



SIDA STUDI
DOCUMENTACIÓ + PREVENCIÓ

**MARCO TEÓRICO PARA PROFESIONALES QUE
TRABAJAN CON JÓVENES**

SIDA STUDI
Departamento de Formación y Prevención

SUMARIO

| | |
|--|----|
| Introducción | 3 |
| 1. Objetivos generales de las Acciones Educativas que SIDA STUDI ofrece a formadores/as..... | 4 |
| 2. Aspectos teóricos sobre los/las jóvenes a tener presentes en el momento de plantear una intervención | 5 |
| 2.1. Características de los/las jóvenes a nivel general..... | 5 |
| 2.2. Características de los/las jóvenes en relación a la sexualidad..... | 5 |
| 2.3. Características de los/las jóvenes en relación al VIH/sida | 6 |
| 2.4. Ideas “tradicionales” sobre la educación sexual..... | 7 |
| 3. Estrategias metodológicas de intervención con jóvenes: cómo elaborar una intervención para jóvenes sobre VIH/sida | 9 |
| 3.1. Recursos y consejos metodológicos por trabajar el tema de la prevención del VIH/sida | 9 |
| 3.2. Aspectos metodológicos a tener presentes en el trabajo con jóvenes..... | 9 |
| 3.3. Los <i>7 pilares</i> del Departamento de Formación y Prevención de SIDA STUDI.. | 10 |
| 3.4. De la información al cambio de comportamiento..... | 12 |
| 3.5. El porqué de la educación afectivo-sexual | 14 |
| 3.6. Propuestas metodológicas para trabajar el tema como profesionales del mundo de la educación..... | 14 |
| 3.7. La actitud del/la educador/a para la salud | 16 |
| 3.8. La negociación..... | 17 |
| 4. La transmisión del VIH/sida en el ámbito laboral..... | 19 |
| 5. Responsabilidades legales en relación al VIH/sida | 21 |
| 5.1. Aspectos generales | 21 |
| 5.2. Medidas de precaución universales | 21 |
| 5.3. Medidas Higiénicas en el ámbito educativo..... | 22 |

Introducción

El presente documento es una recopilación de documentos de carácter teórico que el Departamento de Formación y Prevención de **SIDA STUDI** utiliza desde su creación el año 1996 para el diseño y implementación de sus Acciones Educativas en prevención sexual del VIH/sida y promoción de una sexualidad saludable.

La pretensión de esta recopilación no es ofrecer un documento exhaustivo ni definitivo, sino compartir con otros profesionales algunos aspectos que desde nuestro trabajo en el día a día nos han sido de utilidad.

1. Objetivos generales de las Acciones Educativas que SIDA STUDI ofrece a formadores/as

- Crear un espacio de intercambio entre los/las profesionales del mundo de la educación.
- Hacer llegar al colectivo de los/las profesionales del mundo de la educación una información general y adecuada sobre el VIH/sida.
- Estimular las actitudes preventivas.
- Eliminar los sentimientos de miedo despertados por el desconocimiento del tema.
- Dar habilidades sociales y técnicas para afrontar situaciones de riesgo ante el VIH/sida.
- Ofrecer un posible modelo de trabajo a los/las profesionales del mundo de la educación exportable a sus puestos de trabajo.
- Facilitar información y recursos a los/las profesionales del mundo de la educación interesados/as en preparar actividades sobre el VIH.
- Favorecer la participación y la implicación alrededor del VIH/sida.
- Fomentar la solidaridad hacia las personas afectadas por el VIH/sida.

2. Aspectos teóricos sobre los/las jóvenes a tener presentes en el momento de plantear una intervención

2.1. Características de los/las jóvenes a nivel general

1. **Ideas preconcebidas** sobre la visión de la sexualidad de los/las jóvenes que muchas veces no coinciden con su realidad.
 - No podemos dar nada por supuesto.
 - Ejemplos:
 - Decir que *se enrollan* la misma noche que se conocen.
 - Decir que tienen muchas relaciones.
 - Decir que cambian muy a menudo de pareja.
2. La adolescencia es una etapa **de enfrentamiento con la autoridad**: madres/padres, profesores/as, educadores/as para la salud, etc.
 - Importancia del que nos vean como **alguien próximo** (gente joven, lenguaje,...).
 - **La prevención no se puede dar como algo impuesto**; todo aquello impuesto es rechazado.
 - **Grupo de iguales**: es su principal referencia para todo y ejerce sobre los/las jóvenes mucha presión.
3. Interés por **entrar en el mundo de los adultos**.
 - **Urgencia por experimentar** cosas nuevas.
 - **Sentimiento de invulnerabilidad y minimización de los riesgos**.
 - *Si ligas, aunque no tengas condón, ¿cómo plantearse desaprovechar la oportunidad?*
 - **Falsa de seguridad**, en parte debida al hecho de tener ya la información.
 - **Falta de experiencias y de habilidades para enfrentarlas**.
4. **Etapa de cambios**:
 - Dejas de ser niño/a pero no eres adulto/a.
 - El cuerpo cambia de formas.

2.2. Características de los/las jóvenes en relación a la sexualidad

1. Cierta “regreso” a los **roles sexuales tradicionales**.
 - Ejemplos en relación a la chica: actitud pasiva; no expresión de sus deseos y necesidades; no poder de decisión; no se plantea recibir placer sino “satisfacer a su pareja”; etc.
 - Ejemplos en relación al chico: es quien debe tener la iniciativa; sabe cómo se debe comportar; no puede demostrar que duda ni que tiene

miedo porque está enamorado; presiona a la chica para mantener relaciones sexuales pero a la vez no sabe qué debe hacer; etc..

2. Ideal romántico

- Necesidad por parte de la chica de encontrar el príncipe azul; sino puede considerarse un fracaso. Además, al príncipe azul no se le ponen condiciones sino se rompe con la espontaneidad, el romanticismo...

3. Pensamientos mágicos

- Ejemplo: *“si adivino la canción que está cantando... es el hombre de mi vida”*.

4. Reduccionismo/Genitalización de las relaciones sexuales.

- Tener relaciones sexuales se vincula únicamente con la práctica de la penetración vaginal.
- El resto de prácticas se ven como un medio y no como un fin.

5. El cuerpo: **autoconcepto y autoestima.**

- Las personas que se aceptan a sí mismas, con sus capacidades y limitaciones respetan sus propios derechos personales y son capaces de enfrentar y resolver los retos y las responsabilidades.

6. Noches ligadas al consumo de sustancias.

- Posibilidad de alteración de la capacidad de decisión.
- El consumo es entendido como evasión y forma de facilitar la comunicación.

2.3. Características de los/las jóvenes en relación al VIH/sida

1. Se está tratando a **los/las jóvenes como un grupo de riesgo** con la reacción negativa por parte de ellos/ellas que esto conlleva.

- Vivencia por parte de los/las jóvenes de que los adultos tiran “pelotas fuera”.

2. Los/las jóvenes se están convirtiendo en auténticos **especialistas en el tema del VIH/sida.**

- Tienen mucha más información sobre el VIH/sida que sobre cualquier otra enfermedad.
- Las fuentes de esta información no siempre son 100% fiables (TV, amigos, etc.) y pueden generar confusiones.
- Muchas intervenciones se han basado en transmitir conocimientos pero **la información es necesaria pero no suficiente.**
- Esquema:

INFORMACIÓN ► ACTITUDES ► COMPORTAMIENTO

- La actitud es la predisposición a actuar de una manera concreta.
 - El comportamiento va más allá: es la manera como acaba actuando la persona.
 - **Conclusión:** Hace falta dar conocimientos pero también tener presente la dimensión emocional y las habilidades sociales (comunicación); hace falta escuchar para conocer las necesidades reales y ofrecer estrategias específicas ante las necesidades detectadas.
3. Existe **cansancio** por parte de los/las jóvenes ante actividades puramente informativas sobre el VIH/sida.

2.4. Ideas “tradicionales” sobre la educación sexual

1. “Aprenden solos”

- A partir de los amigos/as, TV, escuela...
- Amigos/as: los grupos de iguales son su principal referencia
- Medios de comunicación:
 - Pueden influir en nuestros estilos de vida y sobre todo en los/las jóvenes que están buscando sus referentes.
 - Bajo nivel de contenidos educativos, críticos y culturales
 - Lenguaje lleno de tópicos, sexista, homófobo
 - Imagen desde el espectáculo: violaciones, violencia de género...
 - Placer desatado de las emociones
 - Genitalización
 - Sexualidad = producto más de consumo

Nadie puede garantizar qué aprenderán
Necesidad que sea un tema del que se pueda hablar

2. “Delante de los niños no”

- Evitar las muestras de afecto de la pareja priva de un aprendizaje que pueden echar de menos como un referente básico.
- Igual que educamos en muchos aspectos es importante también contemplar la sexualidad.
- Aunque no nos demos cuenta **siempre estamos educando, en el día a día.**
- La transmisión de las actitudes se realiza a partir de multitud de situaciones cotidianas a las que, en general, no damos importancia.

3. “La sexualidad empieza en la pubertad”

- A menudo se empieza a plantear el tema a partir de las primeras poluciones nocturnas o de la regla.
- Es entonces cuando los/las adolescentes se pueden sentir reacios.
- Aún así, si en la familia el diálogo franco y abierto ha sido constante no debe ser un problema incluir la sexualidad.

4. ***“Tienen toda la información”***

- +++ información = des-responsabilización de los padres
- No sabemos si es correcta (medios de comunicación...)
- Mucha información puede causar **confusión**
- **Falsa seguridad**
- **No es suficiente:** la mayor información sobre el VIH/sida no ha acabado con las transmisiones.
- La educación sexual tiene que ver con el desarrollo de actitudes y de habilidades.
- La sexualidad abarca muchos aspectos donde se producen continuas interrelaciones y superposiciones con los objetivos de la educación general: valores, autoestima, relaciones interpersonales, toma de decisiones...

5. ***“Sexualidad = reproducción”***

- Los/las adolescentes dan más importancia a los aspectos psicosociales que a los biológicos (volver a la lluvia de ideas y a la definición de sexualidad).
- La sexualidad tiene pues múltiples perspectivas relacionadas con “lo individual” y “lo social”: variedad de creencias, actitudes y comportamientos más allá de lo biológico.

6. ***“La educación sexual incita a la práctica sexual”***

- Hablar no es despertar mayor interés, ni provocación hacia la experimentación de la sexualidad.
- La educación favorece los procesos de responsabilización en las propias decisiones porque permite conocer la realidad, las diferentes opciones posibles y sus consecuencias.
- Represión/evitar el tema: puede favorecer la búsqueda de información por otros canales menos adecuados.

7. ***“A diferentes sexos, comportamientos diferentes”***

- Diferencias vividas en el trato según el sexo de la persona, pueden condicionar la buena aceptación del propio sexo.

3. Estrategias metodológicas de intervención con jóvenes: cómo elaborar una intervención para jóvenes sobre VIH/sida

3.1. Recursos y consejos metodológicos por trabajar el tema de la prevención del VIH/sida

- Tener presente la edad y las características familiares, sociales, escolares, religiosas, etc. de la persona.
- Hablar del tema de una manera normalizada como si habláramos de cualquier otra enfermedad. Hace falta aprovechar las mismas inquietudes de los/las niños/jóvenes. No es imprescindible crear un espacio o actividad específica para hablar del tema.
- Considerar la posibilidad que todos/as podemos ser seropositivos/as, como también podemos tener la gripe.
- Tener presente que el sida es una enfermedad muy estigmatizada. No hablar nunca de grupos de riesgo (no importa **quién** seas o **qué** hagas sino **cómo** lo hagas).
- No trabajar el tema de manera dramática ni demasiado teórica. Plantear siempre casos hipotéticos que permitan que la gente se pueda poner en la situación de otra persona.
- La información por sí misma, no conlleva un cambio de actitudes. No es suficiente explicar las vías de transmisión y su prevención, hace falta pedir a cada persona cuáles son las dificultades particulares con las que acostumbra a encontrarse e intentar resolverlas.
- Es importante intentar llegar a un acuerdo previo entre los/las responsables del grupo. Los diferentes puntos de vista siempre enriquecen un debate pero las contradicciones entre los/las responsables pueden hacer más mal que bien a los/las niños/jóvenes.

3.2. Aspectos metodológicos a tener presentes en el trabajo con jóvenes

- Recogida de cuestionarios pre-evaluativos antes de la realización de la intervención para adecuar ésta a las necesidades concretas de cada colectivo.
- Formulación de preguntas o dudas por parte de los/las participantes antes de iniciar la intervención.
- Respuesta y ampliación de las preguntas o cuestiones planteadas potenciando mucho el “feed-back”.
- Trabajo de situaciones hipotéticas de manera colectiva o en pequeños grupos.

- Debate sobre la vinculación entre los aspectos preventivos y sociales.
- Visión de vídeos y pósters para facilitar la comprensión.
- Debate sobre aplicaciones metodológicas concretas para el trabajo directo de los/las profesionales del mundo de la educación.
- Evaluación posterior del Taller y de la tarea de los/las ponentes.

3.3. Los 7 pilares del Departamento de Formación y Prevención de SIDA STUDI¹

1. Escuchar antes de hablar.

- Conocer al máximo la realidad del/la joven; intereses, dificultades...

2. La información es necesaria pero no suficiente para conseguir nuestro objetivo que es el cambio de actitudes.

- Reducción de los contenidos.
- Crear un espacio de intercambio dónde los/las jóvenes se sientan cómodos/as para preguntar, pensar, posicionarse delante de situaciones concretas...

3. Hablar de prevención del VIH/sida desde la sexualidad.

- Argumentos a favor de esta opción:
 - Patrón claramente sexual de la pandemia.
 - El sida ha pasado *de moda*.
 - Los/las jóvenes ya tienen la información básica lo cual les está generando una falsa seguridad.
 - No existe percepción de riesgo por parte de los/las jóvenes.
- Se trata de un tema tabú, oculto... pero que es de su interés.
- Hace falta hablar de sexualidad pero no sólo desde los riesgos sino también desde su dimensión de **placer** y **sentimientos/emociones**. Esto supone, por parte del educador/a, asumir las consecuencias de este planteamiento teniendo en cuenta que la sexualidad es todavía un tema tabú, aun cuando es políticamente incorrecto decirlo.

4. Deconstruir la información que ya dispone el/la joven:

- Los Medios de comunicación, las películas... acostumbran a ser fuentes principales de información.
- Hace falta hacer reflexionar sobre la procedencia de la información, sobre su contenido y el por qué de la misma.
- Hace falta llegar a diferenciar, en los casos que sea necesario, la realidad de la ficción (también para evitar decepciones).

¹ Bimbela, J.L.; Cruz, M.T. (1997) *Sida y Jóvenes. La prevención de la transmisión sexual del VIH*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.

- Ejemplos: El sonido de los orgasmos o la duración de una relación sexual en una película; el físico de una persona seropositiva; el hecho de que el condón corte el rollo...

5. Tener siempre presente **la perspectiva de género**.

- ¿Cuál es el rol aprendido del chico y de la chica en una relación sexual?
 - Ejemplo “chica”:
¿Cómo capacitar a una chica que plantee utilizar el condón a su pareja si su principal preocupación es el placer del otro?
 - Ejemplo “chico”:
¿Cómo puede proponer utilizar el preservativo a una chica ante el temor de que ella se piense que es un *salido* y que *sólo la quiere para eso*?

6. Trabajar las **habilidades sociales**.

- Pretendemos que se controle aquello pasional, el deseo, las emociones... es decir, lo más irracional que tenemos: la sexualidad.
- Hay mucho más detrás de la simple habilidad técnica de colocar el preservativo.
- No tenemos modelos como en otros muchos temas
 - Ejemplo: Todos y todas tenemos modelos sobre cómo “ligar”, pero no sobre cómo proponer el uso del preservativo.

7. El **Riesgo cero no existe**.

- El riesgo cero por definición no existe nunca.
- La información está en sus (y en nuestras) manos, ¿por qué decidimos asumir el riesgo?
- La explicación del porqué alguien asume un riesgo, ¿es sólo porque es irresponsable, insensato y/o seguramente, joven?
- El riesgo es un concepto que para el/la joven puede ser un aliciente, arriesgarse a hacer algo puede darle cierto prestigio, aumentar su autoestima... Por lo tanto ¿es real ofrecer el riesgo cero en las intervenciones de prevención del VIH/sida?
- *“¿Será el ser humano capaz de convivir saludablemente, también con los riesgos que el VIH comporta? ¿O se le pedirá al VIH lo que no se le pide case nunca a nadie ni a nada: el riesgo 0?”²*

² Bimbela y Cruz (1997:112-113)

3.4. De la información al cambio de comportamiento³

¿La información es suficiente? ¿Cuál es la relación entre conocimiento y comportamiento?

Muy frecuentemente, las intervenciones preventivas se han basado en la transmisión de conocimientos sin tener en cuenta que para el cambio de actitudes, objetivo principal de las intervenciones preventivas, la información es necesaria pero no es suficiente.

Según M. Prefontaine *“la intervención ha de ayudar o suscitar fuerzas, con el objetivo de contribuir a la adquisición y mantenimiento de hábitos saludables del individuo, grupo o colectividad”*.

Para conseguir este cambio, hace falta incidir en tres factores principales:

1. Cognitivos: conocimientos y creencias sobre algún aspecto. Los conocimientos pueden predisponer a una actitud positiva ante posibles cambios.
2. Afectivos: sentimientos hacia un objeto o sujeto.
3. Conativos: disposición a la acción o predisposición al cambio.

Si se dan los tres supuestos, la actitud positiva es susceptible de producir un comportamiento hacia el mismo sentido. Entendemos por actitud *“como la predisposición del individuo a actuar de una manera concreta”* (M. Prefontaine).

Hay pues, una asociación significativa entre **conocimiento y actitud** por una parte, y **actitud y comportamiento** por otra. En cambio, no se establece la misma relación entre conocimiento y comportamiento.

CONOCIMIENTO ↔ ACTITUD ↔ COMPORTAMIENTO

Así pues, en el momento de planificar una intervención educativa es necesario transmitir conocimientos con la finalidad de facilitar una actitud positiva hacia la elección de un comportamiento que permita crear o modificar hábitos poco saludables o de riesgo.

Este es el gran reto de la prevención si queremos que nuestras intervenciones sean escuchadas. Y para eso, además, será imprescindible adecuar nuestro lenguaje, nuestras herramientas y crear un clima de comunicación bidireccional (emisor-receptor).

³ *Manual d'educació sanitària per a la prevenció de la infecció pel VIH* (1996) Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social.

Valverde, C. (1997) *Curso Educación para la prevención del VIH*. Barcelona.

El cambio de comportamiento

La prevención del VIH implica un reto debido a la carga psicosocial que despiertan palabras como sida o VIH así como por el hecho de que conlleva hablar de comportamientos íntimos de los cuales no estamos acostumbrados/as a hablar.

El cambio de comportamiento depende de:

- Si la persona reconoce que puede estar en riesgo.
- Si piensa que un cambio de comportamiento tendrá resultados positivos.
- Si piensa que gente de su entorno también están haciendo estos cambios.
- Si cree que es capaz de hacer el cambio recomendado.
- Si tiene una intención clara de cambiar el comportamiento.
- Si desarrolla habilidades sociales y técnicas para poder realizar estos nuevos cambios.

Factores a tener en cuenta:

- Partir de la realidad del/la participante y de la información de que dispone; repetir información desmotiva al participante.
- El/la usuario/a se debe sentir respetado/a; para ello hace falta compartir la información y creer en su potencial humano.
- Presentar la información como una opción y animar a seguirla.
- Cambiar comportamientos no es fácil: “¿cuánta gente ha dejado de fumar o hacer dieta sin éxito?”

Obstáculos:

- Distancia: “*a mí eso no me pasará*”.
- Convicción de que los inconvenientes del preservativo son superiores a los beneficios.
- Autoestima personal: “*mi pareja no quiere utilizar condones*”.
- Nivel de confianza y competencia para negociar con la pareja: “no sé cómo convencerlo”.
- Percepción de no controlar: “*pasará lo que tenga que pasar*”.
- Acceso a los condones.
- Confianza, competencia en el uso correcto de los condones.

Etapas del cambio de comportamiento

- **Precontemplación.** No hay intención todavía de cambiar. Si no cree que tiene un problema no entrará en la relación de ayuda.
- **Contemplación.** Desarrolla la intención de cambiar.
- **Lista para actuar.** Desarrolla la motivación y la intención de cambiar y las habilidades necesarias.
- **Actuación.** Cambia el comportamiento, pero de manera inconsciente.
- **Mantenimiento.** Integra el cambio en su rutina.

3.5. El porqué de la educación afectivo-sexual⁴

1. Como educación integral del individuo.

- No se puede reducir la sexualidad al sexo y a las relaciones sexuales.
- Hace falta una concepción transversal.

2. Dentro del marco de la educación para la salud.

- Los individuos y las comunidades tienen un gran potencial para hacerse cargo de su propia salud.
- Hace falta responsabilizar a los/las jóvenes y prepararlos desde niños/as para que, poco a poco, adopten un estilo de vida que sea el más sano posible y unas conductas positivas de salud.
- *“La prevención, entendida como un conjunto de acciones y estrategias encaminadas a evitar situaciones indeseables en el futuro, ha de ser uno de los medios de los que la escuela se valga para contribuir al desarrollo personal de los alumnos, pero ello no implica centrarse exclusivamente en una lectura negativa o problemática de la sexualidad, sino que ésta debe basarse, principalmente, en un modelo de promoción de la salud en el que se potencien las capacidades de los alumnos para desarrollar un estilo de vida lo más sano posible.”*

3. Como educación de la afectividad.

- La desvinculación entre afectividad y sexualidad hace que la sexualidad sea vivida como un aspecto de la vida aislado de los otros.

4. Como educación para la igualdad.

- Respeto para la diferencia.
- Importancia de la coeducación.

5. Como educación para la vida.

3.6. Propuestas metodológicas para trabajar el tema como profesionales del mundo de la educación⁵

Premisas:

- Ser educador/a es siempre complicado. Educar en la sexualidad no debe ser más difícil que educar en otros aspectos.
- Cuando hablamos de educar hace falta incluir también la vertiente de la sexualidad como un aspecto más.
- La esencia de la educación es el diálogo: espontáneo, natural, con respeto y confianza, que dé seguridad...

⁴ Font, Pere (1990) *Pedagogía de la sexualidad*. Barcelona: Ed. Graó.

⁵ Font, Pere. *Educación afectivo-sexual en la escuela*. Barcelona: Instituto de Estudios de la Sexualidad y la Pareja

- Siempre estamos educando:

“cuando los adultos, sean padres o educadores, manifiestan su dificultad en llevar a cabo tareas educativas en este ámbito debido a que en su momento no recibieron educación sexual, parten de un planteamiento erróneo, es decir, en realidad sí que han recibido dicha educación (por el simple hecho de vivir en sociedad), pero, probablemente, no de manera formal ni adecuada”

Propuestas:

- Que el/la joven sepa que cualquier tema puede preguntarlo sin ser rechazado y que será respondido.
 - Dar el mismo trato que a un adulto
- Cómo responder.
 - No evitar la respuesta ni sacarle importancia.
Ejemplos: *“pregúntale a la madre” / “ya te lo explicaremos cuando seas más grande”*
 - Sólo aplazar la respuesta cuando sea para informarse (que además se puede hacer juntos) y decir que ese es el motivo.
- No adelantar las respuestas.
 - Si no, el adulto puede ser rechazado por “artificial” o impuesto y los/las jóvenes pasan por una etapa de enfrentamiento.
 - Escuchar a los/las jóvenes: normalmente dan pistas cuando les interesa un tema.
 - Aprovechar situaciones cotidianas.
 - Las peores intervenciones son las que se hacen tras hechos consumados.

“la participación del alumnado cumple un doble papel, ya que es objetivo y medio a la vez: medio para conseguir unos determinados objetivos, y objetivo en sí misma, ya que sin participación ni implicación, la educación sexual fracasa”

- Vincular las respuestas a aspectos afectivos porque facilitan la integración del afecto y el aprecio en las relaciones interpersonales.
 - Si se da esta integración, el/la joven la incorporará también en sus relaciones de pareja.
- Respuestas responsabilizadoras. No culpabilizar.
- Naturalidad y espontaneidad.
 - Que no sienta vergüenza por sus sentimientos o comportamientos
 - Valorar sus acciones, éxitos: su **autoestima**
- Si bien es cierto que los/las hijos/as aprenden identificándose con los/las padres/madres y a la inversa, necesitan saber que los/las educadores/as también están disponibles.
- Tema ginecóloga/urólogo. Revisiones periódicas.
- Trabajar la autoestima.
- Si procede, tener más relación con la familia.

3.7. La actitud del/la educador/a para la salud⁶

Todo/a participante tiene un mínimo de motivación y ésta puede aumentar o disminuir según la actitud del/la educador/a. Aspectos a tener presentes:

- Comunicarle que somos conscientes de la dificultad de modificar cambios y que cuente con nuestro apoyo en sus esfuerzos.
- Las expectativas de crear un cambio en el participante deben ser realistas.
- Escuchar con calma y aceptación. El arte de escuchar:

El arte de escuchar:

Concéntrate en quien habla (deja de lado tu mundo).
Mientras escuchas no te pongas a pensar en qué dirás cuando el/ella deje de hablar.
Escucha con calma, aceptación total, respeto, solidaridad, interés y atención.
No dejes que lo que te diga te perturbe (analízalo cuando estés solo).
No dejes que tus emociones y/o creencias contaminen la escucha.
No interrumpas ni rompas sus silencios.

- Hace falta dejar que el/la participante defina su situación; que se exprese a su ritmo y que muestre sus emociones.

Emociones y deformaciones

| EMOCIONES NATURALES | DEFORMACIONES |
|--|---|
| TEMOR: respuesta natural para sobrevivir. | Ansiedad, pánico, fobias ... |
| IRA, CÓLERA que produce: cambios; autoprotección; energía y firmeza. | Rabia, odio, amargura, odio a un/a mismo/a, falta de autoridad interna, rendición, falta de fuerza. |
| ENVIDIA: estímulo que nos impide-motiva el crecimiento y la mejora emulando el comportamiento del/la otro/a. | Celos, escasa autoestima, sentirse poco merecedor/a, competir, comparar, criticar. |
| DOLOR: es la manera de hacer frente a las pérdidas; llanto; compartir. | Lamentarse, acusar, tener remordimientos, culpa, autocompasión, depresión, victimización. |
| AMOR: consideración; interés mutuo; espaldarazo; intercambio; potenciación de la autoestima. | Exigencia, posesión, expectación, inestabilidad. |

⁶ *Manual d'educació sanitària per a la prevenció de la infecció pel VIH* (1996) Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social.

Valverde, Clara (1997) *Curso Educación para la prevención del VIH*. Barcelona.

- No diagnosticarlo.
- No minimizar lo que siento: “no te preocupes, no es tan grave”.
- No juzgar, acusar o interrogar.
- Dar información valorando la información y la experiencia del/la participante.
- No dar consejos; esperar que busque sus propias soluciones.
- Hablar sin que se sienta poco respetado/a o con sentimiento de inferioridad.

Para **animar a los cambios de comportamiento**:

- Averiguar cuál es la dificultad.
- Ayudarlo a explorar las contradicciones posibles.
- Ayudarlo a que formule alternativas.
- Ayudar a pensar pequeños cambios (reales) animándolo a verbalizar su ideal (cómo se quiere comportar) y qué puede hacer ahora.
- Ayudarlo a aumentar su autoestima: valorar sus acciones, felicitarlo/la por los éxitos obtenidos, animándolo/a a pensar en las cualidades que tiene.
- Ser tolerante con los fracasos.
- No olvidar que es el/la responsable de sus decisiones.

Sobre el hecho de dar consejos:

- La mayoría de consejos que damos, por razonables que sean, no sólo no son seguidos sino que crean resistencia al cambio y, a veces, rechazo por parte de la persona que recibe el consejo hacia quine lo da.
- La razón es dar un consejo **no solicitado**, a menudo con un regusto paternalista, que interfiere en el proceso de cambio de la persona.

3.8. La negociación⁷

Sexo Seguro no es igual a aburrido sino que tiene que ver con imaginación, erotización, seducción y afecto. Todo esto se puede expresar de muchas maneras: palabras, caricias, masajes, masturbación mutua, besos, etc.

La Negociación:

- Aprendemos a relacionarnos con la pareja a través de la observación. Durante la niñez/adolescencia aprendemos del cine, de la música, de los adultos..., frases y gestos para expresarnos con la pareja. En el caso de negociar nuestra sexualidad todavía no tenemos modelos que nos puedan servir de referencia.

La presión de los compañeros:

- A menudo la presión de quienes nos rodean puede llegar a ser muy grande: “¿Qué pasa, no eres un hombre?”, “Eres un/a cobarde/a”, “Si me quisieras lo harías conmigo”, “Si no lo pruebas, no puedes opinar”, “Eres la única que no lo has probado”...

⁷Manual d'educació sanitària per a la prevenció de la infecció pel VIH (1996) Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social.

Valverde, Clara (1997) *Curso Educación para la prevención del VIH*. Barcelona.

- La habilidad fundamentalmente es verbal: *“Precisamente porque soy un hombre puedo decir que no”, “Es tu opinión”, “Si tú me quisieras no me pedirías nada que sabes que no deseo”, “Pues el otro día bien hablabas de la liga americana de baloncesto y creo que no juegas” ...*

Aspectos a tener en cuenta en la negociación:

- Evitar la agresividad, las sospechas, las amenazas ...
- Cuando se saca al tema, el/la otro/a se puede sentir aliviado puesto que no ha tenido que hacer el primer paso que es el más difícil.

4. La transmisión del VIH/sida en el ámbito laboral

Riesgo de transmisión

Aunque el VIH puede encontrarse en muchos líquidos y tejidos del organismo de las personas infectadas, sólo unas situaciones determinadas conllevan un riesgo apreciable de transmisión. Estas situaciones son:

- Recibir sangre, productos plasmáticos, órganos y tejidos contaminados.
- Compartir agujas y jeringa.
- Mantener relaciones sexuales sin protección.
- Transmisión vertical (de madre a feto).

Ninguna de estas circunstancias es propia de la actividad laboral. >Es por este motivo por el que podemos decir que no existe un riesgo específicamente laboral en la transmisión del VIH. Sólo existe riesgo en los servicios sanitarios. La prevención de este riesgo pasa por cumplir las [Normas de precaución universales](#) las cuales hace falta cumplir siempre con independencia que se atienda o no a una persona seropositiva.

Prevención de los posibles riesgos de transmisión

Todas las donaciones de sangre, de productos plasmáticos, de órganos y tejidos para trasplantes y de semen para inseminación artificial son objeto de control serológico por parte de los bancos respectivos, de acuerdo con la legislación vigente. De esta manera el riesgo de transmisión por estas vías es prácticamente nulo.

Para impedir la infección a través de agujas y jeringas hace falta evitar, absolutamente que estos objetos sean compartidos. Es preferible que sean de un solo uso y que sólo se utilicen una vez. Si esto no es posible, conviene primero desinfectarlas con lejía adecuadamente y después lavarlas bien con agua abundante. La infección por compartir otros objetos contaminados con sangre es remota. Hay, pero, razones higiénicas generales por recomendar el uso exclusivo de objetos como las navajas y hojas de afeitar o los cepillos de los dientes.

Para evitar la transmisión vía sexual se han de aplicar las medidas preventivas generales para las infecciones de transmisión sexual como la sífilis o la gonococia, por ejemplo. Así pues, hace falta mantener relaciones sexuales protegidas mediante el preservativo masculino o femenino y las bandas de látex evitando las relaciones que conlleven lesiones o erosiones de la piel y de las mucosas.

Las mujeres seropositivas pueden transmitir el VIH al/la bebé durante el embarazo, el parto y/o la lactancia. En el caso de que la mujer lo desee, existe la posibilidad de abortar pero si desea tener el/la hijo/a, es muy importante que comunique al médico su estado serológico (o bien que lo verifique en caso de no estar segura); en la actualidad, los tratamientos antirretrovirales pueden llegar a evitar la infección del bebé.

Las precauciones para evitar la infección en los servicios sanitarios consisten en las [Normas de precaución Universales](#) que hace falta cumplir siempre, con independencia que se atienda o no una persona seropositiva. Estas normas no son exclusivas para el VIH/sida y son las mismas que ya se aplican en los centros sanitarios para prevenir otras enfermedades transmisibles por la sangre

El aislamiento de las personas directamente afectadas, sean estas seropositivas o enfermas de sida no está sanitariamente justificado porque la adopción de las medidas preventivas mencionadas no lo requiere. Además, el rechazo de estas personas conlleva inconvenientes graves, incluso para evitar la propagación de la infección.

Para que se produzca la infección hace falta que una persona se exponga, en general de forma voluntaria, a las situaciones de riesgo, que son, como hemos visto, muy íntimas; por lo tanto, sólo la responsabilidad misma tanto de las personas seropositivas como de las seronegativas puede servir para evitarla.

5. Responsabilidades legales en relación al VIH/sida

5.1. Aspectos generales

Aspectos teóricos/técnicos:

- No existe la obligatoriedad por parte de los/las padres/madres de decir si su hijo/a es seropositivo/a. Hará falta decirlo sólo en el supuesto de que se le deba dar alguna atención específica.
- No existe la obligatoriedad de decir a los/las otros/as padres/madres que uno/a de los/las niños/jóvenes del centro es seropositivo/a.
- No hay ningún caso al mundo de transmisión en medio escolar. Hace falta tener esto muy presente.
- El hecho de tener un/a niño/a seropositivo en el grupo no conlleva tener que aplicar ninguna medida específica fuera de las habituales (higiénicas, físicas, etc.).

Aspectos prácticos:

- Botiquín. Éste no debe tener ninguna particularidad específica fuera de las normales (sólo la medicación específica en el supuesto de que sea necesaria, como cualquier otra enfermedad). Hace falta tener guantes de látex, alcohol de 90 grados y lejía.
- Ante cualquier herida, es importante no tocar directamente la sangre usando guantes de látex. La herida se debe desinfectar con alcohol. Si ha caído sangre sobre cualquier superficie, hace falta limpiar esta con lejía o alcohol de más de 90 grados.

5.2. Medidas de precaución universales⁸

1. Evitar el contacto directo con sangre de otras personas.
2. Potenciar la predisposición de la gente a proporcionar atención en caso de accidente pero teniendo presente que las prácticas antihigiénicas son perjudiciales tanto para la persona que socorre como para el/la accidentado/a.
3. Ante una persona que sangra se deben seguir las siguientes normas:
 - Lavarse bien con agua y jabón.
 - Utilizar guantes de látex de un solo uso.
 - Lavar bien la herida con agua y jabón.
 - Desinfectar la herida, una vez limpia, con povidona iodada al 7,5-10% o alcohol al 70% dejando un blando de gasas empapadas con uno de los dos productos sobre la herida unos 10 minutos para que actúe el desinfectante.
 - Si la herida sangra o supura se deberá tapar con un buen grueso de gasas estériles.

⁸ *La infecció pel virus de la immunodeficiència humana (HIV) en el medi sanitari* (1998). Barcelona : Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social.

4. La respiración boca a boca no supone ningún riesgo de transmisión del VIH de no ser que el/la enfermo/a sangre por la boca.
5. El material usado que haya estado en contacto con sangre y se pueda tirar, se introducirá en un doble bolso y se tirará con el resto de la basura. Hace falta que los objetos tajantes y punzantes se eliminen en un contenedor rígido.
6. El material que se deba volver a usar se limpiará, utilizando guantes de látex y siguiendo las siguientes indicaciones:
 - Agua y detergente para eliminar la materia orgánica.
 - Desinfección posterior con un desinfectante o sumergiendo el material durante 30 minutos.
 - Las superficies manchadas con sangre se desinfectarán primero con detergente y, una vez limpios y secos, con una disolución de lejía al 0,5% (una parte de lejía por tres de agua). Esta disolución se deberá preparar diariamente porque sino pierde efectividad.
 - El alcohol de más de 90 grados y las temperaturas superiores a 60 grados también eliminan el VIH.

5.3. Medidas Higiénicas en el ámbito educativo

La OMS y otras instituciones sanitarias han estudiado la posibilidad de riesgo de infección del VIH en el ámbito escolar llegando a la conclusión de que no existe ningún peligro de transmisión.

No existe pues el menor asomo de riesgo en situaciones a veces dudosas como:

- Compartir chicles, caramelos, etc.
- Heridas no protegidas en la piel. Pese a que otro/a niño/a toque la herida, el contacto es superficial y por ello no hay ningún riesgo. Si la herida no es reciente y ha empezado a cicatrizar, el riesgo todavía es menor.
- Mordiscos. El contacto que se da en un mordisco es el de la saliva con la sangre, por ello no existe transmisión. No existe ningún caso en el mundo conocido dónde haya habido transmisión por mordisco.
- El cambiar pañales, la caída de los dientes, etc. no comportan tampoco el menor asomo de peligro de transmisión del VIH.

Hace falta además tener presentes los derechos que tienen los/as niños/as: a la enseñanza, al compartir, a relacionarse, etc.

Medidas de Higiene en el ámbito educativo:

- Utilizar siempre lejía como desinfectante básico.
- Curar las heridas siempre con guantes a todos/as los/as niños/as.
- Lavar la ropa manchada de sangre con lejía.
- Frotar el lugar dónde haya habido la herida con un cubo lleno de agua y dos vasos llenos de lejía.
- Ante un/a niño/a que sangra, hace falta primero lavarse bien las manos con agua y jabón y utilizar guantes de látex a ser posible de un solo uso. Después

hace falta lavar la herida con agua y jabón y desinfectarla con yodo. Para acabar se tapaná con gasas empapadas con yodo esperando diez minutos.