba de tiempo para Sudáfrica?]. *African security review* (Johannesburg, Sudáfrica), vol. 8, n° 4, p. 34-44. (Para el Institute of Security Studies.)
- South African Democratic Teachers Union. 1999/2000. *Educator's voice* [La voz del educador]. (Johannesburgo, Sudáfrica), vol. 4, n° 5; vol. 4, n° 9; vol. 5, n° 8.
- Sudáfrica. Ministerio de Educación, 1999. *Call to action: Tirisano* [Un llamado a la acción: Tirisano]. Pretoria, Department of Education.
- South Africa National Council for Child and Family Welfare. 1997. *HIV/AIDS and the care of children* [El VIH/SIDA y el cuidado de los niños]. Johannesburg.
- UNAIDS, 2000. *Report on the Global HIV/AIDS Pandemic* [Informe sobre la pandemia mundial VIH/SIDA]. Ginebra, Suiza, UNAIDS.
- UNICEF, 2000. *The progress of nations 2000* [El progreso de las naciones 2000]. Nueva York, UNICEF.
- Vally, S., 2000. "Reassessing policy and reviewing implementation: a maligned or misaligned system?" [Una nueva evaluación de las políticas y revisión de su ejecución: ¿un sistema maligno o mal alineado?]. *EPU quarterly review of education and training* (Wits, Sudáfrica, University of the Witwatersrand), abril-junio.
- Vandermoordele, J.; Delamonica, E. 2000. "The 'education vaccine' against HIV/AIDS" [La "vacuna de la educación" contra el VIH/SIDA]. *Current issues in comparative education* (Nueva York), vol. 3, n° 1, diciembre.

Versión original: inglés

Chutamas Soravisutr (Tailandia)

Licenciada en pedagogía por la Universidad de Mahidol, se desempeña actualmente como especialista en elaboración de planes de estudio en el Centro de Desarrollo Curricular (CDC), donde tiene bajo su responsabilidad los planes de educación sanitaria. Sus intereses profesionales actuales se vinculan con el SIDA, los estupefacientes, las aptitudes para la vida y la educación sobre población.

LA EDUCACION PARA LA PREVENCIÓN DEL VIH/SIDA

EL PAPEL DE LOS INSTITUTOS

EDUCATIVOS RESPECTO

AL SIDA EN TAILANDIA

Chutamas Soravisutr¹

Situación del SIDA en Tailandia

Hoy en día, la mayoría de las personas sabe que el SIDA aún no tiene cura, que esta enfermedad se contagia por contacto sexual o por transfusión sanguínea y que las madres la pueden transmitir a sus hijos durante el embarazo. La presencia del virus del SIDA sólo se puede diagnosticar mediante una prueba de sangre. Desde 1984, cuando se detectó el primer caso de esta enfermedad en Tailandia, se han adoptado distintas clases de medidas de prevención y/o lucha contra la enfermedad, a pesar de las cuales, según un informe del Ministerio de Salud Pública, en 1997 fallecieron 23.520 enfermos de SIDA. Según los estudios epidemiológicos, el número de personas que han contraído esta enfermedad oscilaría entre 750.000 y 800.000.

Estos datos muestran que, a pesar de las distintas medidas que se han aplicado en Tailandia para intentar disminuir la gravedad del problema, el SIDA sigue avanzando. Tal situación se desprende asimismo de la preparación en los niveles nacional y ministerial de importantes planes, cuya ejecución pasa a ser responsabilidad de determinados organismos, como el Plan Nacional de Prevención del SIDA y el Plan Operativo de Prevención y Control del SIDA.

Desde 1991, el Ministerio de Educación ha participado sistemáticamente en todos los aspectos de la educación sobre el SIDA, dirigiendo la puesta en práctica de estrategias educativas para divulgar conocimientos sobre la enfermedad y fomentar la toma de conciencia de los factores de riesgo, las medidas preventivas, etc., y propiciando cambios de actitudes (evitar los comportamientos de riesgo, por ejemplo). Durante el período de 1997-2001, las principales actividades emprendidas para prevenir y superar los problemas provocados por el SIDA consistieron en:

- incluir temas relacionados con la enfermedad en los programas escolares (tanto de la enseñanza primaria como de la secundaria): la educación sexual, las decisiones relativas a las relaciones sexuales, la vida familiar, la prevención del SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual, la convivencia con enfermos de SIDA y la promoción de los valores morales y hábitos culturales que podrían limitar la propagación de estas enfermedades;
- fomentar actividades extracurriculares y de educación extraescolar y la participación de los jóvenes en actividades deportivas que disminuyen los comportamientos de riesgo, y despertar simpatía por las personas seropositivas;
- incluir en los exámenes preguntas que permiten evaluar qué conocimiento y comprensión tienen los alumnos acerca del SIDA y de otras enfermedades de transmisión sexual y de la manera de evitarlas;
- alentar la creación de clubes o grupos en las instituciones de enseñanza en los que se imparta conocimientos sobre el SIDA y se enseñe qué actitudes correctas se deben adoptar ante la enfermedad para que no se condene al ostracismo a las personas seropositivas;
- propiciar la organización de actividades y campañas para divulgar conocimientos sobre el SIDA y medidas de prevención destinadas a funcionarios públicos, empleados y grupos comunitarios mediante cursillos de formación y a través de los medios de comunicación.

Por lo general, las actividades de los organismos dependientes del Ministerio de Educación consisten en difundir informaciones, efectuar campañas publicitarias y prestar apoyo a las actividades pertinentes, con miras a alcanzar los objetivos siguientes:

1. lograr que los jóvenes y los alumnos, escolarizados o no, conozcan y comprendan correctamente el SIDA y las demás enfermedades de transmisión sexual, y aprendan a evitar el contagio;
2. motivar a los jóvenes para que eviten los comportamientos de riesgo;

3. inculcar actitudes correctas sobre la prevención del SIDA y la convivencia en sociedad con personas seropositivas;
4. fomentar un comportamiento racional y la autonomía entre los jóvenes y enseñarles a abstenerse de adoptar comportamientos que les hagan correr riesgos;
5. alentar a los estudiantes a que adquieran la confianza necesaria para expresar sus opiniones y defender sus puntos de vista personales;
6. enseñar a los estudiantes los peligros que entrañan algunos valores incorrectos que los pueden conducir a determinadas actividades, como la prostitución, la prostitución infantil, las relaciones sexuales irresponsables y el consumo indebido de alcohol.

Los resultados generales de estas campañas de prevención del SIDA han revelado que si bien los jóvenes, los estudiantes y los ciudadanos en general estaban bien informados sobre la enfermedad, la mayoría de ellos no había abandonado los comportamientos de riesgo, sobre todo los jornaleros, trabajadores agrícolas, pescadores y obreros industriales, que aún presentaban elevados porcentajes de seropositividad adquirida en el curso de relaciones sexuales sin protección adecuada, con el resultado añadido de que también se contagiaban sus esposas y los hijos de aquellas que estaban embarazadas. El aumento del número de seropositivos se debía a que estas personas no eran suficientemente conscientes del peligro del SIDA (la mayoría de ellas aún cree, erróneamente, que el SIDA es una enfermedad que sólo se contagian los demás). Es muy difícil organizar campañas públicas que induzcan realmente cambios de actitudes y valores.

Fundamento de la prevención del SIDA en las instituciones de enseñanza

El SIDA es un problema de comportamiento. El sistema de enseñanza escolar acoge a un porcentaje elevado de la población y podría ayudar a sentar las bases y las características de una sociedad conforme a los objetivos nacionales. En su libro sobre las pautas para mejorar el comportamiento en materia de salud de los niños en edad escolar y los jóvenes en conjunto, P. Vasee (1997) escribió lo siguiente:

La salud está dentro de nosotros y depende de nuestro comportamiento. El comportamiento determina la salud. La escuela es un establecimiento de salud. Las escuelas lo pueden todo. Los profesores y los alumnos (cuyo número es superior a 40 millones) pueden hacer cualquier cosa: desarrollar la economía, fomentar la cultura, mejorar la salud, etc.

Tansakul, en un libro sobre el problema de la drogadicción de los jóvenes (2001), afirma que en las instituciones educativas se puede emprender una labor de mejora del comportamiento dado que satisfacen las siguientes condiciones:

1. acogen a gran número de niños y jóvenes;
2. cuentan con recursos y equipos de enseñanza (profesores, aulas, materiales educativos y libros de texto);
3. pueden efectuar evaluaciones a corto y largo plazo;
4. facilitan la realización de investigaciones y experimentos;
5. gozan de la confianza de los padres y tutores de los alumnos y de los miembros de la comunidad.

La educación intelectual y moral contribuye a evitar problemas de comportamiento. Según el artículo 81 de la Constitución, el Gobierno debe orientar la educación de modo tal que disminuyan los casos de comportamiento indeseable.

En primer lugar, los poderes públicos deben “impartir enseñanza y formación de forma que se adquieran conocimientos y una ética moral correcta” y alentar al sector privado a dispensar una enseñanza y una formación similares. Por lo tanto, para alcanzar un equilibrio, es preciso hacer hincapié simultáneamente en la educación intelectual y en la formación moral. Cabe esperar, pues, que el sistema educativo ayude a los jóvenes a adquirir la madurez psicológica y social necesaria para ser, de adultos, ciudadanos dignos de confianza poseedores de sólidos valores morales, autónomos, que convivan pacíficamente con sus vecinos, sepan que no deben tratar de aprovecharse del prójimo y que utilicen sus conocimientos con cordura y tino de manera que la sociedad no deba preocuparse más por los problemas que provocan los estupefactantes, el SIDA y los juegos de azar.

En segundo lugar, el Gobierno debe “promulgar una legislación general sobre educación”, gracias a la cual los poderes públicos impartan una educación y una formación sistemáticas que fortalezcan las normas nacionales y preserven la identidad tai. Esta disposición constitucional garantiza que, en el futuro, la educación conduzca a la formación de una nueva generación de ciudadanos tais con características propias (que piensen, hablen y actúen como tais), educados en el nuevo sistema de enseñanza y que, por lo tanto, contribuyan de manera decisiva a mantener un entorno natural en buenas condiciones y posean una perspectiva intelectual sana.

En tercer lugar, las autoridades deben “mejorar la formación de los docentes” para que la educación y la formación de los niños y jóvenes estén en manos de profesionales conscientes de la importancia de su actividad, que comprendan las características de los niños de distintas edades, conozcan la materia que enseñan y sean capaces de transmitir conocimientos y valores morales a sus alumnos.

El SIDA y su prevención

En noviembre de 1987, el Ministerio de Educación emitió un decreto en el que se disponía que debía impartirse formación sobre el SIDA a todos los estudiantes para que tomaran conciencia del peligro que representa esta enfermedad, sus causas, modos de contagio, medidas preventivas y repercusiones en la sociedad. Desde entonces, el Ministerio de Salud Pública y la Oficina del Primer Ministro han aplicado distintos modelos de actividades de enseñanza y aprendizaje y varias campañas publicitarias. Podría decirse que todos los organismos conceden la máxima prioridad a la educación sobre el SIDA, ya que, cada vez que un periódico publica un artículo sobre determinados delitos –abortos, asesinatos tras violación, orgías, prostitución infantil, etc.–, todo el mundo fija la atención en los programas escolares y se hace preguntas como: “¿Se imparte educación sexual en las escuelas?”, “¿Se enseña a combatir el SIDA?”, “¿Qué medidas o estrategias ha adoptado el Gobierno para luchar contra estos problemas?”, etc. El Ministerio de Educación es consciente de la gravedad de estos problemas y no ha dejado de intentar mejorar la situación.

Misión y actividades

Todos los sectores de la población han comprendido la importancia de las escuelas en la formación del carácter y en la trasmisión de la cultura, los valores y las actitudes; en la introducción de mejoras en la sociedad; en la detección y la solución de los problemas sociales y en el fomento de la estabilidad de la sociedad. Al respecto, se han llevado a cabo las siguientes actividades:

- en el país: se elaboró un Plan Nacional de Prevención del SIDA;
- a nivel ministerial: se elaboró un proyecto de prevención del SIDA y se asignaron los fondos necesarios a los servicios correspondientes;

- en cuanto a los organismos encargados de la puesta en práctica: se fomentó la enseñanza para prevenir y ayudar a resolver los problemas relativos al SIDA.

Principales actividades de las instituciones educativas

IMPARTIR CONOCIMIENTOS A LOS ALUMNOS

Por lo general, los temas relativos a la educación sobre el SIDA se incluyen como “Aptitudes para la vida cotidiana” [Life Skills] en el proceso de enseñanza y aprendizaje. Las técnicas de enseñanza habituales consisten en:

- presentar informaciones que es probable que resulten muy impresionantes (por ejemplo, “el SIDA es incurable y conduce a una muerte segura”);
- plantear temas que susciten debates entre los jóvenes;
- organizar charlas con especialistas (en particular, médicos y trabajadores de salud pública que han estado en contacto directo con enfermos de SIDA);
- llevar a cabo proyectos que luego se presentan a toda la clase;
- representar juegos de roles o simulaciones.

Los conocimientos indirectos comprenden el montaje de exposiciones y de muestras de carteles, la organización de campañas sobre el Día Mundial de la Lucha contra el SIDA, de actividades de asesoramiento entre pares, de concursos de redacción, pintura, fotografía y lemas publicitarios, etc.

Se considera que el tema de las “Aptitudes para la vida cotidiana” es útil para fomentar la salud mental y las aptitudes sociales. También se hace hincapié en la capacidad de comunicar (escuchar, hablar, leer y escribir), la capacidad para adquirir un pensamiento analítico y crítico, y las aptitudes de expresión. Todas las asignaturas incluyen estas aptitudes para la vida cotidiana, por ejemplo:

- en matemáticas se pone el acento en la capacidad de pensar de manera racional;
- en ciencias se hace hincapié en el método científico;
- en ciencias sociales se insiste en el razonamiento analítico, en la capacidad de la evaluación ética y en las aptitudes para adoptar decisiones y solucionar problemas mediante conocimientos sociales;
- en el trabajo y la formación profesional se hace hincapié en la habilidad manual;

- en las actividades extracurriculares se da gran importancia al desarrollo de la personalidad, las buenas costumbres, la adquisición de la disciplina (mediante la participación en grupos de niños y niñas exploradores, la Cruz Roja Juvenil y las asociaciones de chicas guías);
- en educación física se hace hincapié en las aptitudes motoras;
- en educación sanitaria se explica cómo mantener la buena salud, prevenir enfermedades, darle sentido a la vida y ser feliz (física, mental, psicológica y socialmente).

El Departamento de Desarrollo Curricular y de Instrucción está elaborando un “plan de estudios de enseñanza básica” en el marco de la reforma educativa impulsada por el Ministerio de Educación y de conformidad con la octava fase del Plan Nacional de Desarrollo Económico y Social (uno de cuyos elementos primordiales es la mejora de las cualidades humanas, la vida familiar y las comunidades). Las aptitudes para la vida cotidiana se incluyen en los programas de todas las asignaturas. La ética y los valores deseables también están integrados de manera transversal en el plan de estudios.

El plan comprende las tres partes siguientes:

1. asignaturas que deben cursar obligatoriamente todos los alumnos;
2. aptitudes fundamentales que se deben impartir a todos los alumnos;
3. actitudes y valores deseables que se deben inculcar permanentemente.

El problema consiste en que nuestros jóvenes no saben razonar sensatamente. Si pudieran hacerlo, no serían víctimas de las drogas, no contraerían el SIDA, no se saltarían clases, no concebirían hijos cuando no lo desean, no serían violados, no serían violentos, no destruirían el medio ambiente, etc. Si los alumnos tuvieran la oportunidad de practicar las “aptitudes para la vida cotidiana” desde el principio, entenderían mejor la vida, aprenderían a amarla, estarían satisfechos consigo mismos, sólo aceptarían las cosas buenas y vivirían de manera correcta y honrada. El aprendizaje de las aptitudes para la vida cotidiana es esencial, tanto para el presente como de cara al futuro.

La educación extraescolar también utiliza las aptitudes para la vida cotidiana en las actividades en grupo (uno de los requisitos de la enseñanza a distancia consiste en que los alumnos deben participar, como mínimo, durante tres horas semanales en reuniones en grupo). En esos encuentros, los maestros desempeñan el papel de consejeros y organizan actividades de reflexión en grupo, debates, intercambios de pareceres y actividades de razonamiento analítico, toma de decisiones, puesta en práctica de las aptitudes de comunicación y de aprendizaje de la coexistencia pacífica en sociedad.

Se ha constatado que la mayoría de las personas seropositivas tienen entre 14 y 30 años de edad y los datos de la División de Epidemiología del Ministerio de Salud Pública han revelado que la edad media de la primera relación sexual es de 15 años, lo cual hace que los alumnos de enseñanza secundaria constituyan uno de los grupos de mayor riesgo. Las escuelas que imparten esta enseñanza dependen del Departamento de Educación General. A continuación se presenta una muestra de las actividades desarrolladas por el Departamento para combatir el SIDA (ver también el cuadro 1).

Muestra de las actividades realizadas

1. Formación de alumnos seleccionados en el marco del proyecto “Asesoramiento entre pares” para aumentar la conciencia de los problemas, actitudes y valores relacionados con el SIDA; preparación para atreverse a decir no, para aconsejar, para negociar y para evitar los comportamientos arriesgados entre pares mediante un aprendizaje participativo.
2. Organización de campañas para aumentar los conocimientos y la comprensión; toma de conciencia de los problemas relacionados con el SIDA; actitudes y valores sexuales correctos; aceptación y cuidado de las personas seropositivas y/o de quienes han perdido a familiares enfermos de SIDA, y toma de conciencia de que un comportamiento arriesgado puede acarrear el contagio de la enfermedad.

CUADRO 1. Actividades de educación sobre el SIDA del Departamento de Educación General*

Objetivos específicos	Indicadores	Principales resultados
1. Formación de los alumnos seleccionados mediante un proceso de concientización de los problemas ocasionados por el SIDA, los valores y las aptitudes para la vida cotidiana con un aprendizaje participativo y métodos centrados en el alumno. Alrededor de 20.000 alumnos de todo el país (mayo-junio de 1999).	Se impartió formación a 20.000 alumnos seleccionados de todo el país mediante la estrategia del aprendizaje participativo para que aprendieran a utilizar actitudes y valores participativos, a poner en práctica las aptitudes para la vida cotidiana y a evitar el contagio del SIDA (cursillo de tres días).	Los 20.000 alumnos seleccionados de todo el país adquirieron actitudes y valores deseables, tomaron mayor conciencia de los problemas relacionados con el SIDA, dominaron las aptitudes para la vida cotidiana necesarias para prevenir el SIDA y aprendieron a emplearlas en ayudar a sus pares a que renunciaran a los comportamientos de riesgo.
2. Organización de campañas en el marco del “Proyecto Escuela Blanca”, que incluyen distintas actividades educativas, con la participación de los sectores público y privado, para fomentar una mayor toma de conciencia de los riesgos que entrañan los delitos, el abuso del alcohol, los estupefacientes, los juegos de azar y la violencia.	Todas las escuelas dependientes del Departamento de Educación General organizaron campañas, en los establecimientos escolares y las provincias, con la colaboración de las instituciones públicas y privadas y en función de las condiciones locales, y presentaron los resultados de los alumnos destacados en exposiciones organizadas por los distritos educativos correspondientes.	Todos los alumnos de las escuelas secundarias participaron en las campañas, realizaron actividades en el marco del proyecto y adquirieron actitudes, valores y aptitudes para la vida cotidiana deseables para protegerse de tales males.
3. Organización del seguimiento, control, supervisión, coordinación y seminarios para reseñar los resultados de las actividades del proyecto en las provincias, los distritos educativos y el país.	Hubo grupos de trabajo en las escuelas, las provincias y los distritos educativos; el Departamento de Educación General efectuó las tareas asignadas y preparó un informe presentado al término del proyecto.	El personal que participó en el proyecto (“Promover el aprendizaje para ayudar a prevenir y resolver los problemas del SIDA”) alcanzó sus objetivos. 20.000 alumnos seleccionados adquirieron la capacidad de aconsejar a sus pares, de protegerse a sí mismos y de mantener a sus comunidades, parientes y pares a salvo del peligro del SIDA.

* Datos suministrados por el Departamento de Educación General.

Plan para el futuro y estrategia de trabajo

Según los datos del proyecto del Plan de Nacional de Prevención del SIDA para 2002-2006, las proyecciones y/o estimaciones son las siguientes:

1. Actualmente hay unos 700.000 seropositivos en Tailandia.

2. Se estima que en 2002-2006 fallecerán unas 50.000 personas de SIDA por año y que el 90% de ellas tendrán entre 20 y 44 años de edad.
3. Se estima que el 2% de los hombres tailandeses y el 1% de las mujeres tailandesas se contagiarán de SIDA y que por lo menos 33.000 bebés heredarán de sus madres el virus del SIDA.

La situación actual muestra que el nivel de participación de los ciudadanos y el empeño de las comunidades locales aumentan, que los medios de comunicación disfrutan de mayor libertad de expresión, que ha disminuido el número de hombres tailandeses que recurren a los servicios de prostitutas, que los mayores grados de seropositividad se encuentran entre los hombres y mujeres adultos, que un mayor número de personas seropositivas contraerá la enfermedad (en particular en el grupo de jornaleros) y que el número de trabajadores migrantes ilegales seguirá aumentando.

Por ello, el Gobierno ha formulado los siguientes objetivos y estrategias para combatir al SIDA entre 2000 y 2006:

Objetivos

Las personas, las familias y las comunidades deben formar una sociedad sólida, eficaz, comprometida con los problemas relacionados con el SIDA y deseosa de prevenirlos y solucionarlos.

ESTRATEGIA 1: DESARROLLO DEL POTENCIAL DE LA SOCIEDAD

Mejora del potencial de las personas, las familias y la comunidad gracias al dominio de las competencias adecuadas, la posesión de una conciencia clara, la aceptación de valores morales sólidos y la responsabilización en materia de prevención y solución de los problemas del SIDA mediante la atención mutua; fortalecimiento del entorno social para tornarlo más propicio a estos fines mediante la organización de actividades pertinentes dirigidas a sostener las culturas y a llevar modos de vida correctos; formación profesional que permita adquirir autonomía (y, por lo tanto, poder evitar los comportamientos arriesgados).

ESTRATEGIA 2: PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD Y DE SEGURIDAD SOCIAL

Mejora de los servicios básicos de salud, fomento de la salud y funcionamiento eficaz del sistema de seguridad social mediante un mejor cuidado de la propia persona, la atención médica más equitativa a los enfermos y una ampliación del apoyo moral y financiero.

ESTRATEGIA 3: FOMENTO DE LA INVESTIGACION LOCAL

Impulso del seguimiento, el control, el análisis y la síntesis de la situación del SIDA y de los resultados de las investigaciones al respecto, tanto dentro como fuera del país, con vistas a su posible aplicación en Tailandia; fomento de la investigación y elaboración de la tecnología necesaria.

ESTRATEGIA 4: COOPERACION INTERNACIONAL

Creación de lazos de cooperación entre los países de la región para prevenir y superar los problemas ocasionados por el SIDA; intercambio de conocimientos y experiencias; coordinación de los recursos de conformidad con los objetivos del Plan Nacional de Prevención del SIDA.

ESTRATEGIA 5: IMPULSO DE UNA GESTION EFICAZ

Presentación de directivas para mejorar la eficacia de la gestión y la administración en los planos nacional, regional y local de modo que se integre la labor a favor de la prevención del SIDA de forma más concordante y eficiente; traspaso de la autoridad en la materia a las localidades; aumento de la participación; aumento de la transparencia en la sociedad para que se alcance un mayor grado de confianza y justicia.

Conclusión

El exceso de libertad que se concedió a los niños y jóvenes en el pasado en materia de salidas nocturnas, fiestas, etc., tuvo por resultado el consumo de estupefacientes, el contagio del SIDA y una conducta sexual incorrecta, además de otros problemas, pero la situación tiende a mejorar como consecuencia de la aplicación de varias medidas legales como la Política de Reglamentación del Orden Social, la Política de Lucha contra los Estupefacientes, la obligación de que los locales de espectáculos y servicios obtengan una autorización, el toque de queda aplicado a los jóvenes

menores de 18 años -que les impide ausentarse de sus hogares después de las 10 de la noche-, la prohibición de la venta de cigarrillos y alcohol a menores de 18 años, etc. Estas medidas han suscitado controversias y no pudieron aplicarse en todas partes. Para superar realmente el problema del SIDA, el comportamiento correcto de los niños y jóvenes tiene que transformarse en la norma y para ello se necesitará la colaboración de todos los sectores de la sociedad (familias, institutos de enseñanza, comunidades y sociedad en general). Como reza el refrán: “Más vale prevenir que curar”.

Nota

1. Yingdej Mungkasem, Bachiller universitario en Ciencias (Grado de honor de segunda clase) por la Universidad de Chulalongkorn y especialista en elaboración de planes de estudio del CDC, tradujo este artículo del tailandés al inglés.

Bibliografía

- National Committee on Preventing and Solving AIDS Problems. 2001 *Draft of the National AIDS Prevention Plan (2002-2006)* [Borrador del Plan Nacional de Prevención del SIDA (2002-2006)]. Bangkok.
- Suwan, P. 1998. *Developing life skills to improve health behaviour in preventing non-communicable diseases in children and youths* [El fomento de las aptitudes para la vida cotidiana para mejorar un comportamiento sano que evite las enfermedades no transmisibles entre los niños y los jóvenes].
- Tailandia. Ministerio de Educación. 1995. Departamento de Educación General. *Handbook on guidelines for operating the 'Peer Advice' Project* [Manual sobre pautas para aplicar el Proyecto “Asesoramiento entre pares”]. Bangkok.
- . 1994. Unidad de Supervisión. *Friendship and AIDS prevention in secondary school* [La amistad y la prevención del SIDA en las escuelas secundarias]. Bangkok.
- . Ministerio de Educación. Unidad de Supervisión. *Summary of the Results of Implementing the Project on Enhancing Learning to Help Prevent and Solve AIDS Problems* [Resumen de los resultados del Proyecto sobre fomento del aprendizaje para ayudar a evitar y resolver los problemas causados por el SIDA], *Ejercicio económico 1991*.
- Tansakul, P. 2001. *Problems of narcotic drug usage by youths, educational institutes, and assertive strategy* [Los problemas del consumo de drogas de los jóvenes, los establecimientos de enseñanza y una estrategia asertiva], Bangkok, Ministerio de Educación, Departamento de Culto.
- Task Force on Preparing AIDS Prevention and Control Plan. 1993. *AIDS prevention and control plan 1995-1996* [Plan de prevención del SIDA y de Lucha contra la Enfermedad].
- Vasee, P. 1997. *Opinions concerning development of health behaviour of learning age children and youths* [Opiniones acerca del fomento de un comportamiento sano entre los niños en edad escolar y los jóvenes].

Paulo Renato Souza
Iniciativas para prevenir y controlar el VIH/SIDA en Brasil
Perspectivas, vol. XXXII, n° 2, junio de 2002

Versión original: Portugués

Paulo Renato Souza (Brasil)

Ministro de Educación. Títulos de máster de la Universidad de Chile y de doctorado en economía de la Universidad Estatal de Campinas. Catedrático titular de la Universidad Estatal de Campinas. Ha participado en varias actividades de las Naciones Unidas en América latina. De 1984 a 1986 fue secretario de Educación del Estado de San Pablo. En 1986 fue nombrado presidente de la Universidad Estatal de Campinas. De 1991 a 1995 fue director de operaciones del Banco Interamericano de Desarrollo, Washington.

LA EDUCACION PARA LA PREVENCION DEL VIH/SIDA

BRASIL: INICIATIVAS DEL MINISTERIO

DE EDUCACION PARA PREVENIR

Y CONTROLAR EL VIH/SIDA

Paulo Renato Souza

Una de las iniciativas más importantes emprendidas por el Ministerio de Educación en estos últimos años ha sido el establecimiento de los Parámetros Curriculares Nacionales para la educación básica, media, inicial e indígena.

Las Parámetros Curriculares Nacionales (PCN) constituyen una referencia de calidad para la educación básica en todo el país. Su objetivo es orientar y garantizar la coherencia de las inversiones en el sistema educativo, socializando las discusiones, investigaciones y recomendaciones, subsidiando la participación de técnicos y docentes brasileños, en particular de los que están más aislados y tienen menos contacto con la producción pedagógica actual.

Por su naturaleza abierta, los PCN configuran una propuesta flexible que obtiene su expresión concreta en las decisiones regionales y locales respecto de los currículos y los programas de transformación de la realidad educativa emprendidos por las autoridades gubernamentales, las escuelas y los docentes. No constituyen, por lo tanto, un modelo curricular homogéneo y prescriptivo, que se superpondría a la competencia político-ejecutiva de los estados y municipios, a

la diversidad sociocultural de las diversas regiones del país o la autonomía de los docentes y de los equipos pedagógicos.

El conjunto de propuestas aquí indicadas responde a la necesidad de referencias a partir de las cuales el sistema educativo nacional pueda organizarse, con el fin de garantizar que, al mismo tiempo que se respeta la diversidad cultural, regional, étnica, religiosa y política que impregna a una sociedad múltiple, estratificada y compleja, la educación desempeñe una función decisiva en el proceso de construcción de la ciudadanía. Se objetiva el ideal de una creciente igualdad de derechos entre los ciudadanos, basada en los principios democráticos. Esta igualdad entraña forzosamente el acceso a la totalidad de los bienes públicos, entre ellos, el conjunto de los conocimientos socialmente relevantes.

Si la escuela pretende estar en consonancia con las demandas actuales de la sociedad, es necesario que aborde cuestiones que afectan la vida de los alumnos y con las que éstos se enfrentan día a día. Debido a su importancia innegable para la educación de los estudiantes, las cuestiones sociales se vienen examinando desde hace tiempo y frecuentemente se incorporan a los programas de las áreas vinculadas con las ciencias naturales y sociales, y algunas propuestas incluso dan origen a nuevas áreas.

En este sentido, algunas propuestas sugerían la necesidad de un tratamiento transversal de las temáticas sociales en la escuela, como forma de contemplarlas en su complejidad, sin restringirlas al abordaje de una única disciplina. Al adoptar este enfoque, los problemas sociales se integran en la propuesta educativa de los PCN como “Temas Transversales”. No se trata de áreas nuevas, sino de un conjunto de temas que se presentan transversalmente en las diferentes materias, es decir que impregnan la concepción, los objetivos, los contenidos y las directrices pedagógicas de cada disciplina durante toda la escolaridad obligatoria.

Los documentos correspondientes a los Temas Transversales comprenden: una primera parte en la que se examina la necesidad de esos temas si se quiere que las escuelas desempeñen su función social, los valores más generales y unificadores que determinan la posición general sobre las cuestiones abordadas, la justificación y conceptualización del enfoque transversal de los temas sociales; y un documento específico para cada tema: *Ética*, *Salud*, *Medio Ambiente*, *Pluralidad Cultural* y *Orientación Sexual*. Estos temas se eligieron porque involucran problemas sociales actuales y urgentes, que se consideran de importancia nacional e incluso de un carácter universal.

Salud

La “educación para la salud” alcanzará sus objetivos al lograr que los alumnos tomen conciencia de su derecho a la salud, sensibilizarlos para encarar una búsqueda constante de la comprensión de los factores que la determinan e instruirlos en el uso de las medidas prácticas que están a su alcance para la promoción, protección y recuperación de la salud. Se espera, por consiguiente, que el alumno sea capaz de:

- comprender que la salud es un derecho de todos y una dimensión esencial del crecimiento y desarrollo del ser humano;
- comprender que la condición de salud se produce en las relaciones con el medio físico, económico y sociocultural, identificando factores de riesgo para la salud personal y colectiva presentes en su entorno;
- conocer y utilizar formas de intervención individual y colectiva sobre los factores desfavorables para la salud, actuando con responsabilidad en relación a su salud y la salud de la comunidad;
- conocer formas de acceso a los recursos de la comunidad;
- adoptar hábitos de cuidado personal, respetando las posibilidades y limitaciones del propio cuerpo.

En el bloque de contenidos sobre salud que se incluye en los PCN se utiliza la identificación de necesidades y características personales, semejanzas y diferencias entre las personas, para estudiar el crecimiento y desarrollo humanos en las diferentes etapas de la vida, así como la identificación, en el propio cuerpo, de la ubicación y la función simplificada de los principales órganos y tractos, relacionándolos con los aspectos fundamentales de las funciones de relación (sensaciones y movimientos), nutrición (digestión, circulación, respiración y excreción) y reproducción.

Asimismo se valorizan los exámenes médicos periódicos como medio de protección de la salud, los objetivos de la alimentación (incluidas las necesidades corporales, socioculturales y emocionales) en relación con el proceso orgánico de la nutrición, la identificación de los alimentos disponibles en la comunidad y de su valor nutritivo, y la manera de mantener una alimentación adecuada, así como nociones generales de higiene de los alimentos.

Entre los principales riesgos para la salud relacionados con la vida en sociedad figuran las enfermedades transmisibles. Al estudiarlas, se hace hincapié en el reconocimiento de que las enfermedades se pueden adquirir tanto por un contacto directo como por un contacto indirecto y en

la identificación del portador, del enfermo y de objetos contaminados como fuentes de infección, todo ello con el fin de establecer un enfoque preventivo. En consecuencia, la información sobre los indicios y síntomas de las enfermedades transmisibles más comunes tiene mayor importancia que sus detalles patológicos.

El grado de especificación de las medidas prácticas destinadas a evitar las enfermedades de transmisión sexual, incluido el SIDA, depende en gran medida del interés del grupo. La edad de iniciación sexual con una pareja varía mucho de un individuo a otro y entre grupos sociales. Incluso si se tienen en cuenta las peculiaridades de cada clase social, un trabajo precoz para distinguir entre hechos y prejuicios puede resultar decisivo para el cuidado propio de cada individuo y su pareja, tanto en situaciones presentes como en el futuro.

La iniciación en el consumo de drogas constituye evidentemente un factor de riesgo en determinadas situaciones. Por lo tanto, es fundamental hacer una distinción entre uso y abuso, así como entender la importancia de conservar la capacidad de elegir, evitando de esa manera la dependencia. Cuando se habla de drogas, es necesario diferenciarlas. Las drogas difieren con respecto a su riesgo orgánico, la dependencia que producen, su aceptación jurídica y cultural, y, por consiguiente, entrañan situaciones de riesgo diferentes para los niños.

Orientación Sexual

Al tratar el tema Orientación Sexual se busca considerar la sexualidad como algo inherente a la vida y a la salud, que se manifiesta a una temprana edad en los seres humanos. Abarca el rol social de los hombres y las mujeres, el respeto por uno mismo y por los demás, la discriminación y los estereotipos que unos y otras aplican y experimentan en sus relaciones, la difusión del SIDA y de los embarazos no deseados en las adolescentes.

A partir de mediados de la década de 1980, la demanda de trabajos en el área de la sexualidad en las escuelas aumentó debido a la preocupación de los educadores por el gran aumento de los embarazos no deseados entre las adolescentes y por el riesgo de infección del VIH/SIDA.

El trabajo metódico y sistemático de Orientación Sexual en las escuelas está relacionado, por lo tanto, con la promoción de la salud infantil y de los adolescentes. Este trabajo permite asimismo llevar a cabo acciones preventivas más eficaces contra las enfermedades de transmisión sexual, incluido el SIDA.

Se reconoce, por consiguiente, que las intervenciones más eficaces para la prevención del SIDA son las acciones educativas regulares que brindan posibilidades de elaboración de las informaciones recibidas y de discusión de los obstáculos emocionales y culturales que dificultan la adopción de conductas preventivas. Debido al tiempo de permanencia de los jóvenes en la escuela y a las posibilidades de intercambio, convivencia social y relaciones sentimentales, la institución no puede ignorar la importancia de estas cuestiones y pasa a constituir un lugar privilegiado para el abordaje de la prevención de las enfermedades de transmisión sexual, incluido el SIDA.

El tema de la orientación sexual debe plantearse de manera que los alumnos sean capaces de:

- respetar la diversidad de valores, creencias y comportamientos existentes relativos a la sexualidad;
- comprender la búsqueda del placer como una dimensión saludable de la sexualidad humana;
- conocer su cuerpo, valorar y cuidar su salud como condición necesaria para disfrutar del placer sexual;
- reconocer como determinaciones culturales las características atribuidas socialmente a lo masculino y a lo femenino, ubicándose en contra de las discriminaciones asociadas a aquéllas;
- identificar y manifestar sus sentimientos y deseos, respetando los sentimientos y deseos del otro;
- protegerse de relaciones sexuales coercitivas;
- reconocer el consentimiento mutuo como necesario para disfrutar del placer en una relación entre dos personas;
- actuar con solidaridad en relación con los portadores del VIH y de una manera dinámica en la aplicación de políticas públicas orientadas a la prevención y el tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual, incluido el SIDA;
- conocer y adoptar prácticas de sexo protegido al iniciar una relación sexual;
- evitar el contagio o la transmisión de una enfermedad de transmisión sexual, incluido el virus del SIDA;
- desarrollar una conciencia crítica y adoptar decisiones responsables con respecto a su sexualidad;
- buscar orientación para la adopción de métodos anticonceptivos.

El contenido principal sobre el que se ha de trabajar con respecto a la información acerca de la existencia de enfermedades de transmisión sexual (expresión utilizada en sentido genérico, al no ser

necesario indicar las enfermedades conocidas), particularmente el SIDA, incluye la aclaración de los hechos y prejuicios conexos.

Si, en general, el trabajo de Orientación Sexual trata de disociar la sexualidad de los tabúes y prejuicios, definiéndola como algo relacionado con el placer y la vida, en el debate sobre las enfermedades de transmisión sexual y el SIDA, el enfoque debe ser coherente con esos principios generales y no destacar la conexión entre sexualidad y enfermedad o muerte.

Las declaraciones acerca de las enfermedades se deben concentrar siempre en la promoción de los comportamientos preventivos, insistiendo en la distinción entre los tipos de contacto que propician el riesgo de infección y los que no entrañan riesgo alguno en la vida cotidiana.

Particularmente en lo que respecta al SIDA, la forma en que este tema debe abordarse en Orientación Sexual es la opuesta a la ya utilizada en algunas campañas preventivas, comunicadas por los medios de comunicación: “El SIDA mata”. Este mensaje contribuye a intensificar el temor y la inquietud, desencadenando reacciones defensivas. El mensaje fundamental en el que se debe insistir es: “El SIDA se puede evitar”.

El tratamiento de este tema, al igual que el suministro de información sobre el SIDA, permite explicitar los temores e inquietudes y facilita un enfoque de los diferentes mitos y obstáculos emotivos y culturales que impiden el cambio necesario de comportamiento para adoptar unas prácticas sexuales sin riesgo. Entre los obstáculos emotivos, vale la pena poner de relieve los mecanismos de omnipotencia y negación entre los adolescentes, lo que exige un espacio constante para el debate con el fin de que se puedan examinar abiertamente y modificar.

Se debe analizar la discriminación social y los prejuicios de que son víctimas los portadores del VIH y los que padecen el SIDA, recurriendo a los derechos de los ciudadanos y a la propuesta de adoptar valores como la solidaridad, el respeto de los demás y la participación de todos en la lucha contra los prejuicios, presentándolos como opuestos a los derechos individuales y sociales existentes y explicando la importancia de esos valores para mantener las vidas de las personas infectadas.

Para ayudar al personal docente a poner en práctica la propuesta contenida en los PCN, la Secretaría de Educación Básica y la Secretaría de Educación Media y Tecnológica implementan, desde agosto de 1999, el Programa para el Desarrollo Profesional Permanente “Parámetros en acción”. Los principales objetivos del programa son: establecer equipos de capacitadores en las redes de enseñanza que puedan articular, organizar y coordinar las actividades de capacitación en las escuelas; establecer una cultura de desarrollo profesional permanente en el día a día de los

educadores; la utilización de materiales producidos por el Ministerio de Educación, de acuerdo con los Parámetros y Referencias Curriculares Nacionales, para los diferentes segmentos y modalidades de la educación básica: Educación Infantil, Alfabetización, Series 1ª a 4ª, Series 5ª a 8ª, y Educación de Jóvenes y Adultos.

En septiembre de 2001 se creó un grupo de trabajo interministerial, con participación del Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación, para elaborar, poner en práctica, asesorar y apoyar una propuesta para la capacitación docente en el contexto del Programa “Parámetros en acción”, con un enfoque específicamente orientado a los temas transversales en materia de educación sexual y educación para la salud. La producción de materiales y la formación como tal se deben llevar a cabo durante 2002. El grupo interministerial se encuentra está actualmente en la etapa fase de selección de las mejores propuestas para contratar a profesionales y/o instituciones que ofrezcan las condiciones más adecuadas para realizar la labor.

El canal TV Escuela apoya la capacitación docente para enseñar Salud y Orientación Sexual

La grilla de programación destinada a la Educación Básica (series 1ª a 8ª) tiene catorce horas de duración.

Cada día de la semana se dedica a un área específica dentro de la propuesta de los Parámetros Curriculares Nacionales: Matemática, Idioma Portugués, Ciencias, Historia, Geografía, Educación Física, Educación Artística, Ética, Pluralidad Cultural, *Salud*, Medio Ambiente y *Educación Sexual*. Existe asimismo un área dedicada a la escuela y la educación que analiza cuestiones directamente relacionadas con la práctica docente.

“Salto al futuro” es un programa de educación a distancia realizado por el canal educativo del Ministerio de Educación – TV Escuela – y producido por el canal TVE Brasil. Destinado a la formación permanente y el perfeccionamiento de los docentes, así como a los estudiantes de magisterio, el programa es totalmente interactivo. Se transmite en vivo, de lunes a viernes, y su propuesta se dirige al docente de Educación Básica y Educación Media. El objetivo del programa es dar a los docentes de todo el país la posibilidad de revisar y construir sus principios y prácticas pedagógicas, mediante el estudio y el intercambio de ideas, utilizando diferentes medios – teléfono,

fax, televisión, octavillas impresas y computadora –, y en articulación con la educación presencial. El programa incluye siempre temas relativos a la salud y a la orientación sexual.

Por último, se debe hacer hincapié en que los programas del Ministerio de Educación relativos a la lucha y prevención del VIH/SIDA están destinados a respaldar las iniciativas del gobierno brasileño destinadas a reducir el número de casos, así como a preparar a los jóvenes y adultos a ayudar a los portadores de la enfermedad. El principal objetivo del Ministerio de Educación es crear una cultura de prevención de la enfermedad, tanto dentro como fuera de las escuelas, que permita a todos los ciudadanos brasileños llevar una vida más sana.

Herman P. Schaalma et al.
Educación sobre el VIH para los jóvenes
Perspectivas, vol. XXXII, n°2, junio 2002

Versión original: inglés

Herman P. Schaalma (Países Bajos)

Titular de un doctorado. Profesor Adjunto de Educación y Promoción de la Salud en la Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Maastricht. Es psicólogo social y fue el principal investigador del proyecto Larga Vida al Amor, que incluyó una prueba de control aleatorio de un programa escolar de educación sexual impartido por docentes en los Países Bajos. Sus investigaciones actuales abarcan la prevención del VIH entre los jóvenes holandeses, las poblaciones migrantes de los Países Bajos y los jóvenes del África Subsahariana.

Gerjo Kok (Países Bajos)

Titular de un doctorado. Decano de la Facultad de Psicología, Universidad de Maastricht, y profesor de Psicología Aplicada. Anteriormente fue director del Departamento de Educación Sanitaria de la misma institución. Está a cargo, además, de la cátedra de Prevención del SIDA y Educación para la Salud financiada por el Fondo de los Países Bajos para el SIDA. Sus publicaciones se refieren al cambio planificado de la conducta; es uno de los autores de *Intervention mapping* [Mapeo de la intervención] (Bartholomew *et al.*, 2001).

Charles Abraham (Reino Unido)

Titular de un doctorado. Profesor de Psicología en la Escuela de Ciencias Sociales, Universidad de Sussex. Es psicólogo social y de la salud y uno de los investigadores que trabajan en el proyecto SHARE (*Sexual Health and Relationships – Safe, Happy and Responsible*), que abarcó una prueba de control aleatorio de un programa escolar de educación sexual impartido por docentes (por ejemplo, Wight y Abraham, 2000).

Harm J. Hospers (Países Bajos)

Titular de un doctorado. Profesor Adjunto y Director de Currículum de la Facultad de Psicología, Universidad de Maastricht. Se dedica fundamentalmente a la investigación sobre la prevención del VIH. Los temas incluyen estudios determinantes sobre comportamientos sexuales seguros y de riesgo, y el desarrollo de intervenciones para la prevención del VIH destinadas principalmente a los grupos conformados por hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y consumidores de drogas por vía endovenosa. Correo electrónico: h.hospers@psychology.unimaas.nl

Knut-Inge Klepp (Noruega)

Titular de un doctorado y Magíster en salud pública. Profesor de Nutrición para la Salud Pública y Salud Internacional de la Facultad de Medicina, Universidad de Oslo. Su investigación se centra en el comportamiento de los adolescentes con respecto a la salud y el fomento de la salud. Cuenta con amplia experiencia derivada del trabajo en el ámbito de la salud reproductiva de los adolescentes y la prevención del VIH en el África Oriental.

Guy S. Parcel (Estados Unidos de América)

Titular de un doctorado. Profesor de Ciencias del Comportamiento y Profesor John P. McGovern de Promoción de la Salud en la Facultad de Salud Pública, The University of Texas Health Science Center, Houston, Texas. Ha prestado servicios en calidad de Director del Centro para la Promoción de la Salud e Investigación sobre la Prevención y de Decano interino de la Facultad de Salud Pública. Fue investigador principal del Safer Choices Study destinado a evaluar la eficacia de un programa escolar de componentes múltiples para la reducción del comportamiento sexual de riesgo.

EDUCACION PARA LA PREVENCION DEL VIH/SIDA

EDUCACION SOBRE EL VIH

PARA LOS JOVENES:

EFICACIA DE LAS INTERVENCIONES,

FORMULACION DE PROGRAMAS

E INVESTIGACION FUTURA

*Herman P. Schaalma, Gerjo Kok, Charles Abraham,
Harm J. Hospers, Knut-Inge Klepp y Guy S. Parcel*

Introducción

Los jóvenes son destinatarios importantes de la educación preventiva sobre el VIH. En todo el mundo, aproximadamente la mitad de los jóvenes de 16 años son sexualmente activos y el ritmo de rotación de pareja alcanza su máxima intensidad entre los adolescentes y los jóvenes de poco más de 20 años (Finer, Darroch y Singh, 1991; ONUSIDA, 1997a; Zelnik, Kantner y Ford, 1981). La utilización sistemática y apropiada del preservativo es limitada entre los jóvenes (Rotheram-Borus *et al.*, 2000), menos habitual entre quienes tienen relaciones sexuales a menor edad y entre quienes tienen más parejas durante la adolescencia (Zelnik, Kantner y Ford, 1981). En consecuencia, los jóvenes son propensos a contraer enfermedades de transmisión sexual (ETS). Por ejemplo, en los Estados Unidos de América, el 25% de los adolescentes sexualmente activos contrae una enfermedad de transmisión sexual cada año. Aproximadamente un 15% de las infecciones de VIH cumulativas correspondía a personas de entre 13 y 24 años de edad en 1999 (Jemmott y Jemmott, 2000) y aproximadamente un 50% de los casos nuevos de infección por el VIH en ese país se produce entre los jóvenes (CDC, 1998). Esta última cifra se eleva al 60% en todo el mundo (ONUSIDA, 1997b). Más del 90% de estas infecciones se debe a la transmisión sexual (CDC, 1998).

Los adolescentes aprenden actitudes y comportamientos sexuales que influyen sobre sus prácticas sexuales durante muchos años (Zelnik, Kantner y Ford, 1981). Una intervención eficaz durante la adolescencia tiene la posibilidad de influir sobre el comportamiento sexual por más

tiempo. Además, los cambios culturales facilitados por las nuevas generaciones presentan la posibilidad de influenciar sobre los valores culturales a través de la educación para la salud sexual (por ejemplo, fomentando la discusión sobre la sexualidad y las prácticas sexuales).

Este informe tiene por finalidad: i) considerar los criterios según los cuales puede estimarse que las intervenciones son eficaces; ii) examinar la bibliografía sobre la eficacia de las intervenciones; iii) analizar los obstáculos que se oponen a la adopción y aplicación de los programas que resultan eficaces; iv) describir un protocolo que puede guiar a quienes formulan los programas en los pasos necesarios para crear y difundir una intervención eficaz; y, por último, v) esbozar un plan de investigación futura.

Estimación de la eficacia de las intervenciones

Reducir la difusión del VIH depende, en primer lugar, de la disminución de las relaciones sexuales no protegidas. En consecuencia, las relaciones sexuales protegidas, la abstinencia sexual (es decir, todas las formas de aplazar la actividad sexual) y el uso sistemático del preservativo deberían ser los principales parámetros utilizados para evaluar las intervenciones de prevención del VIH. Normalmente, no se dispone de mediciones objetivas en relación con estos comportamientos, pero sí se cuenta con las recomendaciones metodológicas para maximizar la precisión de las mediciones de autoevaluación del comportamiento sexual (Catania *et al.*, 1990). Además, se tiene conocimiento de que los informes de las parejas acerca de la utilización del preservativo suelen coincidir (Gerrard, Breda y Gibbons, 1989) y las modificaciones inducidas por las intervenciones en el comportamiento sexual autoevaluado no guardan relación, según se ha comprobado, con el sesgo de las respuestas socialmente deseables (Jemmott *et al.*, 1999).

Las intervenciones se han evaluado en términos de índices de ETS establecidos en laboratorio (véase Rotheram-Borus, Cantwell y Newman, 2000; Stephenson, Imrie y Sutton, 2000, en revisión). Tales evaluaciones se refieren a una importante cuestión de salud pública, pero como los resultados sanitarios tienen determinantes múltiples, puede ocurrir que no reflejen con precisión el efecto de las intervenciones educativas sobre el comportamiento.

Se han determinado predictores confiables de las relaciones sexuales protegidas y de la utilización del preservativo (por ejemplo, Sheeran, Abraham y Orbell, 1999). Las intervenciones que logran modificar los prerrequisitos de la abstinencia sexual o la utilización del preservativo (entre

otros, el conocimiento, las creencias, las actitudes, la determinación, la confianza para rechazar invitaciones de tipo sexual o para adquirir y utilizar preservativos y hablar al respecto) pueden aportar contribuciones importantes al desarrollo de una educación eficaz en materia de salud sexual. Con todo, el patrón para evaluar tales intervenciones preventivas del VIH debe ser la reducción del acto sexual no protegido.

Debe poder demostrarse que la evaluación es fiable si es esto lo que ha de orientar la política de inversión y ejecución. Cuando una evaluación tiene un defecto metodológico, incluso las intervenciones aparentemente “eficaces” exigen una nueva comprobación. Se han formulado criterios para estimar la adecuación metodológica de las evaluaciones sobre intervenciones. Por ejemplo, basándose en los principios enunciados por la Cochrane Collaboration (1994), Oakley *et al.* (1995) identificaron cuatro indicadores principales de rigor metodológico: 1) emplear un grupo de control asignado o emparejado de manera aleatoria; 2) informar los datos previos y posteriores a la intervención; 3) comunicar análisis por “intención de tratar” o controlar la disminución diferencial; y 4) informar acerca de todos los resultados indicados en los propósitos de la intervención. Además de estos criterios, Oakley *et al.* (1995) observaron que es importante suministrar una descripción de la intervención que permita replicarla y garantizar la capacidad estadística adecuada. Los CDC (1999) han adoptado criterios metodológicos análogos, aunque algo más liberales. En un examen de las intervenciones eficaces de prevención del VIH, los CDC especificaron que las evaluaciones deberían asignar participantes de manera aleatoria a los grupos de intervención/control y contar con datos de resultados posteriores a la intervención. Si se utilizara una asignación no aleatoria, el análisis debería aclarar que esa asignación no estaba sesgada y que los grupos de intervención/control son equivalentes, o que se controla toda no equivalencia. Jemmott y Jemmott (2000) aplicaron criterios análogos, pero sugirieron que la asignación no aleatoria se complementase con datos de resultados previos y posteriores a la intervención.

Las estimaciones de las magnitudes de efecto se están tornando cada vez más frecuentes a medida que se utilizan exámenes y metaanálisis sistemáticos para evaluar el éxito de las intervenciones. Hay varias magnitudes de efecto. Para los datos de intervalo, la d de Cohen es un buen indicador de cambio (Hedges y Olkin, 1985). Expresa la diferencia entre los grupos de intervención y los grupos de control en términos de desviaciones estándar de la medida de resultado (cuando los grupos son combinados). Por ejemplo, Kalichman, Carey y Johnson (1996) informaron una d de 0,25 a través de 12 pruebas controladas de intervenciones destinadas a inducir una

modificación del comportamiento sexual. Esto significa que, como promedio, los grupos de intervención dieron como resultado un cuarto de una desviación estándar más que los grupos de control en relación con las medidas de resultado. Tales medidas permiten la comparación de la eficacia de diferentes intervenciones y permiten a los investigadores estimar cuánta diferencia supondría la intervención si se aplicara en la práctica diaria.

En esta reseña consideraremos los criterios de los CDC como un estándar mínimo de suficiencia metodológica y nos concentraremos en las intervenciones que, según se ha demostrado, han resultado eficaces para reducir las relaciones sexuales no protegidas, y fomentar el aplazamiento de la actividad sexual o el uso del preservativo.

¿Qué intervenciones son eficaces?

Las primeras evaluaciones de las intervenciones sobre el comportamiento destinadas a la prevención del VIH fueron decepcionantes. Fisher y Fisher (1992) comprobaron pruebas de control aleatorio (PCA) escasas y una amplia gama de medidas de resultado. Nueve intervenciones (18%) se clasificaron basadas en la teoría formal y, si bien se comprobó que algunas habían modificado con éxito el comportamiento comunicado, las limitaciones de la metodología de evaluación arrojaron dudas acerca de la confiabilidad de estos resultados. Concluyeron que se habían identificado pocas intervenciones eficaces, principalmente porque “los esfuerzos tendientes a la reducción del SIDA que se han basado en conceptualizaciones formales de algún tipo son extremadamente escasos” (pág. 463). Así pues, los estudios de evaluación realizados a lo largo de ocho años, con notables excepciones, sólo parecían indicar como posible el desarrollo futuro de las intervenciones, debido a las fallas metodológicas y a la falta de claridad con respecto a la base teórica y a la índole precisa de las intervenciones.

De las conclusiones de Fisher y Fisher (1992) se hicieron eco Oakley *et al.* (1995), que identificaron 65 evaluaciones de resultado de las intervenciones sobre salud sexual para los jóvenes. Sólo 20 (31%) eran PCA y sólo 12 (18%) satisfacían los criterios metodológicos de los revisores (enumerados más arriba). Sólo tres de estas 12 intervenciones se estimaron eficaces, pero apenas una incluyó una medida de seguimiento del comportamiento. Dada la escasez de intervenciones eficaces con evaluaciones correctas desde el punto de vista metodológico, quizá no resulte

sorprendente que Fisher y Fisher (1992) y Oakley *et al.* (1995) no hayan comunicado la magnitud de los efectos.

La única intervención que, según Oakley *et al.* (1995), tuvo un efecto positivo sobre el comportamiento es particularmente alentadora ya que resultó eficaz para modificar el comportamiento de un grupo bastante inaccesible, a saber, los jóvenes sin techo de Nueva York (Rotheram-Borus *et al.*, 1991). Esta intervención, categorizada por Fisher y Fisher (1992) como de base teórica “informal”, incluyó sesiones con ejercicios de manejo del preservativo, psicodrama y talleres de video. La evaluación demostró que la mayor utilización del preservativo guardaba relación con el número de sesiones a que se había asistido, y constituye un modelo para la preparación de intervenciones eficaces de base comunitaria para los jóvenes de los medios urbanos.

Oakley *et al.* (1995) también identificaron una intervención “perjudicial” con una evaluación metodológicamente correcta. Christopher y Rosa (1991) comprobaron que los jóvenes en las condiciones de intervención de un programa educativo destinado a fomentar la abstinencia sexual prematrimonial solían dar cuenta de la iniciación sexual durante el seguimiento con mayor frecuencia que los del grupo de control. Este efecto no se comprobó en otras dos evaluaciones controladas de los programas sobre abstinencia (Jorgensen, Potts y Camp, 1993; Miller *et al.*, 1993; ONUSIDA, 1997a). En la PCA de otro programa sobre abstinencia se comprobó que, si bien los participantes en la intervención eran menos proclives a dar cuenta de relaciones sexuales que los participantes en el grupo de control hasta los tres meses de seguimiento, esta diferencia desapareció al cumplirse los seis y 12 meses de seguimiento (Jemmott, Jemmott y Fong, 1998). Por consiguiente, las conclusiones relativas a la eficacia de los programas sobre abstinencia son variadas. Se ha expresado preocupación en el sentido de que algunos programas sobre abstinencia no se correspondan con la realidad de las experiencias de los adolescentes y que, en consecuencia, no los preparen adecuadamente para conducirse de manera segura en ocasión de encuentros de tipo romántico y sexual (Rotheram-Borus *et al.*, 2000; Whatley y Trudell, 1993). Por ejemplo, en una encuesta de más de 7.500 adolescentes de 13 y 14 años, realizada en Escocia, se comprobó que el 75% había efectuado la experiencia de “besos con lengua” y el 15% de las chicas y el 18% de los muchachos indicaron experiencias de coito heterosexual (Wight *et al.*, 2000). Estos resultados señalan que la abstinencia sólo puede ser negociada en el contexto de la participación en encuentros románticos y sexuales y su manejo.

Las evaluaciones recientes de las intervenciones para la prevención del VIH han sido más alentadoras. Kirby *et al.* (1994) identificaron características que parecen hacer la distinción entre programas escolares eficaces e ineficaces. Entre ellas se cuentan las siguientes:

1. basarse en la teoría cognitiva social (Bandura, 1986; 1997) u otras teorías cognitivo-comportamentales;
2. concentrarse específicamente en el aplazamiento de las relaciones sexuales y la utilización del preservativo;
3. utilizar exposiciones claras acerca de las consecuencias del acto sexual sin protección y la manera de evitar esas consecuencias;
4. expresar claramente los valores que sirven de base a la intervención y formular normas que suponen la desaprobación del acto sexual no protegido;
5. destacar la función de la influencia social en la adopción de decisiones en relación con el sexo;
6. utilizar estrategias interactivas, de observación y de ensayo para desarrollar técnicas de comunicación y negociación y personalizar los riesgos del acto sexual no protegido;
7. incluir el trabajo en grupos pequeños de más de 14 horas de tiempo de contacto;
8. impartir capacitación de calidad para quienes se ocupan de la intervención.

Tales directrices resultan útiles para los responsables de la formulación de políticas y han servido de base para la preparación de intervenciones subsiguientes (por ejemplo, Schaalma y Kok, 2001; Wight y Abraham, 2000).

Kalichman, Carey y Jonson (1996) examinaron 12 pruebas controladas que, según las personas que las reseñaron, se basaban en la teoría del aprendizaje social y en los modelos de cognición social, en particular, la labor de Bandura (1986; 1997). Este examen suministró descripciones de las evaluaciones, incluidos el diseño, la magnitud de las muestras, la índole y duración de la intervención y el tipo de grupo de control. Todos los estudios arrojaron resultados positivos con magnitudes de efecto que iban desde pequeño (0,11) a moderado (0,53) con una media de $d = 0,25$. Si bien esta magnitud de efecto es pequeña, Kalichman, Carey y Jonson observaron que es similar a la observada para varias intervenciones de atención sanitaria empleadas de manera rutinaria. Esto resulta alentador, aunque en pocas evaluaciones se monitoreó el mantenimiento de la modificación del comportamiento más allá de las medidas posteriores a la intervención.

Kalichman y Hospers (1997) identificaron 19 PCA de intervenciones para la prevención del VIH destinadas a inducir el cambio de comportamiento sexual. Destacaron la importancia de la teoría cognitiva social (véase también Stephenson, Imrie y Sutton, 2000), incluido el Modelo de Reducción del Riesgo de SIDA (Catania, Kegeles y Coates, 1991; Sheeran, Abraham y Orbell, 1999) y el modelo Información Motivación Comportamiento (Fisher y Fisher, 1992), que está estrechamente relacionado con la teoría del comportamiento planificado (Ajzen, 1991). Resulta interesante comprobar que Kalichman y Hospers identificaron “cuatro actividades de intervención fundamentales” que parecían estar asociadas a la eficacia, a saber:

1) instrucción: suministrar una explicación y razón de ser para el aprendizaje de la nueva aptitud; 2) modelización: proveer un ejemplo de práctica efectiva del comportamiento dado por un modelo creíble; 3) práctica: psicodrama sobre situaciones que inducen a riesgo para practicar el nuevo comportamiento, y 4) retroinformación: utilizar la retroinformación sobre la representación proporcionada por el jefe de grupo y los miembros del grupo para respaldar y reforzar las modificaciones de comportamiento (pág. S192).

Estas técnicas corresponden a algunas de las características de intervenciones escolares eficaces identificadas por Kirby *et al.* (1994).

El ONUSIDA (1997a) identificó 53 estudios de evaluación de intervenciones sobre salud sexual probadas en jóvenes. Había 15 estudios de intervenciones controladas, todos realizados en los Estados Unidos. Uno de éstos fue la intervención considerada “perjudicial” por Oakley *et al.* (1995). Se estimó que otras cuatro no habían sido eficaces. En cuatro se registraron efectos positivos sobre los índices de embarazo y la utilización de anticonceptivos, y en seis, efectos positivos sobre la iniciación de las relaciones sexuales (Jorgensen, Potts y Camp, 1993; Zabin *et al.*, 1986), la frecuencia del acto sexual (Kirby *et al.*, 1991; Smith, 1994), el uso del preservativo (Walter y Vaughan, 1993) o el número de parejas sexuales (Main *et al.*, 1994; Walter y Vaughan, 1993). En muchos de estos estudios se comprobaron efectos para los subgrupos de participantes. Por ejemplo, iniciación sexual reducida entre aquellos que no habían tenido relaciones sexuales o uso sistemático del preservativo entre quienes ya eran sexualmente activos. Los revisores hicieron notar que es importante considerar los efectos diferenciales que las intervenciones pueden tener sobre los subgrupos, especialmente aquellos que han tenido/no han tenido relaciones sexuales antes de la intervención. Por otra parte, destacaron cómo las mujeres jóvenes pueden perder autonomía debido a los supuestos culturales con respecto al deseo sexual y a la adopción de decisiones. Esto implica

que las evaluaciones deberían, además, considerar los efectos diferenciales de la intervención sobre los hombres y las mujeres.

Rotheram-Borus *et al.* (2000) destacaron dos PCA de programas en sitios múltiples realizados con jóvenes en clínicas para ETS. El Grupo de Prueba de Prevención del NIMH [National Institute of Mental Health] (1998) comprobó que un programa de comportamiento cognitivo de siete sesiones, realizado en 37 clínicas con jóvenes que asumían comportamientos de riesgo, aumentó el uso del preservativo y su uso sistemático, y redujo las ETS tras 12 meses de seguimiento. Kamb *et al.* (1998) pusieron a prueba cuatro intervenciones diferentes que incluían la prueba del VIH en cinco clínicas. Tras un seguimiento de tres meses, las personas que recibían asesoramiento comunicaron un uso sistemático del preservativo más elevado que los participantes de control y, al cabo de 12 meses, se comprobó que padecían de menos ETS que los participantes de control. Estas pruebas demostraron la eficacia de los programas basados en clínicas para los jóvenes con alto riesgo de VIH.

Jemmott y Jemmott (2000) examinaron la eficacia de 36 intervenciones controladas destinadas a reducir el riesgo de VIH entre los jóvenes. Los resultados respaldan los de Kalichman, Carey y Jonson (1996). La *d* media para las intervenciones que tomaban el uso del preservativo como medida de los resultados fue de 0,28, y de 0,19 para los estudios que medían las relaciones sexuales no protegidas. Es interesante que Jemmott y Jemmott (2000) hayan examinado si las intervenciones surtían efectos sobre los mediadores cognitivos teóricamente prescritos de tal modificación de comportamiento, incluido el conocimiento, las creencias, la intención y la autoeficacia. Dividieron las intervenciones entre las que habían tenido un efecto reducidos ($d = 0,04 - 0,19$, $N = 11$) y las que habían surtido un efecto considerable sobre tales mediadores cognitivos ($d = 0,21 - 0,87$, $N = 9$). Las intervenciones que surtieron mayores efectos sobre los mediadores cognitivos también surtieron mayores efectos sobre el comportamiento. Por ejemplo, las que surtieron mayores efectos sobre los mediadores cognitivos tuvieron un efecto mayor sobre el uso del preservativo ($d = 0,15$ para las intervenciones con escaso efecto sobre los mediadores) en comparación con 0,41 (para las que tuvieron mayores efectos sobre los mediadores). De manera análoga, para la abstinencia $d = 0,02$, en comparación con 0,20, respectivamente. Esto respalda numerosos exámenes previos que parecen indicar que las teorías cognoscitivas sociales proveen objetivos de cambio útiles para las intervenciones de prevención del VIH. Sugiere que el cambio cognoscitivo especificado en la teoría constituye un mecanismo convincente para la modificación del

comportamiento y respalda la utilización de la teoría cognoscitiva social para diseñar intervenciones acerca de relaciones sexuales más seguras (Schaalma *et al.*, 1996; Wight, Abraham y Scott, 1998), y destaca la importancia de medir los mediadores potenciales de los efectos de las intervenciones.

Safer choices [Elecciones más seguras] es un ejemplo reciente de un programa basado en la teoría, con componentes múltiples, que demostró tanto los efectos a corto plazo (Coyle *et al.*, 1999) como a largo plazo (Coyle *et al.*, 2001) para el mejoramiento de las variables cognoscitivas sociales, así como una reducción de la frecuencia de las relaciones sexuales sin preservativo y el número de parejas con quienes los adolescentes tuvieron relaciones sexuales sin protección. La intervención *Elecciones más seguras* consta de cinco componentes: modificación de la organización escolar, programa de estudios en el aula para los grados noveno y décimo, consideración del apoyo entre pares, educación de los padres, y enlaces entre la escuela y la comunidad. Además de los resultados positivos para la cohorte de estudiantes que participaron en el programa en el noveno y el décimo grado, un análisis transversal demostró que este programa surtía efectos en toda la escuela en el sentido de reducir el comportamiento sexual con riesgo (Basen-Engquist *et al.*, 2001).

Jemmott y Jemmott (2000) llegaron a la conclusión de que las intervenciones cuidadosamente diseñadas y basadas en la teoría que toman en cuenta las características de la población y el contexto cultural pueden generar cambios positivos en el comportamiento con riesgo de VIH de los adolescentes. Observaron, empero, que las condiciones límite para tal eficacia debían aclararse, y pusieron en tela de juicio la posibilidad de que las intervenciones que habían resultado eficaces siguieran siéndolo cuando las llevaran a cabo en mayor escala personas que no habían participado en su diseño y evaluación.

Una característica sorprendente de esta bibliografía es que las intervenciones evaluadas rigurosamente que se han comprobado que son eficaces parecen situarse predominantemente en los Estados Unidos. Con todo, las PCA de los programas basados en la teoría han resultado eficaces en Europa y en otros lugares. Por ejemplo, Schaalma *et al.* (1996) dieron cuenta de la eficacia de un programa basado en la teoría y la evidencia, destinado a las escuelas secundarias, que desde entonces ha sido difundido ampliamente en el sistema educativo de los Países Bajos. Comprobaron que ese programa, comparado con la práctica de la educación sobre el VIH “actual”, surtía efectos favorables sobre los mediadores sociocognitivos del uso sistemático del preservativo. El programa demostró un efecto diferencial sobre el comportamiento sexual con riesgo: cuanto más elevado era el

riesgo sexual de los jóvenes en la evaluación de referencia, más se beneficiaban del programa de intervención.

En un examen de las intervenciones efectuadas en los países en desarrollo, Merson, Dayton y O'Reilly (2000) identificaron dos PCA de intervenciones escolares. Klepp *et al.* (1997) dictaron 20 horas de lecciones acerca de cómo prevenir la infección del VIH, la comunicación sobre el SIDA y el aplazamiento de la actividad sexual a los alumnos de sexto grado de las escuelas donde tenía lugar la intervención en la República Unida de Tanzania. Al efectuarse el seguimiento a los 12 meses, los participantes tuvieron puntajes significativamente más elevados en el conocimiento sobre el SIDA y actitudes más positivas hacia las personas con SIDA que los participantes en las escuelas de control. Stanton *et al.* (1998) dieron cuenta de la eficacia de un programa escolar destinado a los jóvenes de Namibia. Comprobaron que, entre aquellos que no habían tenido experiencia de relaciones sexuales, era menos probable que los participantes en la intervención dieran cuenta de relaciones sexuales en el seguimiento al cabo de 12 meses y que, cuando se tornaban sexualmente activos, era más probable que usaran preservativo. Una vez más, ambos estudios destacan la importancia de poner a prueba los efectos diferenciales entre los subgrupos de la población. Lo que es más importante, Stanton *et al.* (2000) demostraron que pueden crearse eficaces planes de estudios escolares para los países en desarrollo. Las diferencias culturales, sociales y económicas, empero, hacen improbable que las intervenciones que resultan eficaces en los países desarrollados puedan exportarse fácilmente a los países en desarrollo. Los conocimientos especializados acerca de cómo idear y evaluar intervenciones culturalmente arraigadas quizá resulten de importancia decisiva en esa transferencia de tecnología.

Aprobación y ejecución de intervenciones

Incluso los programas eficaces para la prevención del VIH surten escasos efectos si no son utilizados, se los utiliza mal o se interrumpen prematuramente (Bartholomew *et al.*, 2001). No obstante, los procesos a través de los cuales estas intervenciones se difunden y llevan a cabo siguen sin ser investigados de manera suficiente. Si bien la mayor parte de los estudios examinados incluyen algún tipo de formación docente para respaldar la calidad de la ejecución, la bibliografía no arroja luz sobre lo que constituye capacitación docente de calidad, ni sobre las consecuencias de esa capacitación en los resultados de los programas. La teoría de la difusión (Rogers, 1995) permite

comprender los procesos generales relacionados con la ejecución de los programas. Divide el proceso de difusión en cuatro fases: i) *diseminación*, a través de la cual los posibles usuarios se enteran de la intervención; ii) *adopción*, es decir, los procedimientos que conducen a la adquisición de un programa o plan de estudios; iii) *ejecución* o utilización de una intervención para educar al grupo de clientes, y iv) *institucionalización* o mantenimiento de la utilización del programa como parte de la práctica educativa de rutina. Cuando no se presta atención a estos procesos, quienes se ocupan del programa corren el riesgo de que el número de usuarios decrezca en cada fase, de tal modo que aun cuando una intervención eficaz es realmente diseminada, la institucionalización suele ser rara (Paulussen *et al.*, 1995).

Muchas innovaciones en materia de promoción de la salud no surten efecto debido a la brecha que separa la formulación del programa y la evaluación, por una parte, y la planificación de la difusión y la adopción, por la otra (Orlandi *et al.*, 1990). Para cerrar esta brecha, Orlandi *et al.* destacaron la necesidad de un “sistema de enlace” entre quienes desarrollan una intervención (por ejemplo, un equipo de investigación o un organismo de educación para la salud), los usuarios que, según se espera, adoptarán y llevarán a cabo el programa (es decir, las organizaciones juveniles, las escuelas) y los receptores o clientes (es decir, los jóvenes que asisten a la escuela). Orlandi *et al.* sugieren que este sistema de enlace se constituya al comienzo del desarrollo del programa, y que incluya a representantes del equipo de desarrollo, a los posibles usuarios y a los responsables de la formulación de políticas. Un sistema de enlace supone dos beneficios importantes. En primer lugar, las intervenciones son desarrolladas a fin de que resulten fácilmente reproducibles y sostenibles dentro de los contextos organizativos y culturales en que han de ser utilizadas (Schaalma *et al.*, 1994; Wight y Abraham, 2000). En segundo lugar, los planes de difusión y aprobación están muy adelantados cuando las pruebas demuestran la eficacia de las intervenciones.

Schaalma *et al.* (1994) dan un ejemplo de la manera en que tal sistema puede influir sobre el desarrollo del programa. Después del éxito de algunos programas basados en la escuela (por ejemplo, Kirby *et al.*, 1991), los investigadores propusieron la inclusión de actividades de psicodrama en un programa de prevención del VIH para las escuelas de los Países Bajos. Ahora bien, cuando los maestros del sistema de enlace señalaron que, por lo general, los maestros holandeses no estaban familiarizados con esas técnicas y podrían negarse a aplicarlas, el grupo de desarrollo atinadamente reemplazó este enfoque por otras estrategias de modelización. Sin ese tipo

de adaptación a las necesidades de los usuarios, puede ocurrir que programas eficaces sean llevados a cabo de manera deficiente o que se haga caso omiso de ellos (Paulussen *et al.*, 1995).

Los usuarios de los programas tienen sus propias razones para llevar a cabo un programa o no. Un estudio realizado entre profesores del colegio secundario en los Países Bajos reveló que las decisiones de los profesores de adoptar y llevar a cabo un programa de prevención del VIH guardaban estrecha relación con su autoeficacia con respecto a la ejecución del programa y a lo que preveían con respecto al esfuerzo exigido, la aprobación de sus colegas y la respuesta de sus alumnos (Paulussen, Kok y Schaalma, 1994; Paulussen *et al.*, 1995). Lo que creían los profesores acerca de la eficacia de los programas no se asoció con sus intenciones de impartir educación sobre el VIH o adoptar un programa particular de prevención del VIH. De este modo, los intentos de promover la adopción entre los docentes holandeses haciendo hincapié en la eficacia del programa es probable que no tengan éxito. Hay más posibilidades de que los docentes adopten un programa que sea presentado como fácil de usar, que cuente con planes y materiales para las lecciones ya preparados, que haya sido aprobado por otros docentes y que haya tenido evaluaciones positivas de los destinatarios anteriores. Las investigaciones futuras acerca de la adopción de un programa habrán de identificar las razones de los usuarios para tal decisión y luego formular recomendaciones para las intervenciones destinadas a aumentar eficazmente la adopción (Parcel *et al.*, 1989).

Los promotores de la salud no siempre reconocen que la adopción de una intervención, como puede ser un programa de prevención del VIH, supone tomar una decisión a nivel administrativo y suele implicar una modificación organizativa (Goodman *et al.*, 1997; Rogers, 1995). Modificar las organizaciones supone comprender cómo se toman las decisiones y el funcionamiento organizativo. Los responsables de tomar decisiones tienen sus propias metas y programas. Los administradores luchan por la estabilidad de la organización y a menudo por el poder individual y/o de la organización. Las consideraciones burocráticas y políticas pueden entrar en conflicto con las prioridades de promoción de la salud y las innovaciones pueden considerarse riesgosas. Por otra parte, puede ocurrir que las modificaciones de un comportamiento específico, metas de los programas eficaces para la prevención del VIH (Kirby *et al.*, 1994), resulten incompatibles con las aspiraciones educacionales de preparar a los estudiantes para que adopten sus propias decisiones, en lugar de indicarles estilos de vida determinados (véase, por ejemplo, Wight y Abraham, 2000). Las intervenciones para la prevención del VIH deberían ser compatibles con las prioridades organizativas. Otra posibilidad es que quienes desarrollen los programas busquen estrategias para

modificar las organizaciones destinatarias a través de la acción política (Sabatier y Mazmanian, 1979), por ejemplo, influyendo sobre la política educativa y la legislación nacional. Los responsables de la toma de decisiones en el grupo de enlace pueden prever los posibles conflictos con las prioridades de la organización y facilitar los intentos de promover el cambio organizativo.

Una de las posibles barreras a la adopción y ejecución de programas eficaces de prevención del VIH en las escuelas es lo sensible del material sexual al que hay que referirse a fin de impartir a los estudiantes las aptitudes de comportamiento necesarias para adoptar una conducta preventiva. En algunos países y comunidades, los docentes y los administradores escolares no se sienten cómodos con este tipo de material y se resisten a la adopción de programas de prevención del VIH. Una manera de superar esta barrera ha consistido en modificar los programas para que sean menos explícitos en su contenido sexual, con lo cual puede quedar reducida su eficacia, como demostraron los estudios de evaluación. Otra posibilidad es impartir capacitación adicional a los docentes y administradores para que se familiaricen con el material sexual y traten con actitudes, valores y técnicas que puedan ayudarlos a sentirse más cómodos. Un aspecto importante de la adopción y ejecución de programas de prevención del VIH es evaluar las actitudes y valores sexuales de la comunidad, especialmente de los docentes y los administradores escolares, en relación con la prevención y tomar en cuenta las normas vigentes al diseñar intervenciones.

Mapeo de la intervención

Las evaluaciones de los programas para la prevención del VIH demuestran que las intervenciones eficaces tienden a basarse en teorías cognitivo-comportamentales. El efecto de las intervenciones depende, además, de la adopción generalizada y de la ejecución fiel y suficiente. Por otra parte, hemos sugerido que los procesos que conducen a la preparación de intervenciones eficaces en los países occidentales podrían ser adoptados en los países en desarrollo para crear intervenciones adaptadas desde el punto de vista cultural. ¿Cómo deberían entonces los investigadores o los promotores de la salud desarrollar intervenciones basadas en la teoría y la evidencia que tengan probabilidades de resultar eficaces y de ser ampliamente adoptadas?

En general, el proceso de desarrollo de las intervenciones no está bien documentado (Wight y Abraham, 2000). No obstante, Bartholomew *et al.* (1998; 2001) han presentado un protocolo para desarrollar intervenciones de promoción de la salud basadas en la teoría y en la evidencia. Este

protocolo, denominado *mapeo de la intervención* [*intervention mapping*] puede orientar a los promotores de la salud a través del desarrollo de programas, desmitificando el proceso y suprimiendo los errores descubiertos por equipos anteriores. Constituye, además, un marco creativo común que facilita la colaboración entre los investigadores y los promotores de la salud, y pasa a ser un sistema de enlace para los miembros de diferentes entornos. El protocolo responde a preguntas tales como: “¿Cuándo utilizo la teoría para orientar la decisiones?” “¿Cómo sé qué teorías utilizar?” “¿Cómo puedo desarrollar los objetivos del programa para que lleguen a ser estrategias de intervención específicas?” “¿Cómo puedo facilitar la difusión amplia del programa?” Incorpora el sistema de enlace colaborativo reseñado por Orlandi (1987; Orlandi *et al.*, 1990) y se basa en la filosofía de la libre determinación y de la potenciación del papel de la comunidad (Bracht, 1999).

El mapeo de la intervención reconoce que la salud es una función de los individuos y sus ambientes, incluidas las familias, las redes sociales, las organizaciones y los marcos de política pública (Richard *et al.*, 1996). Destaca, además, que el “comportamiento con respecto a la salud” se refiere no sólo al comportamiento individual, sino también a las acciones de los grupos y organizaciones. El mapeo de la intervención considera a los responsables de la toma de decisiones como agentes en el entorno, que pueden servir como objetivos para las intervenciones de promoción de la salud (Bartholomew *et al.*, 2001). Por ejemplo, la accesibilidad del preservativo puede depender del conocimiento, de las motivaciones y de las aptitudes individuales, pero también está determinada por las medidas de los legisladores, las autoridades sanitarias, las escuelas y otros grupos a cargo de la toma de decisiones. Por consiguiente, pueden ser necesarias intervenciones en cada uno de estos niveles con vistas a aumentar la disponibilidad del preservativo entre los jóvenes sexualmente activos.

La planificación de la intervención depende de las evaluaciones de necesidades que respondan a las experiencias de las poblaciones destinatarias y a los riesgos que corren (Green y Kreuter, 1999). Tales evaluaciones deberían incluir análisis de las causas comportamentales y ambientales de un problema de salud, los determinantes de esas causas y los recursos de la comunidad (Green y Kreuter, 1999; McKnight, 1990; Soriano, 1995; Witkin y Altschuld, 1995). Esto implica que las diferentes poblaciones destinatarias requieren diferentes combinaciones de intervenciones para modificar el comportamiento en relación con la salud. En consecuencia, es probable que fracasen las formas simples de transferencia de tecnología, como podría ser la exportación de programas eficaces en Occidente a los países en desarrollo. El mapeo de la intervención recomienda una

formulación local y en colaboración que responda a las necesidades particulares de una población en un contexto geográfico, económico y cultural determinado. Este enfoque permite a los formuladores del programa especificar las metas de la intervención en términos de modificación de la condición sanitaria, la calidad de vida, el comportamiento y las condiciones ambientales.

El mapeo de la intervención describe el proceso de formulación del programa de promoción en cinco pasos: 1) especificar los objetivos del programa; 2) seleccionar métodos de intervención basados en la teoría y estrategias de intervención práctica; 3) diseñar y organizar el programa; 4) especificar los planes de adopción y ejecución, y 5) generar un plan de evaluación (véase el Gráfico 1; Bartholomew *et al.*, 1998; 2001). El protocolo orientará a quienes formulen el programa a través de cada uno de estos pasos mediante tareas específicas que generan un producto, el cual, a su vez, sirve de base a los pasos siguientes. Los diferentes pasos del mapeo de la intervención constituyen un marco para formular preguntas del tipo *por qué* y *cómo* acerca de determinantes de conducta, condiciones ambientales y métodos y estrategias de cambio y la gestión de la adopción y la ejecución. Por ejemplo, una pregunta con respecto a los determinantes podría ser: “¿Por qué los adolescentes no usan preservativos?”. Una pregunta con respecto a los métodos podría ser: “¿De qué manera podemos promover una actitud positiva con respecto al preservativo?”. Una cuestión acerca de la ejecución del programa podría ser: “¿Cómo podría aumentarse la eficiencia de los maestros con respecto a la utilización del programa?”. El mapeo de la intervención permite a quienes formulan el programa responder a estas preguntas de las siguientes maneras: a) buscando y utilizando conclusiones empíricas de la *bibliografía*; b) accediendo a la *teoría* y utilizándola, y c) acopiando y utilizando nuevos *datos*.

El mapeo de la intervención comienza con la especificación en virtud de la cual los objetivos generales del programa pasan a ser *objetivos inmediatos del programa* que explican *quién* y *qué* cambiará de resultados de la intervención. Estos objetivos especifican qué deben aprender las personas y qué debe modificarse en el ambiente de la organización o la comunidad. Pueden referirse a una modificación a nivel individual (por ejemplo, “los adolescentes demostrarán confianza por lo que atañe a negociar con su pareja acerca del uso del preservativo”), a nivel de la organización (por ejemplo, “los administradores escolares reconocerán las ventajas de la distribución de preservativos en el establecimiento”), o a nivel de la comunidad (por ejemplo, “los dirigentes comunitarios aprobarán la venta de preservativos baratos en las escuelas y los lugares de reunión”).

EVALUACION DE NECESIDADES

Examinar los determinantes de clave

Distinguir las causas ambientales y conductuales

Identificar la población que corre riesgo, calidad de vida y problemas de salud

MAPA DE LA INTERVENCION

PRODUCTOS

TAREAS

Matrices de los objetivos inmediatos del programa

- Establecer los cambios esperados en el comportamiento y el entorno
- Especificar objetivos de la ejecución
- Especificar determinantes
- Diferenciar a la población destinataria
- Crear matrices de objetivos inmediatos del programa, y escribir objetivos de aprendizaje y cambio

Métodos basados en la teoría y estrategias prácticas

- Proponer métodos
- Transformar los métodos en estrategias prácticas
- Organizar métodos y estrategias para cada nivel ecológico

Plan del programa

- Transformar las estrategias en planes, considerando los responsables de la ejecución y los sitios
- Preparar los documentos de diseño
- Procedimiento y prueba previa de los materiales del programa con grupos destinatarios y responsables de la ejecución

Adopción y ejecución del plan

- Crear un sistema de enlace
- Especificar objetivos de rendimiento para la adopción y la ejecución

Plan de evaluación

- Especificar determinantes
- Crear un modelo o cuadro de planificación
- Redactar un plan de ejecución
- Preparar un modelo de evaluación
- Preparar preguntas de evaluación de *efecto y proceso*
- Preparar indicadores y medidas
- Especificar diseños de evaluación
- Redactar un plan de evaluación

EVALUACION



FIGURA 1. Mapeo de la intervención (Bartholomew, Parcel, Kok y Gottlieb, 2001).

El paso siguiente es seleccionar métodos de intervención fundamentados teóricamente que puedan resultar eficaces para lograr los objetivos especificados y decidir acerca de las estrategias prácticas para aplicar esos métodos. Por ejemplo, un método fundamentado teóricamente para mejorar la autoeficacia es la modelización. Una estrategia de intervención práctica para este método podría ser el psicodrama o la observación de modelos pertinentes en video, o ambas cosas. Los métodos de intervención fundamentados teóricamente pueden derivarse de la bibliografía científica, y la información acerca de la factibilidad y la eficacia de las estrategias de intervención práctica puede derivarse de las evaluaciones de necesidades, los contactos con otros promotores de la salud, la colaboración con quienes aplican y utilizan el programa, y de pilotos en pequeña escala. Una tarea importante en esta etapa es identificar las condiciones que puedan limitar la eficacia de los métodos y estrategias de la intervención. Un método o una estrategia que haya resultado eficaz para determinado grupo destinatario en determinado contexto no lo será necesariamente en otros grupos o en otros contextos.

En el paso tres del mapeo de la intervención, quienes desarrollan el programa diseñan un plan para la producción y ejecución del programa. Esto supone organizar las estrategias a fin de obtener un programa factible con componentes que sean comprensibles y aceptables para quienes lo aplican y para los participantes. El mapeo de la intervención puede ayudar a especificar el alcance y la secuencia de los componentes del programa, los canales de ejecución de las estrategias de intervención y la manera en que cada componente del programa llegará a los participantes (por ejemplo, anuncios del servicio público por radio, revistas o lecciones impartidas por los maestros de clase). Este paso supone asimismo la transferencia de la especificación del programa a una producción (por ejemplo, educadores para la salud, diseñadores, artistas) y la prueba de los materiales piloto. En esta etapa es importante el sistema de enlace.

La producción del programa debe estar estrechamente vinculada a la adopción y a la planificación de la ejecución, y los procedimientos de difusión fiables son indispensables para la repercusión del programa. En el paso cuatro del mapeo de la intervención se describe la manera en que quienes desarrollan el programa pueden fijar objetivos para la adopción, ejecución y mantenimiento del programa, y vincular estos objetivos a los métodos teóricos y las estrategias prácticas para promover la adopción y la ejecución. Así pues, las intervenciones son necesarias no sólo para modificar el comportamiento individual, sino también para facilitar la adopción y ejecución

del programa. Además, la planificación del programa puede referirse a la sostenibilidad del mismo y fomentar su institucionalización para garantizar el efecto a través de un período de tiempo extendido.

Por último, el paso cinco del diagrama de la intervención se centra en la evaluación del proceso y el efecto. Los productos de los pasos anteriores constituyen la base para la preparación de instrumentos de evaluación. Quienes desarrollan el programa necesitan contar con instrumentos capaces de evaluar la repercusión de la intervención sobre los determinantes de la conducta, las condiciones ambientales y los resultados relacionados con la salud y la calidad de vida. También deben especificar el marco cronológico apropiado para los resultados esperados. Esas tareas generan un diagrama de evaluación. Los supuestos relativos a los métodos teóricos, las estrategias prácticas y el plan de ejecución pueden determinarse en el proceso formativo y de evaluación a través de métodos tanto cualitativos como cuantitativos a fin de estudiar el índice de difusión, adopción y ejecución del programa, la influencia sobre los participantes, sus reacciones y las de los usuarios.

Conclusiones y plan de investigaciones futuras

La revisión de los programas de prevención del VIH, incluidos los programas escolares, demuestran que las intervenciones basadas en la teoría y en la evidencia que toman en cuenta las características de la población destinataria y el contexto cultural pueden generar cambios positivos en el comportamiento de los adolescentes con respecto al riesgo de VIH. Ahora bien, con algunas excepciones, incluidos programas europeos y africanos, la mayor parte de las intervenciones eficaces han tenido lugar en los Estados Unidos de América, lo cual es probable que cree problemas de ejecución en otras partes del mundo (Jemmott y Jemmott, 2000; Ndeki *et al.*, 1995; Wight y Abraham, 2000). El éxito obtenido en los Estados Unidos en el desarrollo de programas eficaces ha de repetirse en otros contextos culturales y económicos antes de que la investigación sobre la prevención del VIH pueda lograr una repercusión mundial. Hacen falta iniciativas de investigación locales que incluyan el desarrollo y la evaluación sistemáticos de programas, así como intervenciones destinadas a promover la adopción generalizada y la ejecución correcta. El mapeo de las intervenciones constituye un enfoque para lograr este fin (Bartholomew *et al.*, 2001). Mucho es lo que queda por hacer. A continuación destacamos algunas sugerencias para la labor futura.

1. Un primer paso importante sería llegar a *un consenso entre los investigadores con respecto a la metodología de evaluación*.

Es importante identificar las medidas primarias de resultado de la eficacia del programa, tales como relaciones sexuales sin protección, abstinencia y uso del preservativo (Jemmott y Jemmott, 2000). De manera análoga, la aclaración y la difusión de criterios metodológicos que indiquen la pertinencia de la evaluación contribuiría a sistematizar la bibliografía (CDC, 1999; Oakley *et al.*, 1995). Los estudios de evaluación deberían además poder examinar los efectos diferenciales entre los subgrupos, particularmente hombres y mujeres, y jóvenes con experiencia sexual frente a los que no la tienen. Un seguimiento más prolongado, de 12 meses o más, es también decisivo ya que las intervenciones con los jóvenes suelen tender a reducir el comportamiento de riesgo en el futuro y no a modificar las prácticas actuales (Rotheram-Borus *et al.*, 2000). Un consenso metodológico garantizaría la confiabilidad de la evaluación y facilitaría las comparaciones entre las conclusiones de la evaluación. Esto, a su vez, fomentaría la inversión en la difusión y en la promoción de la adopción y la institucionalización.

2. Existe, además, una exigencia creciente de *evaluaciones de necesidades de alta calidad que se sirvan de una metodología integrada basada en la teoría que incorpore investigaciones cualitativas y cuantitativas, especialmente en los países en desarrollo*.

Integrar la investigación etnográfica con protocolos de diseño de intervenciones que han dado por resultado intervenciones eficaces basadas en la teoría en medios occidentales puede dar un poderoso impulso a la formulación de programas eficaces en los países en desarrollo (Dowsett y Aggleton, 1999). Los índices mundiales de contagio del VIH tornan imperativo el patrocinio de la formulación y la evaluación de programas de calidad en los países en desarrollo, incluidos los del África Subsahariana. Es el *proceso* de la preparación de programas basados en la teoría y en la evidencia lo que ha de difundirse, no el contenido de los programas. El contenido debería basarse en estudios cualitativos y cuantitativos en el contexto local (Bartholomew *et al.*, 2001). La función de la escuela en la comunidad es, por ejemplo, diferente en los diversos países y culturas. Hacer participar a la comunidad a través de las escuelas puede resultar más o menos eficaz y, en algunos contextos, el desarrollo comunitario seguirá otros derroteros.

3. Los investigadores deben procurar *establecer, con mayor especificidad, qué es lo que funciona, es decir, qué componentes o técnicas de programas en especial son indispensables para la eficacia de la intervención.*

Numerosos informes de intervenciones no proveen información suficiente para permitir una reproducción precisa, lo cual fomenta la reinención de “ruedas” evaluadas previamente, retardando de esa manera la evolución de los conocimientos. Además, no se fomentan las pruebas que podrían evaluar componentes particulares o programas menos intensivos y torna imposible la ejecución fiel. Las descripciones vagas de los componentes de una intervención (por ejemplo, el asesoramiento, la educación, los talleres de video, etc.) son sorprendentes, puesto que muchas intervenciones eficaces se basan en marcos teóricos estrechamente relacionados. Un compendio de las técnicas basadas en la teoría que se han utilizado en las intervenciones que resultaron eficaces para reducir las relaciones sexuales no protegidas entre los jóvenes en pruebas rigurosas constituiría un estímulo importante con vistas a una evaluación más detallada de determinadas técnicas y combinaciones de técnicas. Los programas eficaces abarcarán diversas técnicas, pero descubrir cuáles son indispensables tornará el programa más eficiente. El proceso de mapeo de la intervención servirá de estímulo a los formuladores y a los evaluadores de programas para que sean explícitos acerca de sus decisiones de planificación (Bartholomew *et al.*, 2001), y podría, además, servir de medio para proveer un marco común a fin de transmitir la información acerca de la intervención, incluidos objetivos, teorías, métodos, estrategias, componentes, modelos de ejecución y evaluación.

4. Las investigaciones futuras deberían *aclarar hasta qué punto el primer acto sexual y/o la iniciación en curso hacia la actividad sexual puede aplazarse gracias a los programas de educación sexual.*

Hasta la fecha, los efectos promedio de los programas que promueven el aplazamiento del acto sexual son más bien escasos (Jemmott y Jemmott, 2000). Aun así, en los contextos en que el mensaje de aplazamiento coincide con la preferencia de los jóvenes involucrados, éste puede ser un objetivo aceptable para los programas de educación sexual junto con el fomento del uso del preservativo. Esto no sólo se aplica al aplazamiento del primer acto sexual, sino también al aplazamiento de la actividad sexual en curso, especialmente cuando la experiencia de los primeros encuentros sexuales es negativa. Por consiguiente, aclarar qué tipo de

intervenciones pueden fomentar ese aplazamiento, entre cuáles grupos de jóvenes, con qué grado de eficacia, podría facilitar la adopción de programas de educación sobre salud sexual.

5. También hace falta investigación acerca de *cómo puede lograrse una ejecución amplia y el mantenimiento de los programas y cómo pueden salvarse las barreras individuales, institucionales, políticas, religiosas y culturales para llevar a cabo una educación sexual eficaz.*

La bibliografía actual apenas suministra asesoramiento a los promotores de la salud que deseen hacer llegar programas eficaces a las poblaciones destinatarias a las que parecen beneficiar. También necesitamos saber cómo respaldar eficazmente a los maestros con capacitación en el servicio a fin de realzar la calidad de la prestación de los programas que han demostrado ser eficaces. La investigación sobre las barreras que se oponen a la ejecución podría surtir un efecto poderoso en la medida en que la investigación sobre la eficacia influye en la difusión del VIH. Un *enlace* con los usuarios del programa y los responsables de la toma de decisiones preverá los obstáculos y facilitará la ejecución. El protocolo de mapeo de la intervención prevé directrices para el diseño, basado en la teoría y la evidencia, de estrategias de marketing y de programas de capacitación docente (Bartholomew *et al.*, 2001).

Aunque se reconoce generalmente que la educación sobre el VIH en las escuelas es necesaria y potencialmente eficaz, es preciso identificar las barreras institucionales, políticas, religiosas y culturales que traban su ejecución (ONUSIDA, 1997b). Esto puede resultar especialmente pertinente en los países en desarrollo. Por ejemplo, después de haber observado la educación sobre el VIH en escuelas de Tanzania, Ndeki *et al.* (1995) llegaron a la conclusión de que las directrices nacionales, los obstáculos locales percibidos y los conceptos errados con respecto a la sexualidad entre los jóvenes adolescentes, todo ello parecía haber contribuido a impedir que los docentes y los trabajadores sanitarios discutieran y promovieran el uso del preservativo en las clases de educación sexual. Es preciso realizar investigaciones locales para aclarar las actitudes con respecto a la realidad del comportamiento sexual de los adolescentes y la ejecución de programas preventivos en las escuelas. En los casos en que se identifiquen obstáculos, la investigación debería procurar explicar por qué, por ejemplo, los responsables de tomar decisiones podrían creer erróneamente que la educación sexual aumenta la actividad sexual entre los adolescentes y deberían procurar elucidar de qué manera tales pareceres pueden modificarse.

6. Por último, es necesaria la investigación sobre *la formulación de programas de intervención fuera de la escuela para jóvenes a los que resulta difícil acceder*. Si bien puede llegarse con relativa facilidad a muchos adolescentes a través del medio escolar, en muchos países, especialmente países en desarrollo, los adolescentes tienden a dejar la escuela a edad temprana. Además, en muchos países existen proporciones considerables de jóvenes sin hogar que no asisten a la escuela. La investigación debería permitir determinar qué estrategias son eficaces para llegar a este grupo de adolescentes y de qué manera podemos reducir efectivamente su comportamiento sexual de riesgo.

* * *

Cada año aproximadamente 100 millones de jóvenes pasan a ser sexualmente activos. Como observó Peter Piot, director ejecutivo de ONUSIDA, la situación sería muy diferente con respecto a la epidemia de VIH si pudiésemos aplazar el inicio de la vida sexual de los jóvenes uno o dos años, y si pudiésemos garantizar que al tornarse sexualmente activos su comportamiento será seguro (ONUSIDA, 1998). A fin de lograr estas metas, creemos que el diseño de programas de prevención del VIH basados en la teoría y la evidencia tiene un enorme potencial. Por otra parte, una vez más deseáramos hacer hincapié en la gran necesidad de desarrollar estrategias basadas en la teoría y en la evidencia para facilitar la adopción y ejecución generalizada de programas de prevención del VIH. Por consiguiente, la prevención del VIH se beneficiará al máximo de una difusión mundial de las capacidades necesarias para diseñar tales programas.

Referencias

- Ajzen, I. 1991. The theory of planned behavior [La teoría del comportamiento planificado]. *Organizational behavior and human decision processes* (San Diego, California), vol. 50, págs. 179-211.
- Bandura, A. 1986. *Social foundations of thought and action: a cognitive social theory* [Fundamentos sociales del pensamiento y la acción: una teoría social cognoscitiva]. Englewood Cliffs, California, Prentice-Hall.
- . 1997. *Self-efficacy: the exercise of control* [Autoeficacia: el ejercicio del control]. Nueva York, NY, Freeman.
- Bartholomew, L.K.; Parcel, G.S.; Kok, G. 1998. Intervention mapping: a process for designing theory – and evidence – based health education programmes [Mapeo de la intervención: un proceso para diseñar programas de educación sanitaria basados en la teoría y la evidencia]. *Health education and behavior* (Thousand Oaks, California), vol. 25, págs. 545-563.
- Bartholomew, L.K. *et al.* 2001. *Intervention mapping: a process for designing theory – and evidence – based health education programmes* [Mapeo de la intervención: un proceso para diseñar programas de educación sanitaria basados en la teoría y la evidencia]. Mountain View, California, Mayfield.
- Basen-Engquist, L.K. *et al.* 2001. Schoolwide effects of a multicomponent HIV, STD, and pregnancy prevention programme for high-school students [Efectos a nivel de la escuela de un programa de prevención multicomponente VIH, ETS y prevención del embarazo para alumnos de la escuela secundaria]. *Health education and behavior* (Thousand Oaks, California), vol. 28, págs. 166-185.

- Bracht, N. 1999. *Health promotion at the community level 2: new advances* [Promoción sanitaria a nivel comunitario 2: nuevos adelantos]. Thousand Oaks, California, Sage Publications.
- Catania, J.A.; Kegeles, S.M.; Coates, T.J. 1991. Towards an understanding of risk behavior: an AIDS Risk Reduction Model (ARRM) [Hacia una comprensión del comportamiento de riesgo: modelo de reducción de riesgo en relación con el SIDA]. *Health education quarterly* (Thousand Oaks, California), vol. 17, págs. 53-72.
- Catania, J.A. *et al.* 1990. Methodological problems in AIDS behavioral research: influences on measurement error and participation bias in studies of sexual behavior [Problemas metodológicos en la investigación conductual sobre el SIDA: influencias sobre los errores de medición y el sesgo en relación con la participación en los estudios del comportamiento sexual]. *Psychological bulletin* (Washington, DC), vol. 108, págs. 339-362.
- CDC, Centers for Disease Control and Prevention [Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades]; HIV/AIDS Prevention Research Synthesis Project. 1998. *Young people at risk: epidemic shifts towards young women and minorities* [Jóvenes en situación de riesgo: vuelco de la epidemia hacia las mujeres jóvenes y las minorías]. Atlanta, Georgia, CDC.
- . 1999, Revisado. *Compendium of HIV prevention interventions with evidence of effectiveness* [Compendio de intervenciones de prevención del VIH con prueba de eficacia]. Atlanta, Georgia, CDC.
- Christopher, F.S.; Rosa, M.W. 1991. An evaluation of an adolescent pregnancy prevention programme: is 'just say no' enough? [Evaluación de un programa de prevención del embarazo en la adolescencia: ¿es suficiente "sólo decir no"?]. *Family relations* (St Lawrence, Kansas), vol. 39, págs. 68-72.
- Cochrane Collaboration. 1994. *Cochrane collaboration report* [Informe sobre la colaboración Cochrane]. Oxford, Reino Unido, Cochrane Centre.
- Coyle, K.K. *et al.* 1999. Short-term impact of Safer Choices: A multi-component school-based HIV, other STD and pregnancy prevention programme [Repercusión a corto plazo de elecciones más seguras: un programa escolar de varios componentes en relación con el VIH, otras ETS y prevención del embarazo]. *Journal of school health* (Kent, Ohio), vol. 69, págs. 181-188.
- . 2001. Safer choices: reducing teen pregnancy, HIV, and STDs [Elecciones más seguras: reducir el embarazo en la adolescencia, el VIH y las ETS]. *Public health reports* (Boston, Massachusetts), vol. 116, págs. 82-93.
- Dowsett, G.; Aggleton, P. 1999. Young people and risk taking in sexual relationships [Los jóvenes y el riesgo en las relaciones sexuales]. *En: UNAIDS (comps.). Sex and youth: contextual factors affecting risk for HIV/AIDS*, parte 1, págs. 9-56. Ginebra, Suiza, UNAIDS.
- Finer, L.B.; Darroch, J.E.; Singh, S. 1991. Sexual partnership patterns as a behavioral risk factor for sexually transmitted diseases [Modalidades de relación sexual como factor de riesgo conductual para las enfermedades de transmisión sexual]. *Family planning perspectives* (Nueva York), vol. 31, págs. 228-236.
- Fisher, J.D.; Fisher W.A. 1992. Changing AIDS risk behavior [Modificar el comportamiento de riesgo en relación con el SIDA]. *Psychological bulletin* (Washington, DC), vol. 111, págs. 455-474.
- Gerrard, M.; Breda, C.; Gibbons, F.X. 1989. Gender effects in couple's sexual decision making and contraceptive use [Efectos del género en la toma de decisiones en el plano sexual y el uso de anticonceptivos dentro de la pareja]. *Journal of applied social psychology* (Columbia, Maryland), vol. 20, págs. 449-464.
- Goodman, R.M.; Steckler, A.; Kegler, M.C. 1997. Mobilizing organizations for health enhancement: theories of organizational change [Movilizar las organizaciones para mejorar la salud: teorías de cambio organizativo]. *En: Glanz, K.; Lewis, F.M.; Rimer, B.K., comps. Health behavior and health education: theory, research and practice*, 2ª ed., págs. 287-312. San Francisco, California, Jossey Bass.
- Green, L.W.; Kreuter, M.W. 1999. *Health promotion planning: an educational and ecological approach*, 3ª ed. [Planificación de la promoción de la salud: un enfoque educacional y ecológico]. Mountain View, California, Mayfield.
- Hedges, L.V.; Olkin, I. 1985. *Statistical methods for meta-analysis* [Métodos estadísticos de meta-análisis]. Orlando, Florida, Academic Press.
- Jemmott, J.B.; Jemmott, L.S. 2000. HIV risk reduction behavioral interventions with heterosexual adolescents [Intervenciones conductuales para la reducción del riesgo de VIH con adolescentes heterosexuales]. *AIDS* (Filadelfia, Pennsylvania), vol. 14 (supl. 2), págs. S40-S52.
- Jemmott, J.B.; Jemmott, L.S.; Fong, G. 1998. Abstinence and safer sex HIV risk-reduction interventions for African American adolescents: a randomised controlled trial [Abstinencia e intervenciones de reducción de riesgo de VIH mediante relaciones sexuales más seguras para adolescentes afroamericanos: una prueba de control aleatorio]. *American journal of public health* (Washington, DC), vol. 82, págs. 372-377.

- Jemmott, J.B. et al. 1999. Reducing HIV risk-associated sexual behavior among African American adolescents: testing the generality of intervention effects [Reducción del comportamiento sexual asociado al riesgo de VIH entre los adolescentes afroamericanos: comprobar el carácter general de los efectos de las intervenciones]. *American journal of community psychology* (Nueva York, NY), vol. 26, págs. 161-187.
- Jorgensen, S.R.; Potts, V.; Camp, B. 1993. Project taking change: six month follow up of a pregnancy prevention programme for early adolescents [Proyecto de cambio: seguimiento semestral de un programa de prevención del embarazo para adolescentes jóvenes]. *Family relations* (St Lawrence, Kansas), vol. 42, págs. 401-406.
- Kalichman, S.C.; Carey, M.P.; Johnson, B.T. 1996. Prevention of sexually transmitted HIV infection: a meta-analytic review of the behavioral outcome literature [Prevención del contagio del VIH transmitido sexualmente: examen meta-analítico de la bibliografía del resultado conductual]. *Annals of behavioral medicine* (Middleton, Wisconsin), vol. 18, págs. 6-15.
- Kalichman, S.C.; Hoppers, H.J. 1997. Efficacy of behavioral-skills enhancement HIV risk-reduction interventions in community settings [Eficacia del mejoramiento de las aptitudes conductuales para la reducción del riesgo de VIH/SIDA en ambientes comunitarios]. *AIDS* (Filadelfia, Pennsylvania), vol. 11 (supl. A), S191-S199.
- Kamb, M.L. et al. 1998. Efficacy of risk reduction counseling to prevent human immunodeficiency virus and sexually transmitted diseases: a randomized controlled trial [Eficacia del asesoramiento sobre reducción de riesgos para prevenir el virus de inmunodeficiencia humana y las enfermedades venéreas: una prueba de control aleatorio]. Project RESPECT Study Group. *Journal of the American Medical Association* (Chicago, Illinois), vol. 280, págs. 1161-1167.
- Kirby, D. et al. 1991. Reducing the risk: a new curriculum to prevent sexual risk-taking [Reducir el riesgo: un nuevo currículum para prevenir los riesgos sexuales]. *Family planning perspectives* (Nueva York, NY), vol. 23, págs. 253-263.
- . 1994. School-based programmes to reduce sexual risk behaviors: A review of effectiveness [Programas basados en la escuela para reducir los comportamientos sexuales que suponen riesgo: examen de eficacia]. *Public health reports* (Boston, Massachusetts), vol. 10, págs. 339-360.
- Klepp, K.-I. et al. 1997. AIDS education in Tanzania: promoting risk reduction among primary school children [Educación sobre el SIDA en Tanzania: fomentar la reducción del riesgo entre los alumnos de la escuela primaria]. *American journal of public health* (Washington, DC), vol. 87, págs. 1931-1936.
- Main, D.S. et al. 1994. Preventing HIV infection among adolescents: evaluation of a school-based education programme [Prevenir el contagio del VIH entre los adolescentes: evaluación de un programa de educación basado en la escuela]. *Preventive medicine* (San Diego, California), vol. 23, págs. 409-417.
- McKnight, J.L. 1990. *Mapping community capacity: a report of the neighborhood innovations network* [Definición de la capacidad de la comunidad: un informe de la red de innovaciones de barrio]. Evanston, IL, Chicago Community Trust; Center for Urban Affairs and Policy Research, Northwestern University.
- Merson, H.M.; Dayton, J.M.; O'Reilly, K. 2000. Effectiveness of HIV prevention interventions in developing countries [Eficacia de las intervenciones para la prevención del VIH en los países en desarrollo]. *AIDS* (Philadelphia, Pennsylvania), vol. 14 (supl. 2), págs. S68-S84.
- Miller, B.C. et al. 1993. Impact evaluation of facts and feelings: a home-based video sex education curriculum [Evaluación de impacto de hechos y sentimientos: un programa de video destinado a la educación sexual con base en el hogar]. *Family relations* (St Lawrence, Kansas), vol. 42, págs. 392-400.
- Ndeki, S.S. et al. 1995. Ngao: AIDS education for primary school children [Educación sobre el SIDA para niños de la escuela primaria]. En: Klepp, K.-I.; Biswalo, P.M.; Talle, A., comps. *Young people at risk: fighting AIDS in Northern Tanzania*, págs. 133-148. Oslo, Scandinavian University Press.
- NIMH Prevention Trial Group. 1998. A randomized clinical trial small group counseling to reduce risk for HIV [Asesoramiento de un grupo pequeño en base a una prueba clínica aleatoria para reducir el riesgo de VIH]. *Science* (Washington, DC), vol. 280, págs. 1889-1894.
- Oakley, A. et al. 1995. Sexual health education interventions for young people: a methodological review [Intervenciones de educación sexual para jóvenes: un examen metodológico]. *British medical journal* (Londres), vol. 310, págs. 158-162.
- ONUSIDA. 1997a. *Impacto de la educación en material de salud sexual y VIH sobre el comportamiento sexual de los jóvenes: actualización de un análisis*. Ginebra, Suiza, ONUSIDA.
- . 1997b. *Integración de la prevención del VIH y de las ETS en el medio escolar. Documento de posición*. Ginebra, Suiza, ONUSIDA.
- . 1998. *Declaración de la Conferencia Mundial de Ministros responsables de la Juventud*. 8-12 de agosto de 1998, Lisboa, Portugal.

- Orlandi, M.A. 1987. Promoting health and preventing disease in health care settings an analysis of barriers [Promoción de la salud y prevención de la enfermedad en ambientes sanitarios: un análisis de los inconvenientes]. *Preventive medicine* (San Diego, California), vol. 16, págs. 119-130.
- Orlandi, M.A. *et al.* 1990. Diffusion of health promotion innovations [Difusión de innovaciones en materia de promoción de la salud]. *En: Glanz, K.; Lewis, F.M.; Rimer, B., comps. Health behavior and health education: theory, research and practice*, págs. 288-313. San Francisco, California, Jossey-Bass.
- Parcel, G. *et al.* 1989. Translating theory into practice: intervention strategies for the diffusion of a health promotion innovation [Trasladar la teoría a la práctica: estrategias de intervención para la difusión de una innovación en materia de promoción de la salud]. *Family and community health* (Gaithersburg, Maryland), vol. 12, págs. 1-13.
- Paulussen, T.G.W.; Kok, G.J.; Schaalma, H.P. 1994. Antecedents to adoption of classroom-based AIDS education in secondary schools [Antecedentes para la adopción de educación sobre el SIDA basada en el aula en las escuelas secundarias]. *Health education research* (Oxford, Reino Unido), vol. 9, págs. 485-496.
- Paulussen, T.G.W. *et al.* 1995. Diffusion of AIDS education among Dutch secondary school teachers [Difusión de la educación sobre el SIDA entre los profesores del colegio secundario en los Países Bajos]. *Health education quarterly* (Thousand Oaks, California), vol. 22, págs. 227-243.
- Richard, L. *et al.* 1996. Assessment of the integration of the ecological approach in health promotion [Evaluación de la integración del enfoque ecológico en la promoción de la salud]. *American journal of health promotion* (St Louis, Missouri), vol. 10, págs. 318-328.
- Rogers, E.M. 1995. *Diffusion of innovations* [Difusión de las innovaciones]. Nueva York, NY, Free Press.
- Rotheram-Borus, M.J.; Cantwell, S.; Newman, P.A. 2000. HIV Prevention programmes with heterosexuals [Programas de prevención del VIH con personas heterosexuales]. *AIDS* (Filadelfia, Pennsylvania), vol. 14 (supl. 2), págs. S59-S67.
- Rotheram-Borus, M.J. *et al.* 1991. Reducing HIV sexual risk behaviors among runaway adolescents [Reducir los comportamientos de riesgo sexual en relación con el VIH entre los adolescentes fugitivos]. *Journal of the American Medical Association* (Chicago, Illinois), vol. 266, págs. 1237-1241.
- . 2000. Prevention of HIV among adolescents [Prevención del VIH entre los adolescentes]. *Prevention science* (Nueva York, NY), vol. 1, págs. 15-30.
- Sabatier, P.; Mazmanian, D. 1979. The conditions of effective implementation: a guide to accomplishing policy objectives [Las condiciones de aplicación eficaz: una guía para lograr los objetivos normativos]. vol. 5, págs. 481-504.
- Schaalma, H.; Kok, G. 2001. A school AIDS-prevention programme in the Netherlands [Un programa escolar de prevención del SIDA en los Países Bajos]. *En: Bartholomew, K. et al., comps. Intervention mapping: designing theory and evidence-based health promotion programmes* págs. 353-386. Mountain View, California, Mayfield.
- Schaalma, H.P. *et al.* 1994. The development of AIDS education for Dutch secondary schools: a systematic approach based on research, theories, and co-operation [El desarrollo de la educación sobre el SIDA para las escuelas secundarias de los Países Bajos: un enfoque sistemático basado en la investigación, las teorías y la cooperación]. *En: Rutter, D.R.; Quine, L., comps. Social psychology and health: European perspectives*, págs. 175-194. Aldershot, Reino Unido, Avebury Publishers.
- . 1996. Planned development and evaluation of AIDS/STD education for secondary-school students in the Netherlands: short-term effects [Desarrollo planificado y evaluación de la educación sobre el SIDA y las enfermedades sexualmente transmisibles para los estudiantes del colegio secundario en los Países Bajos: efectos a corto plazo]. *Health education quarterly* (Thousand Oaks, California), vol. 23, págs. 469-487.
- Sheeran, P.; Abraham, C.; Orbell, S. 1999. Psychosocial correlates of condom use: a meta-analysis [Correlaciones psicosociales de la utilización del preservativo: un meta-análisis]. *Psychological bulletin* (Washington, DC), vol. 125, págs. 90-132.
- Smith, M. 1994. Teen incentives programme: evaluation of a health promotion programme for adolescent pregnancy prevention [Programa de incentivos para adolescentes: evaluación de un programa de evaluación de la salud para la prevención del embarazo en la adolescencia]. *Journal of adolescent health* (Nueva York, NY), vol. 25, págs. 24-29.
- Soriano, F.I. 1995. *Conducting needs assessments: a multidisciplinary approach* [Realización de evaluaciones de necesidades: un enfoque multidisciplinario]. Thousand Oaks, California, Sage Publications.
- Stanton, B.F. *et al.* 1998. Increased protected sex and abstinence among Namibian youth following a HIV risk-reduction intervention: a randomized longitudinal study [Aumento de la abstinencia y de las relaciones sexuales protegidas entre jóvenes namibianos después de una intervención de reducción del riesgo de VIH: un estudio longitudinal aleatorio]. *AIDS* (Filadelfia, Pennsylvania), vol. 12, págs. 2473-2480.

- Stephenson, J.M.; Imrie, J.; Sutton S.R. 2000. Rigorous trials of sexual behaviour interventions in STD/HIV prevention: what can we learn from them? [Pruebas rigurosas de intervenciones sobre comportamiento sexual en la prevención de las enfermedades sexualmente transmisibles y el VIH: ¿Qué podemos aprender de ellas?]. *AIDS* (Filadelfia, Pennsylvania), vol. 14, (supl. 3), págs. S115-S124.
- Walter, H.J.; Vaughan, R.D. 1993. AIDS risk reduction among a multiethnic sample of urban high school students [Reducción del riesgo de SIDA en una muestra multiétnica de alumnos de la escuela secundaria urbana]. *Journal of the American Medical Association* (Chicago, Illinois), vol. 270, págs. 725-730.
- Whatley, M.H.; Trudell, B.K. 1993. Teenaid: another problematic sexuality curriculum [Ayuda a los adolescentes: otro programa de sexualidad problemática]. *Journal of sex education and therapy* (Mt Vernon, Iowa), vol. 19, págs. 251-271.
- Wight, D.; Abraham, C. 2000. From psycho-social theory to sustainable classroom practice: developing a research-based teacher-delivered sex education programme [De la teoría psicosocial a la práctica sostenible en el aula: formular un programa de educación sexual impartido por docentes y basado en la investigación]. *Health education research* (Oxford, Reino Unido), vol. 15, págs. 25-38.
- Wight, D.; Abraham, C.; Scott, S. 1998. Towards a psycho-social theoretical framework for sexual health promotion [Hacia un marco teórico psicosocial para la promoción de la salud sexual]. *Health education research* (Oxford, Reino Unido), vol. 13, págs. 317-330.
- Wight, D. *et al.* 2000. Extent of regretted sexual intercourse among young teenagers in Scotland: a cross-sectional survey [Frecuencia de las relaciones sexuales deploradas entre los adolescentes jóvenes en Escocia: una encuesta transversal]. *British medical journal* (Londres), vol. 320, págs. 1243-1244.
- Witkin, R.B.; Altschuld, J.W. 1995. *Planning and conducting needs assessments: a practical guide* [Evaluaciones de las necesidades de planificación y realización: una guía práctica]. Thousand Oaks, California, Sage Publications.
- Zabin, L.S. *et al.* 1986. Evaluation of a pregnancy prevention programme for urban teenagers [Evaluación de un programa de prevención del embarazo para adolescentes de las zonas urbanas]. *Family planning perspectives* (Nueva York), vol. 18, págs. 119-126.
- Zelnik, M.; Kantner, J.F.; Ford, K. 1981. *Sex and pregnancy in adolescence* [Relaciones sexuales y embarazo en la adolescencia]. Beverly Hills, California, Sage.

Sandrine Musso, Delphine Fanget y Kémal Cherabi
Una perspectiva árabe-musulmana
Perspectivas, vol. XXXII, n° 2, junio 2002

Versión original: francés

Sandrine Musso (Francia)

Antropóloga a cargo del programa de mejora del acceso a la atención médica y a la prevención para los grupos en situación vulnerable, Instituto de Medicina y Epidemiologías Africanas, Marsella. Correo electrónico: sdimitrijevic@caramail.com

Delphine Fanget (France)

Socióloga, encargada de las asociaciones de Ensemble contre le SIDA (ECS), París.

Kémal Cherabi (Argelia/Francia)

Médico especializado en salud pública, responsable de la formación del programa de mejora del acceso a la atención médica y a la prevención para los grupos en situación vulnerable, Instituto de Medicina y Epidemiologías Africanas, Facultad de Medicina Xavier Bichat, París. Correo electrónico: dockem@yahoo.fr

LA RELIGION Y LA EDUCACION
PARA LA PREVENCIÓN DEL VIH/SIDA

UNA PERSPECTIVA

ARABE-MUSULMANA

Sandrine Musso, Delphine Fanget y Kémal Cherabi

La enfermedad es un estado (Augé y Herzlich, 1984) que le recuerda pertinentemente al hombre su unidad específica y, a la vez, la diversidad de las sociedades y de las culturas a las que pertenece. Acontecimiento biológico e íntimo, la enfermedad es, al mismo tiempo, un acontecimiento social y colectivo, como lo muestra el estudio de las representaciones y connotaciones sociales que engendra.

Si bien la concepción biomédica parece predominante en las sociedades contemporáneas, la historia y la antropología (Augé y Herzlich, 1984; Fassin, 1996) demuestran claramente que las diversas medicinas no son únicamente artes de curar individuos, sino también artes de los “usos sociales de la enfermedad” (Zempléni, 1986). Aun dentro del ámbito de la biomedicina, algunos autores se han preocupado por demostrar la influencia de los entornos culturales en los tratamientos (Good, 1998).

En todas las culturas, las esferas de la medicina y de la religión están íntimamente asociadas. Elocuente al respecto es la crónica de los milagros y de las curaciones sobrenaturales, que existe en muchas tradiciones religiosas. Para que un santo sea canonizado por la Iglesia Católica es necesario que se hayan producido curaciones junto a su tumba. En el Islam, se dice que cada azora del Corán es eficaz contra una enfermedad determinada. A menudo son los mismos personajes quienes toman a su cargo los dominios de la adversidad y de la desdicha, así como los rituales de la medicina y de la religión.

Estos ejemplos sucintos ilustran los recursos que la medicina y la religión tienen en común y muestran que, a pesar de que en las sociedades contemporáneas los dos ámbitos son distintos, siguen estando muy imbricados y se manifiestan en la actitud del paciente que consulta a su médico. Una solicitud de asistencia no atañe nunca totalmente al tratamiento del órgano afectado, sino que remite siempre a los sentimientos que suscita la experiencia de la enfermedad. La enfermedad constituye, pues, un ejemplo concreto del vínculo intelectual que existe entre la percepción individual y el simbolismo social.

Una vez formulados estos supuestos, cabe señalar que las representaciones de la enfermedad ofrecen otras características reconocidas universalmente cuando se trata de epidemias, en general, y del SIDA en particular.

En primer lugar, se interpreta muchas veces la enfermedad como consecuencia de una conducta desordenada o de la transgresión de normas sociales. A este respecto, el SIDA es un ejemplo paradigmático por sus modos de transmisión. En segundo lugar, los fenómenos epidémicos ponen de relieve, hoy como ayer, la emergencia de lógicas de “procesamiento” (Farmer, 1996), en las cuales se incrimina preferentemente al “otro”, al “extranjero”, por ser “portador original del virus” (Micollier, 2000). Estas representaciones nos remiten, pues, a la alteridad y, por ende, a la identidad.

Las sociedades árabe-musulmanas no constituyen excepciones de estas reglas. Tras un período notoriamente caracterizado por la negación en los años ochenta, las interpretaciones de la epidemia del VIH y de su prevención han puesto de relieve cuestiones relacionadas con “el moralismo y la identidad” (Ferri y Radi, 1997). El SIDA comporta dimensiones que representan una prueba primordial para esas sociedades.

Algunas consecuencias en la esfera de la prevención del VIH/SIDA

Muchas veces se vive *las prácticas y representaciones* como un obstáculo, una rémora de peso para el acceso al discurso moderno, al saber científico y médico. Al introducir una dicotomía entre la cultura moderna y la cultura tradicional, las posiciones culturalistas tienden a caracterizar esta última por su irracionalidad y su arcaísmo. Esta aproximación impide comprender las variables culturales en todas sus dimensiones, pues las representaciones también se producen en contextos sociales que hay que tomar en cuenta en la prevención del SIDA. Además, puede recluir al otro en lo que creemos saber de él, forjando así una noción de cultura peligrosa.

Asimismo, esta interpretación puede llevar a discursos que son muestra de cierta “segregación científica”. Por último, impide la aprehensión de las prácticas y de las representaciones culturales y religiosas en tanto en cuanto dinámicas, incesantemente modeladas y, por ende, susceptibles de cambio y de evolución (Vidal, 1985). “En el mejor de los casos, razonar únicamente en términos de cultura favorece la ignorancia de los verdaderos resortes sociales e individuales de las prácticas observadas y, en el peor, la aparición de procesos de estigmatización del otro, asimilado definitivamente a su cultura”.

La interpretación de la enfermedad pone en juego el simbolismo religioso, que interviene, más que como referencia dogmática al Islam, como referencia constante a un sistema de valores que puede ser asimilado como factor de influencia entre el público perteneciente al ámbito musulmán.

La prevención del SIDA en el mundo musulmán plantea una problemática relativamente compleja, que debe analizarse a diferentes niveles: social, cultural y del comportamiento.

Creemos importante recordar que no se trata únicamente de un problema en términos de información, en sentido restrictivo. Se sabe, en efecto, que la información no basta para determinar cambios de comportamiento; es la dimensión social, que a nuestro parecer caracteriza la negación y su corolario, el fatalismo, la que impone la adopción de una estrategia global, pluridisciplinar y transversal, cuyo objetivo fuese poner en marcha una verdadera dinámica social en el mundo árabe-musulmán.

A propósito de un enfoque

Para el profesional de la educación o de la sanidad, la dificultad de formular correctamente la problemática de la prevención del VIH en un medio árabe-musulmán es evidente. Podemos mencionar al respecto dos puntos que provocan grandes debates. Por un lado, se concibe muchas veces esa problemática desde una perspectiva exclusivamente cultural, provocando la resistencia de los adeptos de un universalismo o de un humanismo universal que rehúsa tomar en cuenta cualquier especificidad de las poblaciones en cuestión. Por otra parte, tropieza con el debate que opone el universalismo al comunitarismo, en el que unos defienden la idea de una prevención universal, recelando de toda creación de guetos comunitarios, y los otros piensan, al contrario, que las dificultades detectadas se resolverán mediante la creación de estructuras o grupos específicos.

Así planteada, la discusión desemboca en un callejón sin salida e impide una percepción clara de lo que está en juego. Es, pues, fundamental que los responsables de la salud pública y de la educación establezcan el marco conceptual y político oportuno para disolver esta dicotomía y aprehender el problema del VIH/SIDA en el mundo musulmán de manera relativamente consensual. Habrá que desplegar una estrategia que establezca un equilibrio entre los imperativos sanitarios nacionales y las expectativas y necesidades de esas poblaciones.

Parece también que la negación y el establecimiento de una distancia con respecto al VIH/SIDA caracterizan al mundo árabe-musulmán, tanto por lo que hace a las personas afectadas como a las demás. Enfermedad vergonzosa, el VIH/SIDA es relegado al exterior del grupo y si alguien se infecta, lo es por error, por haber transgredido las normas sociales. Las actitudes de apertura, de empatía o de diálogo por parte del grupo de referencia resultan, pues, difíciles por la inexistencia de comunicación dentro del grupo mismo. *La negación y el silencio*, que representan en cierto modo el sistema de reacción social del mundo árabe-musulmán ante el SIDA, constituyen también su vulnerabilidad, obrando casi como un factor de riesgo con respecto a la epidemia. De ahí que pensemos que hay que favorecer la toma de conciencia de ese mundo acerca de que el VIH es un hecho real, que atañe a todos sus miembros, y que, en lugar de experimentar vergüenza y culpabilidad; el grupo entero debe ocuparse de la prevención.

Se podría partir, por ejemplo, de la comprobación del hecho constatado de que determinadas franjas de la población son más vulnerables que otras, debido a sus condiciones socioeconómicas, a

su situación de inmigrantes y a su falta de acceso a los derechos universales, circunstancias que, por toda una serie de razones (culturas diferentes, rechazo de estereotipos, factores socioeconómicos, desconocimiento de los profesionales, etc.) convierten en excluidos a quienes forman parte de ellas.

Basándose en esto, podemos afirmar que el principal objetivo que hay que perseguir consiste en asegurar el acceso a una oferta de prevención y de apoyo por parte de los servicios públicos y, que para lograrlo, se requieren acciones y programas adaptados a la situación, ya que no se trata de llegar a una población específica, sino de arbitrar los medios necesarios para llegar a ella. Dadas las dificultades detectadas, no podemos limitarnos a una respuesta formal, universalista, que se contente con reafirmar que todos tienen derecho a la prevención contra el VIH. Debemos reflexionar y dotarnos de los medios idóneos para que cada cual pueda tener acceso a esta prevención, cualesquiera que fueren su nivel, su contexto social o su modo de vida.

Parece indispensable crear *lugares de mediación* que correspondan al modo de vida musulmán y a su cultura, fácilmente accesibles para la población, y que permitan ubicar un espacio para la prevención del VIH respetando sus valores y su contexto sociocultural.

Se trata, pues, de promover un doble enfoque, que reafirme el derecho de esas poblaciones a tener acceso a la oferta existente y la necesidad de lograrlo, elaborando respuestas innovadoras a fin de que tales derechos sean efectivos. La responsabilidad de conseguirlo incumbe a los agentes de la salud pública y de la educación.

La sexualidad y el Islam

El SIDA plantea además una cuestión que ocupa una posición central en la evolución contemporánea: la sexualidad y las relaciones entre los sexos.

Si la humanidad ha fabricado siempre “contenidos sociales con contenidos sexuales”, lo que caracteriza al Islam y lo distingue de las demás tradiciones religiosas monoteístas es la afirmación del carácter sagrado de la sexualidad: “La bivalencia es la voluntad de Dios, y la sexualidad, que es la relación entre el macho y la hembra, no es sino un caso particular de una voluntad divina absolutamente universal” (Boudhiba, 1966). Tanto es así que la visión coránica del paraíso es la de un lugar donde las huríes (jóvenes vírgenes), cuyo himen se reconstituye después de cada acto sexual, recompensan a los felices elegidos por los méritos adquiridos durante su vida terrenal. Por

consiguiente, lo que es objeto de prohibiciones no es el acto sexual propiamente dicho, pues en el Islam “las nociones de culpa y de pecado, en el sentido cristiano de estos términos, son prácticamente inexistentes” (Boudhiba, 1966, pág. 19).

En cambio, el tema de la impureza consecutiva al ejercicio de la sexualidad es central en el Islam, y está enmarcado por una rica codificación ritual.

Además, se hace hincapié en el contexto social de la relación sexual: la licitud o ilicitud de la relación están vinculadas a la legitimidad social, desde el punto de vista de la alianza que se contrae. Así, el Islam distingue la *nikah*, que es la sexualidad legitimada socialmente en el marco del matrimonio, de la *zina*, sinónimo de “desorden” y de “fornicación”. De ahí la importancia de la virginidad y la asociación de su pérdida física con la deshonra social.

Por otra parte, hay que destacar que las prácticas sexuales entre varones están particularmente prohibidas: como la Divinidad ha querido la bivalencia, las relaciones entre personas del mismo sexo constituyen una infracción de ese orden. En el plano jurídico esto significa que tales prácticas son objeto de una sanción penal. En un contexto heterosexual, la sodomía es, jurídicamente, condición suficiente para que la mujer casada ponga término a la relación conyugal. Según el ritual, la esposa debe personarse ante un alfaquí y poner su zapato al revés, sin mencionar de qué se trata, para obtener el divorcio.

Esta anécdota ilustra otra dimensión de los problemas que plantea la prevención en materia de sexualidad: ¿cómo expresarse públicamente sobre este tema?

Según el rector de la mezquita Adda'wa de la calle de Tánger de París:

Dios no quiere el sufrimiento. Una meditación profunda de las enseñanzas islámicas nos permite afirmar que, en cierto modo, el hombre es responsable de su sufrimiento. Al transgredir las leyes que rigen su persona y las de su entorno, el hombre se expone a una serie de desequilibrios [...] desde esta perspectiva debemos preguntarnos acerca de las epidemias debidas a una modalidad cultural [...]. Esta modalidad cultural es la occidental que nos domina a todos. En lugar de aliviar los síntomas, hay que buscar una solución [...].

El rector añade que “el Islam considera la sexualidad como una de las expresiones del ser humano. La manera en que uno concibe la sexualidad revela su modo de vida y su modo de considerar al otro”. Y puntualiza que “el enfermo de SIDA es víctima de un modo de vida. En cuanto seres humanos, somos continuamente agredidos por el entorno. Se trata, pues, de una responsabilidad comunitaria”.

Es en Occidente donde se considera que las relaciones sexuales son una práctica que nos aleja de Dios. ¡No! El Profeta nos dice textualmente: “Si la pareja procede al acto sexual con el propósito de alcanzar un goce sexual, para la procreación, por el placer sexual, si se sitúa en esta perspectiva de agradar a Dios, de expresarle reconocimiento y obediencia, está cumpliendo un acto de adoración”.

Por último, el rector Larbi Kechat observa: “Hoy se presenta el Islam como si se redujera a una serie de prohibiciones. No es así como hay que enfocarlo. Cuando me convierto en esclavo de mi sexualidad, sé que el Islam reprueba su ejercicio fuera del matrimonio. Pero no basta con decirme que lo que estoy haciendo es ilícito, pues ya lo sé; ya he sucumbido: lo que necesito es una mano compasiva. En realidad, precisaría toda una nueva educación” (Bruner y Cherabi, 1997).

Límites de un discurso normativo fundado en un “riesgo” desencarnado

Uno de los factores fundamentales de la negación y del rechazo del otro radica, sin duda, en que la información acerca del VIH/SIDA carece de sentido por estar las más de las veces articulada sobre la base de datos médicos epidemiológicos abstractos, en detrimento de las dimensiones psicológicas y sociales. Además, las argumentaciones preventivas centradas de manera conminatoria en el uso del preservativo pueden provocar un distanciamiento y ser objeto de rechazo o de indiferencia, por considerárselas fundadas en una moral social o en principios éticos en los cuales los grupos y las personas en cuestión no se reconocen. En general, una información abstracta provoca reacciones de distanciamiento, particularmente acusadas en las poblaciones a las que nos referimos, en las que, aparentemente, el carácter abstracto de la información científica refuerza los mecanismos de negación. En efecto, es raro que todos los aspectos de la dimensión subjetiva de la enfermedad, del sufrimiento, de la angustia ante el anuncio de la seropositividad o de la exposición a una situación de riesgo, sean abordados en las acciones de prevención del VIH/SIDA destinadas a dicho público.

En cambio, cuando una intervención contempla todos los aspectos de la epidemia, cuando la información está ilustrada por numerosos ejemplos relativos a las trayectorias existenciales, a las vivencias de las personas, esa información cobra un valor distinto y una significación que todos aprecian.

Para que la información cobre sentido, en un mundo caracterizado por la negación y el distanciamiento, por el fatalismo y la vergüenza, importa hacer hincapié en la dimensión humana, subjetiva, de la epidemia.

Las vías clásicas de prevención del SIDA, fundadas demasiado a menudo en informaciones generales, han mostrado sus limitaciones. Por consiguiente, hay que renovar el enfoque de la prevención, sentando el principio de una verdadera participación de los públicos interesados. Esas acciones de prevención requieren, además, identificar las redes de sociabilidad a través de las cuales deben intervenir los mediadores.

Se trata de impulsar una labor de reapropiación singular y colectiva, para cerrar la brecha abierta entre los saberes científicos y el saber profano de esos públicos. En Francia se han llevado a cabo varias acciones, conjuntamente con autoridades religiosas musulmanas, para dirigirse a los inmigrantes haciendo referencia a la filosofía musulmana. Dichas experiencias han mostrado el interés de hablar de tales cuestiones ante una autoridad religiosa que, más que como aval moral, interviene para recordar el carácter contemporáneo de esta enfermedad, que no respeta ninguna religión y ninguna raza, y que no requiere juicios de valor, sino empatía y tolerancia.

Como en todos los demás casos, una estrategia de prevención del VIH/SIDA entre la población árabe-musulmana debería basarse en la construcción de un espacio de mediación, y los mediadores deberían estar en condiciones de dirigirse al público del que provienen o al que son afines para llevar a cabo acciones de mediación o de reformulación. Este método busca la participación de los árabe-musulmanes para la puesta en marcha de acciones de aproximación y para la promoción de una toma de conciencia acerca del fenómeno. Así, la mediación en el terreno sanitario se convertirá en un instrumento permanente de diálogo, de participación en el proceso de decisión, de ejercicio de la función de vigilia y de difusión armoniosa de la información, para optimizar las prioridades en materia de salud pública.

Es imperativo hacer socialmente comprensible y aceptable un discurso sanitario o de prevención a través de los diversos canales de sociabilidad y de intercambio. Hay que dejar que cada cual tenga la posibilidad de acceder a nuevas formas de saber y favorecer sus apropiaciones en cuanto nuevos datos que se integran en los valores individuales y colectivos.

Referencias

- Augé, M.; Herzlich, C. 1984. *Le sens du mal: anthropologie, histoire, sociologie de la maladie* [El sentido del mal: antropología, historia, sociología de la enfermedad]. París, Éditions des archives contemporaines.
- Boudhiba. 1966. *La sexualité et l'Islam* [La sexualidad y el Islam]. París, Presses Universitaires de France.
- Bruner, C.; Cherabi, K. 1997. *Le Journal du SIDA (Journal de la démocratie sanitaire)* (París), diciembre 1996 – enero de 1997, pág. 30. (Número especial: El mundo de los inmigrantes árabes). Correo electrónico: edition@arcat-sante.org
- Cherabi K. y Fanget D. 1997. *Le VIH/SIDA en milieu arabo-musulman en France* [El VIH/SIDA en el mundo arábigo-musulmán en Francia]. París, Arcat-SIDA.
- Farmer, P. 1996. *La victime accusée: le SIDA en Haïti* [La víctima acusada: el SIDA en Haití]. París, Karthala.
- Fassin, D. 1996. *L'espace politique de la santé: essai de généalogie* [El espacio político de la salud: ensayo de genealogía]. París, PUF Sociologie.
- Ferri, J.N. y Radi, S. 1997. “Moralisme et identité: le SIDA en Égypte” [Moralismo e identidad: el SIDA en Egipto]. *Le journal du SIDA (Journal de la démocratie sanitaire)* (París), diciembre 1996 – enero de 1997. (Número especial: El mundo de los inmigrantes árabes). Correo electrónico: edition@arcat-sante.org
- Good, B. 1998. *Comment faire de l'anthropologie médicale: médecine, rationalité, vécu* [Cómo hacer antropología médica: medicina, racionalidad, vivencia]. París, Synthélabo.
- Micollier, E. 2000. “L'‘étranger’, porteur originel du virus [El “extranjero”, portador original del virus], en *Le SIDA des autres*. París, Éditions de l'IRD.
- Vidal, L. 1995. “Les risques du culturalisme” [Los riesgos del culturalismo]. *Journal du SIDA (Journal de la démocratie sanitaire)* (París).
- Zempléni, A. 1986. “Causes, origines et agents de la maladie chez les peuples sans écriture” [Causas, orígenes y agentes de la enfermedad en los pueblos sin escritura]. *L'ethnographie* (París), n° 96/97.

Versión original: inglés

Manoj Kurian (Malasia)

Doctor en medicina, especializado en sanidad comunitaria. Encargado del Programa de Salud y Curación del Consejo Mundial de Iglesias (Ginebra), coordina el programa de lucha contra el VIH/SIDA del Departamento de Sanidad del Consejo. Después de completar su formación médica trabajó durante más de diez años en varias organizaciones afines a la iglesia en diferentes lugares de la India. Coordinó el estudio en veinte países del papel de las iglesias en la lucha contra el VIH/SIDA en África, compartiendo los resultados y los recursos. También ha participado en la elaboración y promoción de cursos sobre el VIH/SIDA para instituciones teológicas y de otros materiales de estudio relativos al cambio de actitud, destinados a ayudar y a capacitar a dirigentes de grupos para promover la sensibilización hacia el VIH/SIDA. Correo electrónico: mku@wcc-coe.org

LA RELIGION Y LA EDUCACION
PARA LA PREVENCIÓN DEL VIH/SIDA

UNA PERSPECTIVA CRISTIANA

Manoj Kurian

El reto: transformar una política en acción

Hace dos decenios, cuando hizo su aparición el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), no se podía prever cómo evolucionaría esta epidemia. Actualmente se reconoce que el VIH/SIDA es el mayor problema que debe afrontar el mundo en el terreno de la salud. Es también la mayor amenaza para las perspectivas de desarrollo social y económico y para la seguridad mundial. Esto es particularmente pertinente para el África subsahariana, aunque Asia Meridional, Europa Oriental, el Caribe y otras partes del mundo están cada vez más gravemente afectadas¹.

La epidemia de VIH/SIDA ha puesto de manifiesto de modo espectacular una serie de graves deficiencias de nuestras sociedades:

- la distancia cada vez mayor que separa a ricos y pobres, y la falta de empeño en reducirla;
- la inaccesibilidad de los servicios de salud básicos y el colapso de los sistemas existentes en muchas partes del mundo;
- la falta de derechos y de oportunidades que padecen las mujeres para resistir a la infección, hacer valer sus opciones con respecto a la reproducción o exigir relaciones sexuales seguras;

- el largo y ensordecedor silencio de las iglesias, de la sociedad civil y de los dirigentes frente a los problemas de la sexualidad y a los aspectos preventivos fundamentales ante el VIH/SIDA;
- el alarmante incremento del número de personas que se inyectan drogas, al que se suma una penosa disminución de la edad a la que empiezan a hacerlo en muchos países.

Gran parte del peso de estas deficiencias recae sobre los jóvenes. Se trata de saber si la juventud en las comunidades está provista como para responder adecuadamente a las crisis y qué papel desempeñan las iglesias en favorecer o inhibir esta capacidad. La capacidad de las comunidades para responder a la epidemia de SIDA depende de cuestiones vinculadas con sus posibilidades de acceso:

- ¿Pueden acceder a una información y a una educación adecuadas?
- ¿Pueden acceder a un acompañamiento espiritual y pastoral?
- ¿Pueden acceder a la equidad y a los derechos humanos?
- ¿Pueden acceder a servicios de orientación y de diagnóstico?
- ¿Pueden acceder a métodos de prevención confirmados, como el preservativo?
- ¿Pueden acceder a agujas esterilizadas y a servicios de rehabilitación para drogadictos?
- ¿Pueden acceder a medicamentos contra las infecciones oportunistas y a los antirretrovirales?

La educación para la prevención del VIH/SIDA en las escuelas es fundamental para enfocar de manera integrada estos problemas.

Desde el comienzo de la epidemia, el movimiento Ecuménico² ha hecho hincapié en el tema del VIH/SIDA. En junio de 1986, el grupo de estudios del Consejo Mundial de Iglesias³, que investigaba el modo en que las iglesias cristianas podrían intervenir en la crisis del SIDA, recomendó actuar en tres áreas: la asistencia pastoral, el ministerio social y la educación/prevención. Se exhortó a las iglesias cristianas a combatir el peligro real de que el SIDA sirviera de pretexto a medidas de discriminación y opresión, y a esforzarse por asegurar la protección de los derechos humanos de las personas afectadas directa o indirectamente por el SIDA.

Las personas encargadas de la labor educativa, sanitaria y terapéutica de las organizaciones cristianas y afines han recibido una sólida enseñanza acerca de las respuestas sociales adecuadas al VIH/SIDA. Las políticas y las acciones propugnadas por sus órganos centrales han sido muy claras, pero no todas las iglesias que integran el Consejo Mundial de Iglesias las han puesto en práctica. La respuesta de los dirigentes de las iglesias ha variado mucho en función de las regiones y de las

diversas confesiones. La integración del combate contra el VIH/SIDA en todos los aspectos de la vida de las iglesias ha sido insuficiente.

En estos tres últimos años se ha operado un gran cambio en las actitudes de los dirigentes cristianos, y actualmente las iglesias responden a la crisis de manera más positiva. En Nairobi (Kenya), durante una “Consulta Mundial sobre las Respuestas Ecuménicas a los Retos del VIH/SIDA en África”, en el marco del Consejo Mundial de Iglesias, 120 representantes de iglesias y de organizaciones ecuménicas internacionales y africanas elaboraron en noviembre de 2001 un plan de acción coordinado para responder a la pandemia⁴. El encuentro fue prolongación de una serie de reuniones de dirigentes eclesiásticos africanos, organismos ecuménicos, consejos nacionales de iglesias y organizaciones no gubernamentales (ONGs) afines, celebradas en Uganda, Sudáfrica y Senegal en ese mismo año. En Nairobi fueron compartidos los resultados de esos debates con organismos ecuménicos internacionales para elaborar un plan de acción conjunto. El plan incluyó los diversos aspectos esenciales de la respuesta de las iglesias. Las iglesias y organizaciones participantes se comprometieron a ponerlo en práctica, y actualmente, junto con el Consejo Mundial de Iglesias y sus asociados ecuménicos, están elaborando dispositivos que faciliten su cumplimiento.

La parte del “Plan de acción” referente a educación y formación tendrá concretamente por eje las iglesias miembros a cargo de escuelas, a fin de aplicar la orientación general mencionada en el plan y de mantener unos niveles mínimos con respecto a la educación para la prevención del SIDA.

EDUCACION

1. Buscar información actual y fidedigna sobre el VIH/SIDA e instaurar los oportunos sistemas para asegurar que esa información se difunda ampliamente a través de las iglesias.
2. Enseñar que el estigma y la discriminación son pecados y que las personas que viven con el VIH/SIDA o están afectadas por la enfermedad son bienvenidas en las iglesias y comunidades. Son miembros apreciados y confirmados de nuestra familia, y comparten nuestro peregrinaje.
3. Asumir nuestro papel educativo en materia de sexo y de sexualidad, rompiendo el silencio creado por el malestar y por la tradición. La enseñanza debe hacer hincapié en las cuestiones relativas al trato equitativo de mujeres y hombres, entre ellas: el empoderamiento de las mujeres y de las jóvenes; la necesidad de que los varones cambien de conducta y asuman su

responsabilidad para contener la propagación del VIH; el respeto por la dignidad de cada individuo; la educación sexual, que ayuda a la gente a comprender los beneficios del asesoramiento y el diagnóstico, así como de la abstinencia, la fidelidad y la sexualidad protegida.

4. Promover la revisión o la creación de nuevos programas de estudios para los institutos teológicos o seminarios, a fin de que apoyen los objetivos de este plan.
5. Elaborar programas educativos acerca de los diversos modos de transmisión del VIH, destinados a los miembros de las congregaciones, las organizaciones vinculadas a las iglesias, las personas que viven con VIH/SIDA, los trabajadores del sector de la salud, las ONGs y otros interesados directos. Los programas deberán elaborarse de modo participativo y basarse en información fidedigna acerca de los diferentes aspectos del VIH/SIDA, sin dejar de tomar en cuenta las relaciones con la cultura y con las realidades locales. Rebasando el ámbito de la educación escolar, deberán comprender actividades educativas extraescolares para jóvenes y adultos de ambos sexos y otros enfoques creativos, inclusive el uso de la liturgia como medio educativo.
6. Propiciar y desarrollar la capacidad de las iglesias para efectuar investigaciones especializadas sobre aquellos aspectos de la pandemia a los que pueden aportar una contribución particular.

FORMACION

1. Elaborar planes de estudios y materiales de formación concebidos para compartir el saber teórico y práctico acerca de la sexualidad humana y de VIH/SIDA en las iglesias, en todos los niveles.
2. Velar por que los materiales informativos existentes destinados a la formación y a la educación sean accesibles, compartidos, utilizados y adaptados en función de las necesidades.
3. Integrar el tema del VIH/SIDA en la formación de obispos, clérigos, dirigentes laicos, personal de las iglesias, jóvenes, capellanes, etc., en los siguientes aspectos:
 - ruptura del silencio sobre las cuestiones del sexo y de la sexualidad;
 - superación del estigma;

- creación y fomento de la sensibilización (teología, educación sobre VIH/SIDA, sexualidad, anatomía);
 - asesoramiento y orientación acerca del VIH/SIDA;
 - prestación de asistencia;
 - conversación acerca del VIH/SIDA y orientación a otras personas en el análisis del tema;
 - liturgia, culto y predicación;
 - establecimiento de un diálogo acerca del VIH/SIDA y la cultura, el VIH/SIDA y las cuestiones de género, el VIH/SIDA y los niños, el VIH/SIDA y la pobreza;
 - formación de redes.
4. Reexaminar el modo en que se utilizan las instituciones de educación y de formación, a fin de darles un sesgo más pertinente en esta época de epidemia de VIH/SIDA.
 5. Alentar y dotar a una nueva generación de dirigentes eclesiásticos para que lleven a las iglesias a intervenir en las cuestiones relativas al VIH/SIDA, prestando especial atención a los jóvenes y a las mujeres.

Muchas iglesias han elaborado políticas propias. La Iglesia Católica, que es la mayor congregación cristiana, también ha elaborado políticas en diferentes regiones. En enero de 2000, la Conferencia Episcopal Católica Sudafricana ha formulado a este respecto directrices para todas las escuelas católicas, con arreglo a las enseñanzas de la Iglesia Católica⁵.

POLITICAS

- Hacer frente a la crisis constituyendo un Comité de Asistencia Pastoral que elabore una política general de asistencia pastoral y programas escolares.
- Integrar un enfoque de la crisis del VIH/SIDA compatible con las enseñanzas de la Iglesia Católica y con las políticas nacionales en materia de VIH/SIDA, destinado a alumnos y docentes de las escuelas públicas y a estudiantes y profesores de las instituciones de enseñanza y de formación de nivel superior.
- Las escuelas católicas deben aplicar un programa global de educación sobre el VIH/SIDA en todos los niveles y cursos, incluyendo los distintos niveles del personal docente, en el marco de un plan de educación sexual encaminado a modificar los comportamientos, que debe ponerse en práctica a lo largo del plan de estudios.

- Debe prestarse especial atención a los imperativos de una cultura de respeto de la dignidad de la persona humana, que es un don de Dios, y a la comprensión de que la unión sexual es la expresión de una relación humana de amor que ha llegado al estadio de un compromiso mutuo para toda la vida en el seno del matrimonio.
- Los códigos de conducta adoptados para los educandos y para el personal docente y no docente deben incluir disposiciones relativas a la inaceptabilidad de comportamientos discriminatorios con respecto a las personas infectadas por el VIH/SIDA, o bien que puedan ocasionar un riesgo de contagio del VIH.
- El programa debe integrarse en todas las áreas de aprendizaje y suministrar información de manera responsable y congruente con la enseñanza de cada iglesia. El material didáctico empleado debe reflejar la conformidad con las enseñanzas de la iglesia en materia de relaciones, sexualidad, matrimonio y anticoncepción.
- Los programas educativos en materia de VIH/SIDA y de sexualidad deben incluir la promoción de normas sociales contra las drogas y los abusos sexuales, el comportamiento sexual irresponsable y la violencia sexual.
- Todos los educadores encargados del cumplimiento de los programas educativos deben recibir una formación adecuada sobre educación en materia de VIH/SIDA y de sexualidad, mediante un programa de formación desarrollado en la escuela.

En general, las políticas ya están definidas, aunque el enfoque de las cuestiones relativas a la sexualidad, de las relaciones sexuales y de las estrategias preventivas varía entre las diversas confesiones. Para las iglesias cristianas, la cuestión consiste ahora en llevarlas a la práctica mediante acciones concretas que fomenten un cambio de actitudes positivo y logren que los jóvenes se protejan del SIDA y que la comunidad los apoye.

El tratamiento de la cuestión en las escuelas

EL IMPERATIVO ETICO

En muchas culturas, la gente se niega a hablar de las relaciones sexuales, el SIDA y otros aspectos de la higiene sexual. Muchos temen que una conversación más abierta sobre las relaciones sexuales y la educación sexual fomente la promiscuidad. Los estudios realizados han mostrado de modo

convinciente que la educación en materia de relaciones sexuales, de SIDA y de salud en general, particularmente entre los niños y los jóvenes, no ocasiona una mayor actividad sexual, sino que, al contrario, conduce a comportarse precavidamente^{6,7}. También está claro que la ignorancia acerca de la epidemia sigue siendo general entre los jóvenes del mundo entero, muchos de los cuales no saben cómo protegerse del VIH. Asimismo se ha constatado una mayor actividad sexual entre los jóvenes de muchas regiones del mundo^{8,9,10}. Esta situación debe considerarse, por supuesto, teniendo en cuenta el aterrador nivel a que ha llegado la violencia sexual que se ejerce contra los adolescentes y los niños¹¹. Evidentemente, incumbe a la iglesia reducir al mínimo la vulnerabilidad de niños y jóvenes ante las circunstancias en las cuales puede propagarse el SIDA, y a la educación escolar aportar una contribución capital al logro de este objetivo. La responsabilidad de la iglesia de favorecer una educación inteligente y bien provista, y de dotar a niños y jóvenes de la aptitud para tomar decisiones morales sanas es el modo más eficaz de lograr una conducta moral responsable.

EL IMPERATIVO TEOLOGICO

En su análisis de los imperativos teológicos, Musa Dube¹² reitera que, por lo que se refiere a la cuestión del VIH/SIDA, *las iglesias están llamadas a curar y a ser curadas*.

Exhortación a curar

Para cumplir el mandato de Jesús de *predicar, enseñar y curar*, las iglesias cristianas están llamadas por Dios a ser comunidades curativas y a participar en el ministerio terapéutico en un mundo caracterizado por rupturas de la estructura social a causa de la guerra, la injusticia, la pobreza, la marginación y la enfermedad. Las iglesias tienen la posibilidad de encontrar la curación, el perdón y la integridad y de compartir estos dones con la sociedad civil.

Al predicar la buena nueva de Jesucristo, la iglesia cristiana abraza el mensaje de la integridad del individuo y de la comunidad. Los enunciados siguientes dan expresión definida a estos aspectos del mensaje evangélico:

- Todo ser humano, cualesquiera que sean su sexo, clase, etnia, raza, edad o religión, ha sido creado a imagen de Dios y la vida misma es la voluntad que ha tenido Dios para la humanidad y para la Creación entera (Génesis, 1-2).

- Así lo volvió a subrayar Jesús, quien vino para que todos pudieran tener vida y la tuvieran en su plenitud (Juan, 10:10).
- El ministerio terrenal de Cristo se caracterizó por la curación incondicional de todas las enfermedades (Marcos, 1:29-34), el perdón de los pecados (Juan, 8:1-12; Lucas, 7:36-49; 15:11-32) y la abolición del estigma asociado a los leprosos, tocando sus llagas y devolviéndoles la salud física y social (Marcos, 1:40-45; Lucas, 17:11-19).
- Denunciar el fariseísmo de algunos creyentes (Lucas, 18:9-14).
- Tomar partido por los pobres y marginados (Mateo, 9:10-13; Lucas, 18:1-8) y denunciar las estructuras sociales opresivas (Lucas, 4:16-22).
- Capacitar a los discípulos para ejercer el ministerio.
- La iglesia y la comunidad, en cuanto cuerpo de Cristo (Corintios I, 13:9-10), cuyos miembros forman un solo organismo: por eso, el sufrimiento de los miembros afectados por la epidemia tiene graves consecuencias para todos.
- Derrotar el poder de la muerte a través de Su resurrección.

Exhortación a ser curadas

Ahora bien, en varios aspectos de la conducta de la iglesia cristiana, sus adherentes deben reflexionar, arrepentirse y consagrarse de nuevo al Evangelio de Cristo.

- Hay en la iglesia muchos que consideran que el VIH/SIDA es un castigo por pecados cometidos, reforzando así el estigma instalado y privando a los infectados y a los afectados de una asistencia de calidad.
- La tradición de silencio acerca de la sexualidad humana y la percepción negativa de ésta han inducido a mensajes contradictorios y un enfoque indeciso con respecto a una mayor higiene de las relaciones sexuales y a la prevención del VIH/SIDA.
- Su insistencia en la pureza sexual como respuesta preventiva al VIH/SIDA, sin prestar suficiente atención a la perspectiva bíblica del carácter sagrado de toda vida humana.
- Aunque el VIH/SIDA es más que un mero problema individual, las consecuencias sociales y estructurales de la epidemia no han sido consideradas como corresponde.

- La iglesia ha estado también ofuscada por la estrechez de miras, la insuficiencia de conocimientos teóricos y prácticos, las divisiones confesionales y la falta de conexión entre las diferentes congregaciones, con los gobiernos y con otras ONGs.
- La iglesia ha instigado la destrucción de instituciones culturales positivas que contribuían a enseñar cómo comportarse sexualmente a los jóvenes de varias comunidades indígenas¹³. Al mismo tiempo, no se han combatido suficientemente prácticas culturales negativas que favorecen la propagación del VIH/SIDA en las sociedades.

La adecuación de las iglesias cristianas estará determinada por su reacción. La crisis también debe incitar a las iglesias a examinar con nuevos ojos las condiciones humanas que favorecen de hecho la pandemia y a tomar más clara conciencia del comportamiento inhumano de las personas entre sí, de las relaciones destruidas y de las estructuras injustas, pero también de su propia complacencia y de su complicidad. El VIH/SIDA es un signo de los tiempos, que nos invita a ver y a comprender¹⁴.

La enseñanza bíblica, el Evangelio de Jesucristo y las tradiciones cristianas proveen a la iglesia de marcos adecuados para formar y motivar a sus adherentes para que se pongan al servicio del pueblo de Dios, en plena pandemia de VIH/SIDA.

Algunas iniciativas exitosas de escuelas cristianas

La educación no se limita al mero conocimiento. Aumentar la cantidad de hechos que conocen los jóvenes no hará necesariamente de ellos seres humanos bien equipados para tomar decisiones. Para ser eficaz, la educación de la iglesia sobre el SIDA dispensada a los jóvenes debe presentar las siguientes características:

- estar basada en valores;
- encarar globalmente la sexualidad y la salud reproductiva a nivel de los niños;
- enfocar la preparación para la vida cotidiana y el desarrollo del carácter y aplicar una metodología participativa;
- hacer participar a los pares en su elaboración y en su práctica;
- hacer participar activamente a la comunidad y a la sociedad civil;
- tomar en consideración los contextos culturales de cada lugar;
- capacitar tanto a los docentes como a los educandos.

Al comienzo, muchas de estas iniciativas estaban destinadas a las cursos impartidos en los templos, como las “escuelas dominicales” y los clubes juveniles, pero se fueron adaptando y han evolucionado para hacerse aplicables en las escuelas cristianas y públicas. Los pocos ejemplos mencionados no son representativos de lo que está pasando en todas las confesiones cristianas en las diferentes regiones del mundo.

SUDÁFRICA

Sakh'ulutsha (Unión de la Escritura): es una iniciativa de preparación para la vida cotidiana, un programa educativo innovador para alumnos de 11 a 18 años de edad, en el que participan actualmente entre 200 y 300 escuelas (el 95% de ellas públicas) y entre 38.000 y 40.000 niños al año¹⁵. Una amplia red de cooperadores apoya la labor de 40 personas que trabajan en la preparación para la vida cotidiana comunitaria y de 150 voluntarios. En cada escuela, se les enseña a los grupos de alumnos doce módulos, y el programa culmina con un campamento. El objetivo de esos módulos consiste en capacitar a los jóvenes para influir en sus pares a fin de que adopten cambios de comportamiento que les ayuden a llevar un modo de vida sano y a protegerlos del riesgo de infección por el VIH/SIDA. Aunque los módulos se basan en los valores cristianos, no están ligados a la religión y pueden resultar aceptables para diferentes culturas y tradiciones religiosas. Hay un alto nivel de participación de la comunidad, y tanto las autoridades como el sector privado apoyan la iniciativa.

ESTADOS UNIDOS

La United Church of Christ [Iglesia Unida de Cristo] ha sido la primera iglesia estadounidense en afrontar el VIH/SIDA y ha elaborado y promovido estrategias y materiales educativos eficaces. El material informativo lleva el título “Affirming persons-saving lives”¹⁶ [Afirmar personas-Salvar vidas].

El material está basado en los valores cristianos. Comprende el estudio de la Biblia, la reflexión teológica y la oración. Suministra metodologías para brindar a jóvenes de varios grupos de edad una información objetiva y completa acerca de la transmisión del VIH y de su prevención, capacitación para tomar y sostener decisiones éticas, para la evaluación del riesgo de contagio del VIH, para rechazar invitaciones indeseables y para la comunicación relacional y sobre sexo más

seguro. Consta de ocho series de aprendizaje, cada una de ellas destinada a un grupo diferente: adultos, niños en educación preescolar o en jardines de infancia, jóvenes, padres, grados 1-2, 3-4, 5-6 e intergeneracional.

Este procedimiento educativo ha sido experimentado ampliamente en congregaciones cristianas de los Estados Unidos y en países de otras regiones desde 1994. También lo utilizan docentes del sistema escolar público. La eficacia de los módulos se debe a:

- el carácter integral de los materiales educativos;
- la especificidad por edades de los materiales;
- el alto nivel de participación de los jóvenes en el proceso educativo;
- las discusiones estimulantes y los ejercicios prácticos para la de toma de decisiones.

INDIA

El “Ala SIDA” de la Iglesia de la India del Norte ha elaborado un manual para la capacitación de jóvenes como educadores pares sobre el SIDA, que se está usando con buenos resultados para formar voluntarios juveniles en las 26 diócesis de esta iglesia. La educación para la prevención del SIDA se imparte en las escuelas de las diversas regiones en el marco de los programas diocesanos para la juventud y a través de los educadores pares de cada región¹⁷. Las redes e infraestructuras de salud y educación se están utilizando para promover la sensibilización al SIDA. El programa también goza de gran aceptación entre escuelas no cristianas.

*Action, Service, Hope for AIDS (ASHA)*¹⁸. Esta fundación dispensa una educación sobre la sexualidad basada en el carácter y propone un plan de estudios que hace énfasis en la sensibilización y la educación en materia de VIH/SIDA en escuelas de Bangalore. Aunque el plan de estudios se inspira en los valores cristianos y está destinado esencialmente a escuelas cristianas, es adaptable a la realidad pluricultural y plurirreligiosa del país. En sus programas, la organización colabora estrechamente con la sociedad civil y las iglesias locales. También mantiene una línea telefónica de ayuda y un servicio comunitario de asesoramiento y orientación sobre VIH/SIDA, además de un centro médico.

El camino por delante

- Para cumplir su tarea con respecto al SIDA, las iglesias cristianas disponen de políticas y directrices claras. Es necesario difundir y activar mecanismos educativos asentados en valores y dirigidos a los jóvenes. Estos mecanismos deben promover la abstinencia y un comportamiento sexual responsable y sano, desarrollando capacidades de comunicación, negociación y rechazo. También deben difundir una información completa en materia de procedimientos anticonceptivos. Ahora bien, estas políticas no se traducen necesariamente en acción hasta que las parroquias y los interesados directos de las comunidades no están plenamente comprometidos y motivados por el proceso.
- Es necesario reforzar las redes de solidaridad mutua, de apoyo, de información y de experiencia compartida, como también la acción conjunta entre las iglesias y las organizaciones afines que encaran las cuestiones educativas referidas al SIDA.
- Debe hacerse un esfuerzo para evaluar y analizar la eficacia de los diversos procedimientos educativos y hacer el inventario de los distintos enfoques adoptados por las iglesias cristianas y las organizaciones afines con respecto a los jóvenes.
- Debe reforzarse la relación de la iglesia cristiana y de las redes afines a ella con otros interesados directos (gubernamentales o no) en materia de educación sobre el SIDA. Las iglesias deben desempeñar un papel activo y constructivo en la nueva iniciativa de concentración de recursos para una salud escolar eficaz [Focusing Resources on Effective School Health, FRESH] lanzada en 2000 en Dakar en el Foro Mundial de Educación¹⁹.
- El período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas consagrado al VIH/SIDA (junio de 2001) instauró un marco para la responsabilidad nacional e internacional en la lucha contra la epidemia. Cada gobierno se comprometió a perseguir una serie de metas determinadas. El objetivo relativo a los jóvenes consistía en reducir en un 25% la infección entre aquellos de 15 a 24 años de edad en los países más afectados en el 2005, y en todo el mundo en el 2010. Para alcanzar estos objetivos, tenemos que constituir en las comunidades un movimiento encaminado a asegurar la implantación de un sistema dinámico de educación escolar sobre el SIDA. A las iglesias cristianas y a las organizaciones afines corresponde el deber de facilitar este proceso, como parte integrante de la sociedad civil.

Notas

1. *Resumen mundial de la epidemia de VIH/SIDA. Diciembre de 2001.* Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) y Organización Mundial de la Salud (OMS), 2001: www.unaids.org.
2. El Consejo Mundial de Iglesias es una comunidad de iglesias del mundo entero, en la que están representadas 342 iglesias establecidas en más de 120 países: www.wcc-coe.org.
3. *AIDS and the Church as a healing community* [El SIDA y la Iglesia como comunidad terapéutica], Actas de la 38ª reunión del Comité Central del Consejo Mundial de Iglesias, 1987, Apéndice VI, pág. 135.
4. “Global Consultation on Ecumenical Responses to the Challenges of HIV/AIDS in Africa” [Consulta Mundial sobre las Respuestas Ecuménicas a los Retos del VIH/SIDA en África], Nairobi, Kenya, 25 a 28 de noviembre de 2001, “Plan of Action”: www.wcc-coe.org.
5. “Policy on HIV/AIDS for Catholic schools” [Política de VIH/SIDA para escuelas católicas], de la Southern African Catholic Bishops Conference, enero 2000. Catholic Institute of Education, P.O. Box 2083, Southdale 2135, South Africa.
6. UNUSIDA, *Impacto de la educación en materia de salud sexual y VIH sobre el comportamiento sexual de los jóvenes: actualización de un análisis*, Ginebra, 1997: www.unaids.org.
7. Jan Vandemoortele, y Enrique Delamonica, “The ‘education vaccine’ against HIV” [La “vacuna de la educación” contra el VIH], *Current issues in comparative education*, vol. 3, Nº 1, diciembre de 2000: <http://www.tc.columbia.edu/cice>.
8. “Global Crisis - Global Action” [Crisis mundial – Acción mundial]. Ficha descriptiva preparada por UNUSIDA acerca de la prevención del VIH/SIDA en la juventud, julio de 2001.
9. R.C. Sharma, *Case study, India: communication and advocacy strategies, adolescent reproductive and sexual health* [Estudio de caso, India: estrategias de comunicación y promoción, salud reproductiva y sexual en adolescentes], Bangkok, UNESCO, 2000. (Adolescent reproductive health: package of research briefs, serie 2.)
10. S.F. Katoanga, 2000. *Situation analysis of adolescent reproductive health in selected Pacific Island countries* [Análisis de situación de la salud reproductiva en adolescentes en ciertos países de las islas del Pacífico]. Trabajo presentado en el “Inter-country Workshop on Adolescent Reproductive Health for East and South East and the Pacific Island Countries”, 27 de abril al 3 de mayo de 2000.
11. “Infant rape in Southern Africa: commentary” [Violación infantil en África meridional], *The Lancet* (Londres), vol. 359, Nº. 9303, 26 de enero de 2002.
12. Musa Dube, (compilador), *HIV and AIDS curriculum for theological institutions in Africa* [El currículum de VIH y SIDA para instituciones teológicas de África], Ginebra, Congreso Mundial de Iglesias, 2001, págs. 5 y 6.
13. John Mbiti, *Introduction to African religion* [Introducción a la religión africana], 2ª ed., Oxford, Heinemann, 1975.
14. *Facing AIDS: the challenge, the churches’ response* [Enfrentar el SIDA: el desafío, la respuesta de las iglesias], Ginebra, Consejo Mundial de Iglesias, 1997.
15. Reporte anual y evaluaciones del Lifeskills Programme, Sakh’ulutsha - Scripture Union, 2001: www.su.org.za/lifeskil.htm
16. Cynthia A. Bouman y Rev. William R. Johnson, *Affirming persons-saving lives* [Afirmar personas-salvar vidas]. HIV/AIDS Ministry, Programme of the United Church of Christ, 1994.
17. “AIDS Teen Peer Educator” (Training Manual) [Joven par educador para el SIDA (Manual de capacitación)], Synodical Board of Health Services, Church of North India, 1999: cnisbhs@del.vsnl.net.in, www.cnisynod.org.
18. ASHA (Action, Service, Hope for AIDS) Foundation, Bangalore, India: www.ashaf.org.
19. Inon Schenker, “Nuevos desafíos a la educación escolar sobre el SIDA ante el desarrollo de la pandemia del VIH”, *Perspectivas* (París, UNESCO) vol. 31, nº 3, septiembre de 2001.

Versión original: inglés

Abraham Steinberg (Israel)

Doctor en medicina. Profesor de neurología. Estudió en la Yeshivat Mercaz Ha'Rav Kook de Jerusalén antes de ingresar en la Facultad de Medicina Hadassah de la Universidad Hebrea. Después de desempeñarse como oficial médico en la Fuerza Aérea Israelí trabajó en el Centro Médico Shaare Zedek de Jerusalén. Desde 1988 dirige el Centro de Deontología Médica en la Facultad de Medicina Hadassah de la Universidad Hebrea. Ha obtenido muchos premios, entre ellos el Premio Israel por haber dirigido la edición de *The encyclopedia of Jewish medical law*. Dirigió los cuatro primeros volúmenes de *Assia*, la publicación en hebreo del Instituto Schlesinger para la Investigación Médica y de la Halajá. Ha escrito, solo o en colaboración, numerosos artículos sobre neurología, deontología médica general, deontología médica judía e historia de la medicina.

Mordechai Halperin (Israel)

Doctor en medicina. Rabino. Actualmente es Director de Deontología Médica en el Ministerio de Salud Pública, en Jerusalén. Se ordenó como rabino en la Yeshivat Ponevitz y es licenciado en ciencias (matemática y física) por la Universidad Hebrea. Completó sus estudios de medicina en la Universidad Hebrea y en la Facultad de Medicina Hadassah. Entre 1986 y 2000 adquirió experiencia médica profesional en Israel; fue director del Centro Médico de Jerusalén para la Impotencia y la Esterilidad. Ha dado cursos en numerosos institutos académicos y ha participado en más de 200 conferencias en Israel y en el extranjero, en calidad de presidente u orador. Es miembro fundador de la Sociedad Israelí de Deontología Médica y miembro de muchos otros comités de ética. Es director de *Assia*, la revista trimestral israelí de deontología médica y de ley judía, y de la revista internacional en inglés *Assia-Jewish Medical Ethics* [Assia-Ética Médica Judía]. Es autor de unos 200 artículos.

LA RELIGION Y LA EDUCACION
PARA LA PREVENCION DEL VIH/SIDA

UNA PERSPECTIVA JUDIA

Abraham Steinberg y Mordechai Halperin

La educación sobre el SIDA es un tema sumamente polémico. La enfermedad llamada síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) fue observada y descrita por primera vez en el mundo occidental en 1981, en cinco homosexuales de sexo masculino de Los Angeles¹. Poco después se convertía en una pandemia de enormes dimensiones, una nueva enfermedad que infundía miedo y aprensión en toda la sociedad. El SIDA es causado por un virus (VIH) que afecta a células específicas del sistema inmunitario, deteriorando su funcionamiento y predisponiendo así al enfermo a contraer graves infecciones y a desarrollar neoplasias malignas. Se han descrito varios tipos de este virus.

El SIDA no tiene cura. Pero durante el segundo decenio de la epidemia de SIDA progresó notablemente la comprensión de la biología y del tratamiento de la infección por el VIH. De resultas de ello, se elaboraron tratamientos antirretrovirales más eficaces, y en particular el tratamiento triple (el “cóctel”)², que han permitido reducir la morbilidad y la mortalidad. Sin embargo, todavía no son posibles una remisión o una cura completa de la enfermedad, ni disponemos aún de una vacuna preventiva. El SIDA puede catalogarse como una enfermedad crónica tratable que, a la larga, es mortal. Por consiguiente, la mayoría de los investigadores creen que la mejor arma para combatir la epidemia de SIDA es la prevención.

En la práctica, el modo más eficaz de lograr la asimilación de la doctrina de la prevención del SIDA radica en educar a fondo a quienes incurren en comportamientos de alto riesgo, al personal médico y a la población juvenil y adulta en general.

Ninguna comunidad está a salvo de la infección por el VIH. La respuesta judía al VIH/SIDA puede describirse como una actitud que oscila entre “una ambivalencia paralizante y una acción esclarecida”³, siendo las comunidades judías de los Estados Unidos las primeras en reaccionar ante la enfermedad. Resulta interesante observar que, si bien el SIDA se conoce desde 1981, es relativamente escasa la bibliografía sobre el enfoque judío en relación con esta enfermedad, el enfermo, el uso indebido de drogas y la educación para la prevención del VIH/SIDA basada en el modo de vida judío.

Parte de las reservas con respecto a la educación en materia de SIDA pueden atribuirse a su carácter problemático y a la idea de que educar a los jóvenes sobre el VIH/SIDA puede favorecer indirectamente la promiscuidad sexual o una actividad sexual “anómala” con el uso de preservativos, dentro o fuera del vínculo matrimonial.

El examen de la bibliografía corriente acerca de la educación en materia de VIH/SIDA inclina a concluir que la misma suele promover discusiones sobre técnicas anticonceptivas que, en general, no son aceptables para el judaísmo, ya que éste figura entre las religiones que se sitúan en el ámbito de la procreación natural, de la familia y del matrimonio.

En razón de este marco doctrinal es imposible producir una bibliografía educativa religiosa pertinente e inteligible destinada a los adolescentes solteros sin preconizar así, indirectamente, su uso en contextos ajenos a la categoría tradicional de “casamiento, familia, procreación”⁴. Actualmente, por iniciativa del Ministerio de Educación israelí, se está tratando de elaborar material de este tipo para las escuelas religiosas de Israel⁵. Por su parte, congregaciones de los Estados Unidos, Canadá

y Europa, al igual que la Unión Mundial de Estudiantes Judíos (WUJS), también están produciendo material con dicha finalidad⁶.

Educar a la juventud judía en materia de VIH/SIDA

La importancia que asigna el judaísmo a la educación se remonta a hace más de 5.000 años, cuando la Torá – el Pentateuco, los cinco libros esenciales de la Biblia – fue entregada por Dios al pueblo judío en el Monte Sinaí por conducto de su libertador, maestro y profeta, Moisés. Todas las demás partes de la Biblia se fundan en el carácter central de la Torá.

A lo largo de los siglos subsiguientes a la destrucción del Templo, rabinos eminentes añadieron nuevos textos que constituyen la Mishná y los Talmudes palestino y babilónico. Ulteriormente, otros rabinos aportaron nuevos comentarios y códigos relativos a la ley. Este conjunto se convirtió en un modo de vida santificado con base textual, que debía preservar al pueblo judío y a su fe. Basándose en la Torá escrita y oral, el judaísmo elaboró así un marco para la religión, la sociedad y la cultura.

Los procesos de socialización empiezan, pues, muy temprano, a través de la educación formal y del refuerzo del conocimiento de rituales y valores en el hogar y en la sinagoga.

El extraordinario valor de la educación en la tradición judía está bien representado en el Deuteronomio 6:7: “Y las repetirás a tus hijos, y hablarás de ellas estando en tu casa, y andando por el camino, y al acostarte, y cuando te levantes”.

La diversidad del judaísmo, dentro y fuera de las comunidades judías ortodoxas, comporta variados enfoques y formas de educación, en general, y con respecto al VIH/SIDA en particular. En gran medida, las escuelas judías ortodoxas, en Israel o en la Diáspora, no imparten ninguna enseñanza sobre el VIH/SIDA. Ello no es de extrañar, si recordamos los ya aludidos recelos relativos a la discusión abierta sobre la sexualidad y el consumo de drogas. Ciertos grupos religiosos judíos (más puritanos que otros) alegan que exponer a sus jóvenes a mensajes sobre la prevención del VIH/SIDA puede causar más daño que mantener toda información al respecto al margen de la discusión con estos jóvenes, que no tienen acceso a la televisión, a la radio ni a otros medios por los cuales pudieran enterarse siquiera de la existencia del SIDA

Importa mencionar aquí un principio pertinente, unánimemente reconocido y primordial de la ética y de la ley judías, a saber: que un acto es lícito (aun cuando esté expresamente prohibido en general) si atenúa o suprime una amenaza directa contra la vida⁷.

Como el VIH/SIDA es mortal y, por consiguiente, la infección puede verse como una amenaza directa contra la vida, la educación para su prevención puede considerarse una acción lícita (según algunos, incluso obligatoria) a cargo de los educadores en los sistemas educativos formal e informal, y de los padres de los adolescentes en el hogar. Esta posición de la ética judía ha permitido que muchos grupos judíos elaboren material claro y comprensible destinado a la educación para la prevención del SIDA a fin de que sea distribuido entre adolescentes y adultos solteros⁸, aunque esta posición no es aceptada por todos los judíos. También ha permitido que los maestros de las escuelas judías ortodoxas participen en talleres de formación destinados a promover el conocimiento y las aptitudes de los educadores judíos en lo relativo a la prevención del VIH/SIDA y a la educación en esta materia, tanto en Israel como en la diáspora judía⁹.

Otras perspectivas inherentes a la ética judía permiten una educación más efectiva y significativa sobre el SIDA, en el contexto de la ética sexual judía, que la que podría recomendarse legítimamente en el contexto de la ética sexual cristiana o musulmana¹⁰.

Principios fundamentales judíos

La educación para la prevención del VIH/SIDA debe examinarse en el contexto de los principios específicos fundamentales del judaísmo. A continuación resumimos algunos de los principios fundamentales que representan los valores y la ética judíos en lo relativo a la enfermedad, su tratamiento y su prevención.

EL VALOR SUPREMO DE LA VIDA HUMANA:

“DIOS CREO AL HOMBRE A SU IMAGEN”

El derecho fundamental a la integridad física y mental cobra un significado especial en la ley judía y proviene de su concepción filosófica básica acerca de la fuente del derecho del ser humano a su vida, a su cuerpo y a su dignidad¹¹.

Una norma esencial que pertenece a los fundamentos de la ley judía es la que atribuye a la vida humana un valor inconmensurable, tanto con respecto a su dignidad como a su duración¹². Los dos principios siguientes, que sugieren que la medicina preventiva es obligatoria, se deducen de ese principio fundamental.

“Puesto que mantener el cuerpo sano y vigoroso es uno de los designios de Dios [...], debemos evitar lo que daña el cuerpo y acostumbrarnos a lo que es saludable”.¹³

“Del mismo modo, es una *mitzvah* (mandato) positiva eliminar cualquier obstáculo que pueda representar un peligro para la vida, y ser muy cuidadosos en esta materia, como está escrito:¹⁴ ‘Guárdate y guarda tu alma’”.

Quien produce un obstáculo peligroso y no lo retira está rehusando la observancia de un mandamiento positivo y violando el mandamiento negativo “No derrames la sangre”. “Nuestros doctores prohíben muchas cosas por comportar una amenaza para la vida”¹⁵.

Salvar una vida (*Pikuach Nefesh*) es, en efecto, una *mitzvah* tan importante que debe cumplirse indefectiblemente, incluso si ello supone dejar de lado otros mandatos religiosos. Por ejemplo, para salvar una vida no sólo nos está permitido violar el Sábado, sino que estamos obligados a hacerlo, y nuestros rabinos afirman que todo acto destinado a salvar una vida tiene un valor absolutamente preeminente. De ahí el deber de prevenir la infección por el VIH. ¿Puede interpretarse esta *mitzvah* como una autorización para lanzar campañas educativas a fin de informar a la gente acerca del VIH y del SIDA, o para usar un preservativo a fin de evitar ser infectado o infectar a otro con un virus mortífero? En la bibliografía religiosa judía reciente se expresan diversas opiniones a este respecto¹⁶.

Prevención

TOMAR PRECAUCIONES O REHUSAR EL TRATAMIENTO

Todo individuo, y toda sociedad en el sentido amplio del término, están obligados a ayudar a prevenir y a impedir la propagación del VIH/SIDA. Según la ley judía, se deben adoptar precauciones adecuadas cuando se está en contacto con enfermos de SIDA, y especialmente al someterlos a procedimiento invasivo. El personal de los servicios de salud debe observar reglas estrictas de protección contra la infección.

Por otra parte, los médicos y demás personal sanitario no pueden negarse a atender a los pacientes afectados por el SIDA por temor a contraer la enfermedad, pues el contacto ordinario con tales enfermos no comporta ningún riesgo de contagio. Sólo la sangre o el contacto sexual, o ambos,

pueden transmitir el virus. Si se observan las precauciones debidas al extraer muestras de sangre, el riesgo de contagio es ínfimo. Por consiguiente, el médico debe atender a estos pacientes.

Análogamente, los niños que padecen del VIH/SIDA no deben ser segregados en la escuela¹⁷, pues no suponen un riesgo real para los demás niños.

Asimismo, es obligatorio efectuar la limpieza ritual (*taharah*) del cadáver de una persona que sufría del SIDA: quienes la realizan deben tomar precauciones y llevar guantes¹⁸.

INFORMAR A LA PAREJA

A lo largo de su historia, el SIDA ha sido encarado de modo diferente que otras enfermedades. Por ejemplo, las reglas que rigen las pruebas de detección del VIH requieren un consentimiento con conocimiento de causa y prohíben comunicar el resultado a terceros¹⁹. Según la ley judía, sin embargo, el VIH/SIDA debe encararse como cualquier otra enfermedad contagiosa incurable de difusión mundial.

La Torá prohíbe comunicar informaciones sobre una persona a un tercero, incluso si tal información es verdadera, a menos que se cumplan ciertas condiciones muy específicas. (Se llama a esto *leshon ha'rah* [maledicencia] e impone severas restricciones aun al chismorreo social “inocuo”). Pero las prohibiciones de *leshon ha'rah* no son absolutas.

La comunicación de información negativa no sólo está permitida, sino que es obligatoria, según la *Halajá*, cuando puede evitar un daño físico, financiero o emocional a un tercero. Por ejemplo, si una mujer está por casarse con un hombre con antecedentes psiquiátricos y de maltrato, la revelación de estos hechos es obligatoria. Esta consideración se aplicaría a los casos de SIDA, en los cuales el no comunicar la información puede tener por resultado la muerte, y no meramente un perjuicio financiero. Aparentemente, pues, la *Halajá* apoya tanto el diagnóstico obligatorio como la comunicación obligatoria, por lo menos cuando tal conocimiento resulta indispensable²⁰.

Por lo tanto, uno está obligado a informar a las parejas sexuales de una persona enferma de SIDA acerca de los riesgos a que se exponen. Es preferible que la propia persona enferma comunique voluntariamente tal información, pero si se niega a hacerlo, toda otra persona tiene el deber de informar a sus parejas sexuales, incluso contra su voluntad²¹.

PREVENIR LA INFECCION DEL CONYUGE

Se prohíbe a una persona enferma de SIDA que cohabite con su cónyuge, por temor a que pueda contagiarlo o contagiarla. Sin embargo, los doctores de la ley judía²² no están de acuerdo acerca de si es lícito que un hombre use un preservativo cuando padece la enfermedad o cuando su mujer está infectada, ya que la seguridad del preservativo no es infalible²³. Una relación sexual de este tipo puede considerarse como una “emisión de semen en vano” y, como tal, está prohibida²⁴. En consecuencia, de acuerdo con algunos grandes doctores de la ley, si uno de los cónyuges tiene SIDA, la única solución es el divorcio²⁵.

“SEXO SEGURO” O EDUCACION PARA UNA CONDUCTA MORAL

La medida preventiva de la que más se habla es el uso del preservativo en el acto sexual. Algunos autores expresan dudas acerca de su eficacia real y aducen precedentes históricos relativos a otras enfermedades sexualmente transmisibles²⁶. No hay acuerdo unánime sobre la seguridad del uso del preservativo²⁷; según un estudio efectuado en los Estados Unidos, el índice anual de fracaso oscilaba entre 1% y 4% cuando la mujer tenía más de 30 años, y entre 10% y 33% si ésta era menor de 25 años²⁸. Por otra parte, el hecho de fomentar públicamente o al menos aprobar el uso del preservativo parece aceptar la inmoralidad: desde el punto de vista judío, el preservativo no puede sustituir a la autodisciplina en la prevención de la infección²⁹.

Aunque la ley judía desapruueba en general el uso del preservativo como anticonceptivo, lo permitiría como medio preventivo de una enfermedad mortífera, con arreglo a la *mitzvah* de *Pikuach Nefesh*. La Torá no exigiría de un enfermo de SIDA la abstinencia sexual durante toda su vida. Que deban distribuirse abiertamente preservativos en las escuelas entre los alumnos es un punto más delicado. Es obvio que el judaísmo sitúa la actividad sexual en el marco de un matrimonio constituido por personas comprometidas que se aman, y ve con malos ojos todo intento de legitimar abiertamente otros estilos de vida o las relaciones sexuales prematrimoniales. La ley judía no puede admitir la satisfacción sexual fuera del matrimonio.

En un “Memorando sobre el SIDA”³⁰ presentado en 1989 por Lord Immanuel Jakobovitz Z’L, Gran Rabino del Reino Unido, a la Comisión de Servicios Sociales de la Cámara de los Comunes, encontramos un punto de vista judío coherente sobre las campañas de prevención del VIH/SIDA. En dicho documento, el rabino Jakobovitz reacciona ante la célebre campaña mediática

del gobierno británico para la prevención del SIDA titulada “No muera por ignorancia”. Al par que felicita al Gobierno por la puesta en marcha de una campaña educativa sobre la prevención del SIDA, el autor observa: “la ignorancia no es una enfermedad mortal, y debería denunciarse más explícitamente el verdadero origen del peligro, que radica en un comportamiento irresponsable [...] la educación sexual en las escuelas debe orientarse específicamente a la preparación para el matrimonio, comprendida la abstinencia de actividades sexuales prematrimoniales, ya que éstas no pueden sino minar un matrimonio ulterior, que no corresponderá a las esperanzas”³¹.

El rabino Jakobovitz, muy respetado e influyente por su labor de interpretación y de enseñanza de la ley y de la ética médica judías, concluye que una campaña educativa para la prevención del VIH/SIDA debería decir claramente: “El SIDA es consecuencia de las relaciones sexuales prematrimoniales, de la infidelidad conyugal, de la desviación sexual y de la irresponsabilidad social; se sacrifica la felicidad duradera al placer del momento y se antepone la complacencia egoísta al deber y a la disciplina”³².

No es lógico buscar protección contra las consecuencias de un comportamiento intrínsecamente peligroso cuando podemos evitar tal comportamiento³³. Así lo entiende en su mayoría la población del Reino Unido: un 74% considera que el único medio seguro para evitar el SIDA es tener una única pareja constante, y un 96% pide que la escuela enseñe los peligros inherentes al “amor libre”³⁴. Por consiguiente, en lugar de preconizar una “sexualidad segura” que no lo es tanto, deberían enseñarse a las personas sus obligaciones morales, para evitar las relaciones sexuales ilícitas.

Estas ideas dominan el pensamiento y la práctica judíos en materia de educación sobre el SIDA. Son normativas en las escuelas religiosas israelíes y en las escuelas judías ortodoxas de la Diáspora. Otros grupos están dispuestos a aceptar la postura de que si los adolescentes han de ser sexualmente activos deberían ser conscientes de las medidas de prevención. En este caso, la escuela debe caminar sobre la cuerda floja, recomendando la abstinencia y la responsabilidad como normas ideales, pero haciendo posible la obtención de preservativos a falta de mejor solución o, mejor dicho, como el menor de dos males.

Según la ley judía, la homosexualidad está estrictamente prohibida y no debe ser tolerada ni fomentada. En el contexto del uso indebido de drogas, el enfoque educativo idóneo para prevenir la propagación del SIDA consiste en enseñar y promover la abstinencia del consumo de drogas ilícitas.

Algunos sugieren que los drogadictos sean provistos legalmente de drogas y de agujas y jeringas esterilizadas para reducir el peligro de propagación del virus del SIDA. Este enfoque, más que a erradicar la enfermedad, tiende a perpetuar el consumo de drogas. Por lo tanto, el enfoque correcto consiste en educar a los jóvenes con respecto a los peligros del consumo de drogas y brindar tratamiento y rehabilitación a los adictos. Pero tales pacientes son particularmente difíciles de educar y de motivar para que sigan programas terapéuticos. Por eso, la sociedad debe aplicar coactivamente las leyes sobre la drogadicción y, hasta que la educación resulte eficaz, tratar de restringir los hábitos que favorecen la propagación del virus.

Detectar a las personas con comportamientos de alto riesgo

Un método adicional para prevenir la difusión del SIDA consiste en rastrear masivamente la infección por el virus del SIDA, y especialmente en la población más expuesta al contagio, para identificar a los portadores y restringir sus actividades. Desde el punto de vista epidemiológico este enfoque puede no alcanzar su objetivo por diversas razones: resulta difícil de poner en práctica, por motivos políticos; no se puede llegar a todos los pacientes de alto riesgo y es necesario repetir periódicamente las pruebas de detección, pues una sola prueba con resultado negativo no excluye la posibilidad de la infección por el virus del SIDA, ni la de una infección ulterior. Pero dada la existencia de mejores formas de tratamiento, y considerando que la intervención precoz ha demostrado ser ventajosa, parece razonable someter a pruebas de diagnóstico a los grupos de alto riesgo³⁵.

DIAGNOSTICO OBLIGATORIO

La ley judía³⁶ permite las pruebas de detección de anticuerpos del virus del SIDA aun sin el consentimiento de los interesados cuando se trata de poblaciones de alto riesgo, como los

homosexuales, los drogadictos y los hemofílicos, para determinar si son o no portadores de la enfermedad.

Asimismo, de existir un tratamiento eficaz, podría administrarse obligatoriamente al paciente con SIDA, tanto en su propio beneficio como para prevenir la propagación de la enfermedad³⁷.

Pero en la medida en que tales pruebas no protegerían actualmente a la población, no hay ninguna ventaja en imponerlas por la fuerza.

La circuncisión y el VIH/SIDA

La circuncisión es un tema sumamente polémico por muchas razones, entre ellas consideraciones de orden religioso, cultural, clínico, económico, sanitario y educativo. Según datos recientes, hay pruebas suficientes para sugerir una estrecha correlación entre la circuncisión y un menor riesgo de contraer la infección por el VIH. Las pruebas son ecológicas (correlación entre las zonas donde se practica tradicionalmente la circuncisión y las tasas elevadas de incidencia del VIH en África), epidemiológicas (en el mundo y en África) y biológicas (mecanismos plausibles de la infección)³⁸. Quienes se pronuncian por la circuncisión masiva como medio para prevenir una mayor propagación del VIH/SIDA se basan en informaciones relativas a África (principalmente Kenya y Uganda). En Israel, donde casi el 100% de la población (judíos, musulmanes, drusos y cristianos) es circuncisa, el índice de infección por el VIH en la población no inmigrante se cuenta entre los más bajos de Europa.

Todo niño varón judío es circuncidado al octavo día después de su nacimiento, con arreglo a la Alianza pedida por Dios a Abraham según el Génesis (Cap. 17). Desde hace siglos, esta operación es ejecutada por un Mohel (circuncidador ritual), cuyo saber suele provenir de una tradición familiar³⁹. Como la circuncisión se practica en el judaísmo por razones rituales desde hace 5.000 años, sus beneficios sanitarios y médicos están documentados en los escritos de los sabios judíos desde hace varios siglos.

Hay varones judíos infectados por el VIH, y la hipótesis de que la circuncisión protege de este virus no podría contrastarse en Israel, por falta de un grupo testigo. La epidemiología puede indicar que la baja incidencia del VIH en Israel entre los varones circuncidados al octavo día de vida está correlacionada con la práctica de la circuncisión en la casi totalidad de su población. Este punto

requiere una investigación más detenida. Pero la ley judía es muy concreta con respecto al procedimiento y a la oportunidad de la realización del ritual, a las razones legítimas que pueden justificar una postergación de la operación por unos días y a su significación religiosa. La ley judía no se ocupa de la circuncisión entre los no judíos⁴⁰.

Tratamiento

LA OBLIGACION DE PRESTAR ATENCION MEDICA
SE REFIERE A TODOS LOS PACIENTES

Un médico está obligado a atender a todo paciente enfermo de SIDA, inclusive a homosexuales, prostitutas o drogadictos⁴¹. Algunas razones que justifican esta norma son las siguientes:

- La misión de un médico no es juzgar a la gente.
- Cualquier enfermedad puede ser resultado del pecado.
- La obligación de prestar atención médica se refiere a todos los pacientes.
- La disposición de la *Halajá* fundada en el versículo bíblico es: “que cesen de existir los pecados (*chataim*)”, y no “que cesen de existir los pecadores (*chotim*)”⁴².
- El paciente puede arrepentirse⁴³.
- Hallamos una disposición semejante en las leyes del Sábado, en cuanto la observancia del Sábado admite excepciones, incluso en beneficio de los profanadores del Sábado⁴⁴.

LA OBLIGACION DE VISITAR Y AYUDAR A LOS ENFERMOS

El precepto de visitar a los enfermos también se aplica a los enfermos de SIDA⁴⁵, en la medida en que no existe ningún peligro real para el visitante.

ALGUNAS REGLAS ESPECIFICAS DE LA HALAJÁ APLICABLES
A LOS ENFERMOS DE SIDA⁴⁶

Entre las reglas de la *Halajá* que se aplican a los enfermos de SIDA, incluso a los que han contraído la enfermedad de resultas de su conducta pecaminosa, figuran las siguientes:

- Un enfermo de SIDA puede contar para un quórum de diez hombres (*minyán*).
- Si se arrepiente, puede oficiar de cantor en la sinagoga, incluso en las fiestas mayores.
- Si es un *cohen*, puede impartir la bendición sacerdotal.
- Un enfermo de SIDA puede ser testigo ante un tribunal.
- Los familiares pueden observar las reglas usuales del luto por un enfermo de SIDA fallecido.

EL ENFERMO DE SIDA EN FASE TERMINAL

La actitud judía con respecto a un enfermo de SIDA en fase terminal es semejante a la relativa a otros enfermos en fase terminal, y se examina en otro lugar⁴⁷.

El sufrimiento y la soledad del enfermo de SIDA

En el Libro de los Salmos puede leerse una descripción conmovedora del intenso sufrimiento y de la terrible soledad de un enfermo grave⁴⁸. Aunque esta descripción no se refiere específicamente a un enfermo de SIDA, es una de las mejores descripciones de su situación física y emocional⁴⁹.

- 2 *Jehová, no me reprendas en tu furor, Ni me castigues en tu ira.*
- 3 *Porque tus saetas descendieron a mí, Y sobre mí ha caído tu mano.*
- 4 *No hay sanidad en mi carne a causa de tu ira; Ni hay paz en mis huesos a causa de mi pecado.*
- 5 *Porque mis iniquidades han pasado mi cabeza: Como carga pesada se han agravado sobre mí.*
- 6 *Pudriéronse, corrompiéronse mis llagas, A causa de mi locura.*
- 7 *Estoy encorvado, estoy humillado en gran manera, Ando enlutado todo el día.*
- 8 *Porque mis lomos están llenos de irritación, Y no hay sanidad en mi carne.*
- 9 *Estoy debilitado y molido en gran manera; Bramo a causa de la conmoción de mi corazón.*
- 10 *Señor, delante de ti están todos mis deseos; Y mi suspiro no te es oculto.*

- 11 *Mi corazón está acongojado, hame dejado mi vigor; Y aun la misma luz de mis ojos no está conmigo.*
- 12 *Mis amigos y mis compañeros se quitaron de delante de mi plaga; Y mis cercanos se pusieron lejos.*
- 13 *Y los que buscaban mi alma armaron lazos; Y los que procuraban mi mal hablaban iniquidades, Y meditaban fraudes todo el día.*
- 14 *Mas yo, como si fuera sordo no oía; Y estaba como un mudo, que no abre su boca.*
- 15 *Fui pues como un hombre que no oye, Y que en su boca no tiene reprensiones.*
- 16 *Porque a ti, oh Jehová, esperé yo: Tú responderás, Jehová Dios mío.*
- 17 *Porque dije: Que no se alegren de mí: Cuando mi pie resbalaba, sobre mí se engrandecían.*
- 18 *Empero yo estoy a pique de claudicar, Y mi dolor está delante de mí continuamente.*
- 19 *Por tanto denunciaré mi maldad; Congojaréme por mi pecado.*
- 20 *Porque mis enemigos están vivos y fuertes: Y hanse aumentado los que me aborrecen sin causa.*
- 21 *Y pagando mal por bien me son contrarios, por seguir yo lo bueno.*
- 22 *No me desampares, oh Jehová: Dios mío, no te alejes de mí.*
- 23 *Apresúrate a ayudarme, Oh Señor, mi salud.*

Una parte importante de la meta educativa es la asimilación del conocimiento del dolor y de la soledad de los enfermos de SIDA, a fin de estar en condiciones de aportarles apoyo moral, además de asistencia médica y social.

En conclusión

El judaísmo, basado en la Torá escrita y oral, se desarrolló como un marco para la religión, la sociedad y la cultura. Este marco ofrece respuestas a los problemas fundamentales actuales relativos a todos los aspectos de la vida.

El principio supremo de protección de la vida sienta las bases de la respuesta judía a la epidemia de VIH/SIDA. Desde un punto de vista educativo, promover los valores de la familia, el

matrimonio, la fidelidad y la procreación natural es el único enfoque aceptable de una campaña de educación para la prevención del SIDA.

Al declararse la enfermedad, e independientemente del modo en que se haya contraído, la ley judía recomienda encarecidamente y exige asistencia completa, apoyo, compasión y un tratamiento adecuado para toda persona contagiada por el VIH o enferma de SIDA.

Notas

1. M.S. Gottlieb *et al.*, *Morbidity and mortality weekly report* (Atlanta, Georgia), vol. 30, nº 250, 1981.
2. S.M. Hammer *et al.*, *New England journal of medicine* (Boston, Massachusetts), vol. 337, 1997, pág. 725.
3. J.S. Deutch, "Jews with AIDS" [Judíos con SIDA]. *Long Island Jewish World* (Great Neck, Nueva York), 1986, págs. 13-14.
4. R.A. Freund, *Understanding Jewish ethics*, Lewiston, Nueva York, E. Mellen Press, 1990, pág. 284.
5. Israel, Ministerio de Educación, *Circular notes 2(a)*, Jerusalén, 3 de octubre de 1999, pág. 44.
6. F. Rosner, "AIDS: Jewish perspectives" [SIDA: perspectivas judías], *en*: Rabino Levi Meier, (comp.), *Jewish values in health and medicine*, Lanham, Maryland, University Press of America, 1991, págs. 171-177.
7. I. Jakobovits, *Jewish medical ethics* [Ética médica judía], Nueva York, NY, Bloch, 1975, págs. 285-291.
8. Freund, *op. cit.*, pág. 285.
9. I. Schenker *et al.*, *AIDS education: interventions in multi-cultural societies*, Nueva York, NY; Londres, Plenum Press, 1996, págs. 251-254.
10. Rosner, *op. cit.*
11. Juez M. Elon, "New horizons in medical ethics" [Nuevos horizontes en la ética médica], *en*: *The Proceedings of the First International Colloquium on Medicine Ethics and Jewish Law*, Jerusalén, Schlesinger Institute for Medical-halachic Research, Shaare-Zedek Medical Center, 1996, págs. 24-157.
12. *Ibid.*
13. Maimónides, *Mishne Torah*, De'ot, 4:1.
14. *Deuteronomio*, 4:9 (traducción de Cipriano de Valera y Casiodoro de Reina).
15. Maimónides, *Mishne Torah*, Rotze'ach ush'mirat nefesh, 11:4-5.
16. G. Sabar-Friedman, "The role of religious organizations in constructing the HIV/AIDS discourse and prevention actions" [El rol de las organizaciones religiosas en la construcción del discurso sobre el VIH/SIDA y las acciones de prevención], *en*: I. Schenker *et al.*, (comp.), *op. cit.*, págs. 217-219.
17. Rabino I. Jakobovits, *Jewish medical ethics*, vol. 2, nº 1, 1991, pág. 3.
18. Jakobovits, *op. cit.*; F. Rosner, *Modern medicine and Jewish ethics*, 2ª ed., Hoboken, Nueva Jersey, Ktav Publishing House, 1991, págs. 49-66.
19. R. Bayer, *New England journal of medicine* (Boston, Massachusetts), vol. 324, pág. 1.500, 1991; D.J. Casarett y J.D. Lantos, *Annals of internal medicine* (Philadelphia, Pennsylvania), vol. 128, pág. 756, 1998.
20. Y. Breitowitz, "AIDS: a Jewish perspective", *Journal of Jewish law*. Internet: <http://jlaw.com/Articles/aids.html>
21. *Nishmat Avraham*, parte 4, *Even Haezer* Nº 2:1a, con la aprobación del rabino S.Z. Auerbach.
22. Rabino Y. Neuwirth, "Sinopsis of responsa on AIDS", *en* *The Proceedings of the First International Colloquium on Medicine Ethics and Jewish Law*, Jerusalén, Schlesinger Institute for Medical-halachic Research, Shaare-Zedek Medical Center, 1996, págs. 207-210.
23. *Danforth's obstetrics and gynecology*, 6ª ed., Filadelfia, Pennsylvania, J.B. Lippincott, 1990, pág. 712.
24. Véase *in extenso en*: *Otzar Haposkim* 23:17:36. Otras respuestas en *Iggrot Moshe, Even Haezer*, parte 1, nº 63 y parte 4, nº 67.
25. Rabinos S.Z. Auerbach y Y.S. Elyashiv, citados en *Nishmat Avraham*, *op. cit.*, nº 2:1b.
26. A.M. Brandt, *American journal of public health* (Washington, DC), vol. 78, pág. 367, 1988.
27. E.J. Emanuel y L.L. Emanuel, *American journal of medicine* (Belle Mead, Nuevo Jersey), vol. 83, pág. 519, 1987; W. Cates y A.R. Hinman, *New England journal of medicine* (Boston, Massachusetts), vol. 327, nº 492, 1992; A.M. Johnson, *New England journal of medicine* (Boston, Massachusetts), vol. 331, pág. 391, 1994.
28. *Danforth's obstetrics and gynecology*, *op. cit.*

29. Jakobovits, *op. cit.*, págs. 3-5.
30. *Ibíd.*, pág. 7.
31. *Ibíd.*, pág. 8.
32. *Ibíd.*
33. *Ibíd.*
34. K.A. Freedberg y J.H. Samet, *Archives of internal medicine* (Chicago, Illinois), vol. 159, pág. 1994, 1999.
35. Rabino S. Dichowski, *Assia* (Jerusalén, Schlesinger Institute for Medical-halachic Research at the Shaare-Zedek Medical Center), n° 45-46, *Tevet* 5749, 1989, págs. 28 y ss.
36. M. Halperin y A. Steinberg, *Assia* n° 61-62, *Nissan* 5758, 1998, págs. 128 y ss.
37. A. Steinberg, *Assia* n° 47-48, *Kislev* 5750, 1990, págs. 18 y ss.
38. I. Schenker y T. Farley, *Male circumcision and HIV/AIDS*, Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2001. (Consulta oficiosa de la OMS.)
39. M. Halperin, *Post-circumcision sucking and washing—solving the puzzle*, Jerusalén, Hiechal Shlomo Publishing, 2001, págs. 111-132.
40. *Ibíd.*
41. Salmo 104:35, según la interpretación del Talmud de Babilonia, disertación Brakhot 10a.
42. *Ibíd.*
43. Ver Dictámenes *Chatam Sofer*, *Yoreh Deah* n° 341; Dictámenes *Maharam Shick*, *Orach Chayim* n° 140.
44. Véase *Chazon Ish*, *Yoreh Deah* N° 2:116 y 2:28; Dictámenes *Chelkat Yaakov*, parte 1 n° 45; Dictámenes *Tzitz Eliezer*, parte 8 n° 15 y parte 9 n° 17:2:18. Véase además Dictámenes *Minchat Yitzchak*, parte 1 n° 53 y parte 3 n° 20.
45. Rosner, *op. cit.*; Steinberg, *op. cit.*
46. Rosner, *op. cit.*
47. “The report of the Israeli Governmental Public Committee Concerning the Dying Patient (‘The Steinberg Committee’)” [Informe del Comité Público del gobierno israelí sobre el paciente terminal (Comité Steinberg)], *Assia*, N° 69-70, *Nissan*, 5762, 2002, págs. 5 y ss.
48. Salmo 38 (traducción de Cipriano de Valera y Casiodoro de Reina).
49. Eli Davis, Carta al Director, *Journal of the Royal Society of Medicine*, Vol. 82, pág. 508, 1989; *Assia*, N° 47-48, *Kislev*, 5750, 1990, pág. 31; *Assia*, n° 49-50, *Tamuz*, 5750, 1990, pág. 171.

LAS VOCES DE LA JUVENTUD:
CÓMO ME ENTERÉ DE LA EXISTENCIA DEL SIDA

La primera vez que oí hablar del SIDA tenía unos 12 o 13 años. En ese momento, no comprendí de qué se trataba ni por qué resultaba tan peligroso. Más tarde, a medida que fui creciendo, empecé a leer libros y a analizar la situación general en el mundo. Fue entonces cuando comencé a entender qué tipo de enfermedad era el SIDA. Vi documentales terribles sobre drogadictos, prostitutas y niños pequeños que contraían la enfermedad, y por supuesto quedé muy impresionada. Por eso ahora, siempre pienso en llevar una forma de vida sana, en mi futuro, y procuro advertir a mis amigos sobre el peligro de mantener relaciones con gente sobre la que no saben nada. Todos estamos expuestos al virus del SIDA. Debemos pues asumir la responsabilidad de nuestro comportamiento sexual, y pensar en nuestro futuro y el de nuestros hijos. Es necesario realizar películas y programas de radio y publicar folletos para que la sociedad esté debidamente informada. Así podrán las personas que tienen entre 15 y 40 años estar mejor enteradas del problema y responsabilizarse mucho más.

ANNA SHEKHTMAN
MUJER, 20 AÑOS, MOSCÚ (FEDERACIÓN DE RUSIA)

LAS VOCES DE LA JUVENTUD:

CÓMO ME ENTERÉ DE LA EXISTENCIA DEL SIDA

Tenía 12 años cuando supe de la existencia del VIH/SIDA. Un amigo me habló de este mal espantoso. Tuve miedo pero quise también saber algo más. Al día siguiente fui a la biblioteca de la escuela para buscar más información sobre la enfermedad.

Me enteré de que se trataba de una afección viral peligrosa. Realmente me asusté mucho: me la imaginé como un veneno lento que mata progresivamente a una persona. Resolví allí mismo hacer todo lo posible por impedir que ese veneno se introdujera en mi cuerpo. Es triste descubrir que no existe casi ningún lugar en el mundo donde no exista el VIH, y que se está propagando rápidamente en aquellos pocos sitios que estaban aún a salvo. Resulta alarmante constatar que cada año el número de víctimas de la infección aumenta en el mundo en unos 5,8 millones: esto equivale a 16.500 infecciones diarias, o a que cada minuto se infectan 11 personas. La mayoría de las personas que contraen la enfermedad viven en países en desarrollo, cuya población se compone en un 50% de jóvenes como yo: de 15 a 24 años de edad.

A pesar de los grandes esfuerzos desplegados por los investigadores médicos en todo el mundo, sigue sin existir una cura para la enfermedad, y eso me asusta aún más. Afortunadamente, se puede evitar el contagio de este mal tan peligroso con una conducta adecuada. Aun estando informadas sobre la enfermedad y sabiendo que no se transmite tan fácilmente, muchas personas se sienten incómodas en presencia de los enfermos, y éstos se vuelven objeto de discriminación. Creo que las personas con SIDA necesitan amor y asistencia, no rechazo y reclusión.

He aquí algunas de las cosas que he aprendido:

- La palabra SIDA corresponde a una sigla que significa síndrome de inmunodeficiencia adquirida.
- Fueron Robert Gallo (en los EE.UU.) y Luc Montagnier (en Francia) quienes identificaron el VIH (virus de inmunodeficiencia humana) con el microscopio electrónico alrededor del año 1983.
- Se trata de una enfermedad viral sin cura definitiva. Sin embargo, existen medicamentos que permiten prolongar la vida de los enfermos.

- Se transmite a través de conductas sexuales de alto riesgo y de sangre y productos sanguíneos contaminados.
- Se puede impedir el contagio evitando conductas sexuales de alto riesgo y el consumo de drogas intravenosas, y con un control cuidadoso de la sangre y los productos sanguíneos.
- Los científicos trabajan sin descanso para encontrar una vacuna, con esperanzas concretas de lograrlo y poder adoptar en el futuro medidas preventivas eficaces contra el SIDA.

Como jóvenes que representan la esperanza en todos los países, tenemos una responsabilidad enorme en cuanto a la prevención del VIH/SIDA. Como dice el refrán, “más vale prevenir que curar”. No obstante, a menudo es poco lo que se hace para prevenir la enfermedad, cuyo peligro de contagio podría erradicarse casi totalmente si todos respetaran ciertas normas de comportamiento. Entonces podríamos imaginar un mundo otra vez libre de este mal.

La educación entre pares es muy eficaz para difundir información adecuada sobre el VIH/SIDA. Sé ahora que existe una serie de medidas efectivas para prevenir la enfermedad dentro de la comunidad:

- Una educación sanitaria general sobre una práctica sexual más segura, incluyendo el uso del preservativo.
- Una educación intensiva sobre el SIDA en la escuela.
- Un control riguroso de la sangre o los órganos donados y de los productos de origen sanguíneo antes de ser empleados.
- Advertir contra el consumo de drogas intravenosas.
- La adopción de diversas medidas preventivas estrictas en cada institución médica, destinadas a proteger a la plantilla médica y a los pacientes.

En un plano individual, debemos observar ciertas conductas:

- no inyectarse drogas ni compartir jeringas;
- evitar la promiscuidad sexual y las prácticas de alto riesgo;
- usar preservativos siempre que sea necesario.

Me gustaría ver a todo el mundo aunar sus esfuerzos para erradicar este mal nefasto y mortal.

RABIN RIMAL

VARÓN, 16 AÑOS, KATMANDÚ (NEPAL)

LAS VOCES DE LA JUVENTUD:
CÓMO ME ENTERÉ DE LA EXISTENCIA DEL SIDA

Tengo 17 años de edad y soy estudiante en la escuela secundaria de enseñanza técnica André Peytavin en Saint-Louis (Senegal). La primera vez que oí hablar de la existencia del SIDA fue durante una reunión de información en el barrio donde vivo.

Una muchedumbre se había reunido en la plaza. Entre la gente había un doctor que se puso a hablar. Dijo lo siguiente: “A pesar de los esfuerzos de la comunidad nacional e internacional, el SIDA no ha cesado de propagarse, afectando a la población sexualmente activa, y en particular a los jóvenes y adolescentes. Existen diversos modos de transmisión. Por ejemplo, el contagio por vía sexual, por contacto con objetos contaminados con sangre durante determinadas actividades de índole cultural, tales como la excisión de las mujeres, la circuncisión, la escarificación, el tatuaje, el intercambio de jeringas, etc. La transmisión durante el embarazo es conocida como transmisión vertical (de madre a hijo). Los efectos del SIDA son: diarrea, fiebre, pérdida de peso, fatiga constante, etc. En lo que respecta a la prevención, es necesario abstenerse de mantener relaciones sexuales prematrimoniales, usar las jeringas una sola vez, controlar los productos sanguíneos antes de las transfusiones, evitar la promiscuidad sexual, alentar la provisión de preservativos, etc. La gran amenaza de esta enfermedad es que afecta al sector productivo de nuestras sociedades. Los medicamentos que pueden llegar a aportar alguna solución (antirretrovirales) distan mucho de estar al alcance de todos. Esto significa que la prevención constituye el medio más efectivo de combatir la enfermedad”.

En ese momento me sentí presa del pánico y comuniqué de inmediato todo lo que acababa de escuchar a mis padres y amigos. Desde ese día me hice miembro de una asociación llamada STOP-SIDA donde participé activamente en el fomento de la prevención contra el SIDA en mi país.

MAMADOU NDIAYE

VARÓN, 17 AÑOS, SAINT-LOUIS (SENEGAL)

LAS VOCES DE LA JUVENTUD:
CÓMO ME ENTERÉ DE LA EXISTENCIA DEL SIDA

En mi condición de joven que comienza el ciclo terciario de educación, quisiera examinar retrospectivamente cómo reaccioné cuando oí hablar del SIDA por vez primera en la escuela primaria. Mi reacción inicial fue: “Bueno, es otra enfermedad más, como el cáncer o la diabetes”. Durante un tiempo no me interesé mucho por el asunto, pero ante el constante bombardeo informativo en la escuela, en los medios de comunicación y en otros centros de información, me vi obligado a prestar oídos. No tardé mucho en darme cuenta de que no se trataba simplemente *de otra enfermedad más*. Empecé a asimilar todo lo que se decía y recuerdo la pena que sentí por aquellos que habían contraído el VIH/SIDA al comprender las consecuencias devastadoras que tendría para ellos.

Cuando estaba en la escuela secundaria, una víctima del SIDA vino a visitarnos y a compartir con nosotros la realidad de vivir con la enfermedad, contándonos acerca de su lucha interminable contra la infección. Fue la única ocasión en la que he estado a sabiendas en presencia de un enfermo de SIDA. Al oírlo hablar de su padecimiento de modo tan dramático, me sentí vulnerable y conmovido.

Las estadísticas presentadas sobre los casos de SIDA, tanto en el ámbito regional como internacional, nos hacen sentir más vulnerables aún. Se dice que el Caribe ocupa el segundo lugar en el mundo en la lista de las regiones más afectadas por el VIH/SIDA. La conciencia de que este mal puede aniquilar a millones de personas me hace temer por la supervivencia de nuestras pequeñas comunidades isleñas.

También pienso en la gran cantidad de personas que se exponen al virus en razón de su conducta promiscua e irresponsable. Muchas veces me pregunté quiénes podían haber contraído la enfermedad entre las personas que me rodeaban. Mis amigos y yo hablábamos constantemente del tema, y de cómo el SIDA podía destruir nuestra vida y nuestros sueños. A pesar de estar en esa edad en la que las hormonas suelen “alborotarse”, empecé a sentir miedo ante la idea de tener relaciones sexuales.

Es difícil comprender cómo la gente puede mantenerse tan indiferente ante un problema de semejante envergadura. Antes de tomar decisiones impulsivas con consecuencias fatales, debemos preocuparnos por proteger nuestra vida y vivir lo más plenamente posible. Al mismo tiempo, la

educación en torno a esta epidemia debería ajustarse más a las necesidades e inquietudes de los jóvenes del mundo entero. Es necesario captar y retener nuestra atención de tal modo que lleguemos a ser más lúcidos en cuanto a la gravedad de la crisis que nos amenaza y más responsables en lo que se refiere a nuestro comportamiento personal y social.

EUSTACE T. WALLACE

VARÓN, 18 AÑOS, SAINT KITTS Y NEVIS

LAS VOCES DE LA JUVENTUD:
CÓMO ME ENTERÉ DE LA EXISTENCIA DEL SIDA

Tenía 19 años cuando me enteré de que era seropositiva. En el hospital, tras haber diagnosticado que yo era portadora del virus del SIDA, un médico experimentado se vio por primera vez en su vida ante la necesidad de decirle a una persona joven que su vida, sus sueños, sus aspiraciones no tenían futuro y que, por si fuera poco, nunca más habría de mantener relaciones sexuales.

La noticia me dejó anonadada. Había oído hablar ya del SIDA. Incluso se había mencionado una vez en las clases de educación sexual en la escuela. Pero yo la consideraba como una enfermedad que contraían “otras personas”. Sabía que Rock Hudson se había enfermado; sabía que Freddy Mercury había muerto de SIDA. Pero yo me sentía inmune. Cuando en mi adolescencia empecé a mantener relaciones sexuales, no me lo tomé a la ligera: pero lo que me preocupaba era el peligro de quedar embarazada, y no la posibilidad de contraer el SIDA. No utilizábamos nunca el preservativo.

Creía que se podía distinguir entre quienes eran seropositivos y quienes no lo eran simplemente por su aspecto. A primera vista, mi compañero parecía normal. Pero era seropositivo, y no lo sabíamos.

Cuando lo pienso ahora, me doy cuenta de que fui una tonta, y de que no estaba lista para iniciar mi vida sexual. Era incapaz de negociar, no sabía cómo pedirle a mi compañero que utilizara un preservativo. Además, estaba muy segura de que nunca me pasaría a MI.

Gracias al “cóctel contra el SIDA” compuesto de una docena o más de pastillas que ingiero cada día, me mantengo con vida. Me siento bien, y mi aspecto es saludable. Pero además tengo una misión que cumplir: durante los últimos siete años, y con el propósito de salvarles la vida a otras personas, tomo tiempo libre de mi trabajo y voy a visitar escuelas en distintas partes de Israel. Me encuentro con jóvenes idénticos a la muchacha que, no hace tanto tiempo, recuerdo haber sido. Voy a hablar con ellos en calidad de educadora sobre el SIDA, con la autoridad que me da mi historia personal; soy alguien que se parece a ellos y que les habla a partir de su propia experiencia.

Con el apoyo del Jerusalem AIDS Project, donde me desempeño también como miembro del consejo, me he encontrado personalmente con más de 40.000 jóvenes israelíes que han asistido a mis charlas a través de todo el país: judíos, árabes, drusos. El mensaje que les transmito es muy sencillo:

Yo no asumí enteramente la responsabilidad de mi propia vida; jugué a la “ruleta rusa”. ¡No cometan el mismo error! Usen su cabeza, hablen entre ustedes antes de mantener relaciones sexuales, utilicen el preservativo. No suban al “tren del SIDA”, porque se dirige rumbo a un único destino: la muerte.

INBAL GUR ARIEH

MUJER, 24 AÑOS, JERUSALÉN (ISRAEL)

Ofelia T. Monzon
Jonathan Mann
Perspectivas, vol. XXXII, n° 2, junio 2002

Versión original: inglés

Ofelia T. Monzon (Filipinas)

Doctora en medicina por el Colegio de Medicina, Universidad de Santo Tomás, Manila. Recibió formación en la Universidad Baylor y en la Escuela de Medicina de la UCLA, Estados Unidos. Inició numerosas actividades relacionadas con el SIDA entre los trabajadores del sexo en Filipinas y estableció el primer laboratorio para pruebas del SIDA. Entre 1988 y 1990 dirigió un programa de intervención con relación al SIDA en tres distritos metropolitanos de Manila y contribuyó al diseño de estrategias para pruebas del VIH. Ayudó a elaborar el primer Plan a Mediano Plazo para la Prevención y el Control del SIDA para Filipinas. Actualmente preside la Sociedad de SIDA de Filipinas. Es autora o coautora de más de 100 presentaciones impresas y en carteles.

PERFILES DE EDUCADORES

JONATHAN MANN

1947-1998

Ofelia T. Monzon

Escribir acerca de una persona que fue un gigante en su campo durante su breve existencia puede constituir un tremendo reto.

Jonathan Mann era un joven médico estadounidense cuando lo conocí. En una reunión de donantes organizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1986 me dijo que llevaba apenas un mes en un nuevo cargo creado por la Organización para tratar el SIDA. Para hacer frente a esta inmensa responsabilidad contaba con un único ayudante, el doctor Hiko Tamashiro. Mientras que en su país se había comunicado un solo caso de SIDA, en la mayor parte de las deliberaciones participaron representantes de naciones en las que el SIDA ya estaba planteando problemas, es decir, de África.

En una conversación privada que mantuvimos con Mann durante esa reunión, señalé las dificultades que planteaba la prevención del SIDA en un país con muy escasos recursos y con una situación política por entonces inestable. La tarea tropezaba con múltiples obstáculos. Mann me aconsejó que comunicara mis impresiones a los grupos de decisión de Filipinas. Ya entonces me impactó la energía con que expresó sus preocupaciones durante el encuentro.

Jonathan Mann llegó a la OMS en 1986, tras dos años de intenso trabajo como fundador y director del Proyecto SIDA, un proyecto colaborativo de investigación sobre el SIDA, con sede en Kinshasa, Zaire, y la participación de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos, institutos nacionales de salud, el Instituto de Medicina Tropical (Antwerp, Bélgica) y el Ministerio de Salud del Zaire. Éste fue también el lugar de encuentro con Peter Piot, actual director de ONUSIDA.

Antes de trabajar en el Zaire, Mann se desempeñó como epidemiólogo y director asistente del departamento de Salud de Nuevo México (EE. UU.). De 1975 a 1977, fue funcionario del Servicio de Inteligencia Epidemiológica en los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades.

Jonathan Mann dirigió el Programa Global sobre SIDA de la OMS hasta 1990. Entre las muchas iniciativas de aquel entonces caracterizadas por una participación innovadora y la movilización de recursos, todos recuerdan la primera vez en que más de 100 ministros de Salud de distintas partes del mundo se reunieron en Londres para discutir un único tema: la epidemia de SIDA.

Tras su alejamiento de la OMS en Ginebra, volvió a los Estados Unidos y fue nombrado profesor de Epidemiología y Salud Internacional en la Escuela de Salud Pública de Harvard. En 1993 fue nombrado primer titular de la cátedra François-Xavier Bagnoud de Salud y Derechos Humanos y director fundador del Centro François-Xavier Bagnoud para la Salud y los Derechos Humanos de la Universidad de Harvard.

Desde el 1 de enero de 1998 y hasta su trágica muerte y la de su esposa en septiembre de ese año, Mann fue decano de la Escuela de Salud Pública de la Universidad Allegheny de Ciencias de la Salud en Filadelfia.

Recibió su título de B.A. [Bachelor of Arts] (*magna cum laude* en historia) del Colegio de Harvard, de M.D. [Doctor of Medicine] de la Universidad Washington de Saint Louis (1974) y de M.H.P. [Master of Public Health] de la Escuela de Salud Pública de Harvard.

Jonathan Mann fue miembro del Instituto de Medicina (National Academy of Sciences) y del American College of Epidemiology. Presidió también Médicos del Mundo, la filial en Estados Unidos de la organización francesa de atención médica humanitaria, *Medecins du Monde*. Fue director de la Coalición Global de Políticas sobre SIDA, una organización independiente dedicada a la investigación y la participación.

De ese primer encuentro con Jonathan Mann regresé a Filipinas con la firme idea de estimular a las autoridades sanitarias a iniciar actividades relacionadas con el SIDA. En los años siguientes seguí teniendo noticias de Mann a través de los numerosos artículos que se publicaron sobre él. La necesidad de educación y de sensibilización del público se mencionó repetidas veces en el Programa Mundial sobre el SIDA de la OMS así como en las estadísticas que mostraban un grave aumento del número de personas afectadas.

En 1988 visitó Manila y me pidió que le enseñara la ciudad. En esa época, yo dirigía un programa de intervención destinado a los trabajadores del sexo en Manila y en dos ciudades colindantes. El programa se llevaba a cabo en medio de disturbios políticos y, de hecho, en los dos años que duró se produjo un golpe de estado. La prostitución era ilegal y la posesión de preservativos se consideraba prueba de esa actividad. Como los voluntarios distribuían preservativos y enseñaban a usarlos, hubo que convocar a la policía urbana a una conferencia sobre la prevención del SIDA y sobre la necesidad de distribuir preservativos. Fue una época apasionante.

Recorrimos clubes y bares de los centros urbanos. Mann entrevistó a hombres y mujeres trabajadores del sexo, ahondando en la situación de estos jóvenes trabajadores con sensibilidad y agudeza. Algunos de los hombres eran estudiantes que se esforzaban por terminar estudios de grado, mientras que la mayor parte de las mujeres ayudaban a sostener a sus familias, que permanecían en sus provincias de origen. Estas personas no comunican a sus familias la índole del empleo que les aporta el dinero necesario para la supervivencia.

Posteriormente, coincidí con Jonathan Mann en sucesivas conferencias internacionales sobre el SIDA y fui testigo del creciente fervor y celo con que exponía las dificultades que obstaculizaban la lucha contra la enfermedad. Él reconocía que el SIDA no era simplemente un problema médico. Mientras que la mayor parte de las personas relacionadas con el SIDA en esa época la trataban con los métodos médicos y con los criterios de salud pública tradicionales, Mann advertía al mundo que la lucha contra el SIDA exigía hacer frente a los problemas que subyacen al comportamiento humano. Gradualmente, los países fueron tomando conciencia de la necesidad de que la sociedad actuara conjuntamente y abordara las múltiples cuestiones complejas que determinaban la vulnerabilidad al SIDA.

A medida que pasaba el tiempo, Mann elevaba cada vez más su tono, advertía al mundo que el SIDA se estaba propagando rápidamente, en especial en los países que disponían de menos medios para combatirlo. Mann hacía hincapié en la pobreza, la desigualdad de género, la

marginación de las personas infectadas con el VIH y las violaciones de los derechos humanos e inducía constantemente a que se agruparan múltiples disciplinas para combatir esta enfermedad.

Mucho después de haber dejado la OMS, su voz pudo escucharse desde la Escuela de Salud Pública de Harvard y los medios de comunicación siguieron citándolo. Quienes trabajan contra el SIDA en Filipinas han utilizado como referencia sus dos volúmenes sobre el SIDA en el mundo (Mann, Tarantola, Netter, 1992; Mann, Tarantola, 1996), al igual que innumerables personas de muchos otros países. La segunda edición “contenía puntos de vista que permitían a los particulares, las comunidades, las naciones y las organizaciones internacionales replantearse su actuación en respuesta a la pandemia”.

¿Cómo se puede medir la repercusión de esa vibrante personalidad en la promoción y el efecto del control del SIDA en un país? La respuesta es, por supuesto, imposible. Durante los primeros años del Programa Mundial sobre el SIDA, en Filipinas se reportaron sólo unos pocos pacientes de la enfermedad. Casi al mismo tiempo, se desarrollaba el programa de lucha contra el SIDA de Filipinas, en cuyos comienzos tuve el privilegio de participar.

Durante esos primeros años (1988-1990), el Programa Mundial sobre el SIDA difundía información con respecto a la propagación de la enfermedad, la repercusión en asuntos que concernían a todos los segmentos de la sociedad y la necesidad de abordar esas cuestiones como parte de la respuesta al SIDA. La OMS también dispuso la participación de un consultor en la elaboración del primer Plan a Mediano Plazo para la Prevención y el Control del SIDA para Filipinas en 1987 – actualmente, el país aplica su tercer Plan a Mediano Plazo -. La mayoría de los países de la región, si no todos, dependen de la OMS para obtener información y asesoramiento sobre las enfermedades importantes para la salud pública. Bajo el patrocinio del Departamento de Salud se emprendieron las primeras actividades de información y educación sobre el SIDA de carácter preventivo. Mann fue un promotor infatigable durante este período. Su oficina de la OMS elaboraba informes que luego eran divulgados por los medios de comunicación en este país, al igual que sucedía en el resto del mundo. Sus advertencias inducían al público a ser más activo. Vale la pena señalar que el interés y la participación de las organizaciones no gubernamentales que actualmente se ocupan del SIDA en Filipinas comenzaron a principios de los años noventa.

En la actualidad, este país parece tener una baja prevalencia del VIH. En noviembre de 2001 se había reportado una cifra global de 1.589 casos obtenida por métodos de seguimiento pasivos y activos desde 1986. Tanto organizaciones gubernamentales, como el Consejo Nacional de

Filipinas sobre el SIDA, como muchas organizaciones no gubernamentales realizan diversas actividades de prevención. Se exige que en las escuelas de todos los niveles se imparta una instrucción sobre el SIDA, aunque su puesta en práctica en algunas regiones no es óptima. La Sociedad del SIDA de Filipinas se ocupa activamente desde 1997 de impulsar la participación de los medios de comunicación en la lucha. Existen programas de asesoramiento y se han aplicado otros métodos de intervención en muchas partes de este país de 75 millones de habitantes. Se han analizado los aspectos jurídicos y éticos del SIDA, y Filipinas destaca por ser el único país de Asia con una “ley sobre el SIDA” (Ley de la República N° 8504, 1998). Se han difundido directrices éticas (Consejo Nacional de Filipinas sobre el SIDA, 2000) por todo el país y se ha iniciado la supervisión de estas diversas actividades. Programas de cuidado y apoyo están en una primera etapa de aplicación.

La influencia de Mann en las intervenciones gubernamentales y no gubernamentales contra el SIDA en Filipinas no se puede minimizar. Es difícil calcular en qué medida esa influencia se plasma en un número patentemente reducido de casos de VIH/SIDA comunicados, dado que existen otros factores que pueden jugar un papel esencial, entre ellos: el compromiso de diversos organismos, las diferencias culturales, la promoción política, la circuncisión y la falta de fronteras adyacentes con otros países. Baste decir que en un momento trascendental en la elaboración del programa de lucha contra el SIDA de Filipinas, las palabras de Mann incitaban constantemente a iniciar medidas preventivas.

El doctor Jonathan Mann y su esposa, la doctora Mary-Lou Clements-Mann, estaban entre los 229 pasajeros del vuelo 111 de Swissair que se estrelló en la costa de Nueva Escocia, en Canadá oriental, el 3 de septiembre de 1998. Nadie sobrevivió a la caída. Sus tres hijos viven en Estados Unidos.

Elocuente e incansable defensor de la necesidad de aunar los esfuerzos de todos para luchar contra el SIDA hasta que la caída de un avión apagó su voz para siempre, la influencia de Jonathan Mann perdurará aún por mucho tiempo.

Referencias

Véase en particular: <http://www.hsph.harvard.edu/xfbcenter/inmem.htm>
Ley de la República N° 8504. 1998. *The Philippine AIDS Prevention and Control Act of 1998* [Ley de Filipinas sobre prevención y lucha contra el SIDA de 1998]. Manila.

- Consejo Nacional de Filipinas sobre el SIDA. Sociedad del SIDA de Filipinas. 2000. *Ethical guidelines in AIDS investigations in the Philippines* [Directrices éticas en las investigaciones sobre el SIDA de Filipinas]. Manila.
- Mann, J.; Tarantola D; Netter T. 1992. *AIDS in the world* [El SIDA en el mundo]. Cambridge, Massachusetts, Harvard University Press.
- Mann, J.; Tarantola, D.J.M. 1996. *AIDS in the World II* [El SIDA en el mundo II]. Oxford, Reino Unido; Nueva York, NY, Oxford University Press.