

EDUCACIÓN PARA LA SALUD

L a educación para la salud sobre VIH/SIDA

P. Nájera Morrondo

Escuela Nacional de Sanidad

RESUMEN

La prevención del VIH/SIDA debe enmarcarse en una estrategia global de educación para la salud. Necesidad de la educación sobre el VIH/SIDA en el marco educativo. Formar al profesorado para llevar adelante esta labor. Formación que debe atender a aspectos instructivos (conocimientos), aspectos actitudinales (actitudes) y aspectos comportamentales y de habilidades (comportamientos).

Implicar a los jóvenes en los programas para que se sientan parte activa de las actividades y no meros receptores de información y consejos.

Vencer ciertos recelos hacia una información - formación respetuosa y veraz que todavía existen en ciertos grupos sociales, dado que hoy por hoy es la única medida preventiva eficaz.

EDUCACIÓN SOBRE VIH/SIDA EN ADOLESCENTES

La educación sobre este tema encuentra un lugar preferente en el sistema educativo y así se ha considerado en la mayoría de los países. Algunos de ellos como EE.UU., Holanda, Reino Unido, Suecia, etc., han utilizado la existencia de programas de educación para la salud o de educación sexual en sus escuelas para introducir en ellos la enseñanza de la prevención del VIH/SIDA con cierta urgencia, dándose en algunos como en Inglaterra la paradoja de ser obligatorio educar sobre este tema desde 1991 y no serlo la educación sexual hasta 1994¹. También se reconoce la conveniencia de relacionarlo con la educación sobre el uso de sustancias, para la convivencia y sobre la igualdad de oportunidades entre ambos géneros. Lo más frecuente es su integración en la educación general obligatoria dentro de los programas de educación para la salud, planificados, desarrollados y evaluados por el sistema educativo mediante alianzas con los servicios de salud y con la comunidad. La forma de su inclusión en el currículum suele ser muy diversa según los países e incluso las escuelas, lo mismo que el grado de desarrollo y la edad en que se imparte su enseñanza.

En España se introdujo la educación para la salud en 1990 como una materia transversal obligatoria en el currículum de toda la enseñanza primaria y

la secundaria obligatoria y dentro de ella los campos de la educación sexual, el VIH/SIDA y la educación sobre drogas. Con ayuda del Convenio establecido entre los Ministerios de Educación, Sanidad y Asuntos Sociales se está desarrollando mediante la formación del personal, la preparación de material didáctico y la programación y realización de proyectos de educación afectivo-sexual con ayudas económicas, de asesoramiento y aporte de materiales.

Del estudio de los trabajos revisados^{2,8}, que corresponden a estudios realizados en ambiente escolar, se pueden extraer las siguientes recomendaciones respecto a la planificación de programas y actividades de educación sobre VIH/SIDA en escuelas:

- 1) Deben estar basados en la situación específica de la comunidad, que es preciso conocer en sus aspectos físico, social y cultural.
- 2) Debe contarse con la participación de la comunidad y sus servicios (sanitarios y otros) y en especial con los padres de alumnos.
- 3) Debe tenerse muy en cuenta la influencia del entorno psicosocial inmediato, sobre todo de las subculturas juveniles (pares).
- 4) Debe procurarse el desarrollo de habilidades materiales y de comunicación y no sólo la adquisición de conocimientos.
- 5) Debe usarse una metodología activa y participativa^{9,17} que induzca a los escolares a conocer y reflexionar so-

bre su situación y conducta y a tomar decisiones responsables.

6) Debe facilitar la formación continua del profesorado en este campo¹³.

7) Debe proporcionar materiales didácticos y estimular su valoración y el desarrollo de los propios.

Pero la educación sobre VIH/SIDA no puede realizarse sólo por medio del sistema escolar sino que tiene que procurar llegar a los jóvenes a través de otros cauces sociales, culturales y recreativos existentes en la comunidad^{14,18} como servicios sanitarios y sociales diversos, especiales para adictos a drogas, para personas sin ambiente familiar, delincuentes, clubs deportivos, asociaciones, grupos de ayuda mutua, etc. Algunos de éstos cuentan con formas de acercamiento a grupos marginados –programas de alcance¹⁹ o **outreach**– que realizan una labor muy interesante en colectivos difíciles, a veces mediante algunos individuos de estos grupos (pares) que llegan a actuar como agentes de salud para sus compañeros. La educación por pares es un método que está despertando mucho interés y entusiasmo para el desarrollo de programas de educación sobre drogas²⁰ y sobre VIH, tanto en ambiente escolar²¹⁻²² como en intervenciones a nivel comunitario¹⁴. Las principales ventajas que se le reconocen son economía, eficacia y refuerzo personal de los participantes. La gran diversidad de situaciones en que se ha empleado, las diferencias en sus aspectos operativos y, sobre todo, la escasez de programas bien evaluados hace que no pueda contarse aún con clara evidencia de su validez. Otros aspectos de la revisión realizada, que creo interesante destacar se comentan a continuación.

BASES TEÓRICAS. MODELOS PSICOLÓGICOS

Cuando se pretende cambiar una conducta parece lógico estudiar los diferentes determinantes de la misma para

dirigir los esfuerzos educativos a la modificación de aquéllos que parezcan más adecuados según las necesidades y características de los adolescentes en cada momento de su desarrollo sexual y las condiciones de su ambiente sociocultural. Esto servirá para fijar los objetivos de los programas educativos y conseguir una mayor eficacia de aquéllos. Para especificar dichos determinantes se usan diferentes modelos teóricos que psicólogos y educadores han ido desarrollando en los últimos 30 años²³ para la explicación de la conducta y que diferentes estudios han tratado últimamente de aplicarlos al comportamiento sexual, en particular al heterosexual, buscando modelos prácticos para aplicarlos en la promoción del sexo seguro para prevención del SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual (ETS). Conviene reconocer que la conducta sexual es más compleja que otras relacionadas con la salud, ya que implica a dos personas que pueden tener historias sexuales muy distintas y cuyas respuestas emocionales pueden ser también muy diferentes, por lo que es necesario considerar la Influencia de la comunicación interpersonal en la toma de decisiones respecto al comportamiento de la pareja. Por otra parte, se trata de una conducta cargada de afectividad que, al estar presente, influirá en la relación.

El Modelo de Creencias Sanitarias (Rosenstock 1974, Janz y Becker 1986) creado para estudiar la conducta de prevención de riesgos de enfermedad destaca seis determinantes: susceptibilidad y gravedad percibidas del riesgo, ventajas e inconvenientes de la conducta preventiva propuesta, interés del individuo por su salud y factores ambientales. Diferentes autores han aplicado este modelo a la conducta sexual comprobando su utilidad y el valor predictivo de los factores que incluye, en especial el de la susceptibilidad percibida. Como el SIDA es una enfermedad grave pero con un período de incubación muy largo, es relativamente frecuente

que los individuos reconozcan fácilmente su gravedad más que su susceptibilidad a ella, en particular los adolescentes que, incluso frente a otros problemas de salud, se sienten con una cierta invulnerabilidad²⁴. Es, por tanto, necesario incidir en el reconocimiento de la susceptibilidad en los programas educativos. Además de la susceptibilidad percibida, los autores que han trabajado con este modelo han identificado otros determinantes no incluidos en el mismo como la conducta sexual previa (relación monógama o no), el uso de preservativos y el consumo de drogas que intervendrían en el comportamiento sexual.

La Teoría de la Acción Razonada (Fishbein y Ajzen, 1975, 1985) reconoce que la intención de conducta siempre precede a la acción y que está determinada por la actitud hacia la conducta y las normas sociales respecto a la misma. La actitud, a su vez, depende de las creencias sobre las consecuencias de la conducta y, por tanto, del balance costo/beneficio entre éstas y la medida preventiva propuesta. La influencia de las normas dependerá del grado en que el individuo las haya internalizado, del comportamiento de las personas que le interesan y de su deseo de obtener la aprobación de su grupo. En el caso de la conducta sexual son muy importantes los deseos y la aceptación de la pareja.

Otras teorías y modelos como el PRECEDE (Green y Kreuter, 1991), la Teoría del Aprendizaje Social (Bandura, 1977), la Teoría Social Cognitiva, la Teoría de la Influencia Social, la Teoría de proyección/motivación, la Teoría del Riesgo, etc., han llamado la atención sobre otros factores determinantes, tanto personales como ambientales. Según Abraham²⁵ éstos pueden ser de tres tipos: personales, interpersonales y situacionales. Entre los personales se incluyen la autoestima, el locus de control, la erotofobia/erotofilia, sentimientos de culpa y la ansiedad.

La autoeficacia percibida, es decir la

confianza de la persona en ser capaz de realizar la conducta propuesta por poder controlar su motivación y su conducta y su ambiente social, es un determinante importante en el paso de la intención a la acción. Está relacionada con la autoestima y el locus de control. El sentimiento de autoeficacia puede implicar que el individuo realice un mayor esfuerzo y concentración y persista en la acción, no se deje desanimar por los errores sino que los viva como experiencias de aprendizaje y sea capaz de superar las dificultades previstas, que son elementos contrarios a la autoeficacia. El sentimiento de confianza en la propia capacidad es muy importante en educación sanitaria ya que ayuda a aceptar y asimilar la información y las propuestas de acción. En la conducta sexual contribuye a lograr una buena negociación con la pareja en cuanto a la adopción de prácticas de sexo seguro. Interviene en la intención de conducta y en la acción. Su falta, por el contrario, puede hacer que quien se sienta susceptible a un riesgo e incapaz de controlarlo se desaliente y recurra a racionalizaciones absurdas para justificar su inactividad.

Weeks⁴ considera dos tipos de autoeficacia en el contexto del VIH/SIDA la de uso, que es la habilidad de conseguir y utilizar las medidas preventivas, y la de rechazo, que es la que se necesita para no dejarse inducir por proposiciones a llevar a cabo conductas de riesgo (uso de alcohol, marihuana y relación sexual sin protección). Ambos tipos de autoeficacia están poco desarrollados en los adolescentes, sobre todo el segundo, por su deseo de adaptarse a las conductas de sus iguales, por lo que deben ser estimuladas por las actuaciones educativas.

El Modelo de Reducción de Riesgo del SIDA (Catania, 1990) distingue tres momentos importantes en la adopción de la conducta:

1) De percepción del riesgo, en el que interviene fundamentalmente la información.

2) El de compromiso, para el que es fundamental la motivación.

3) El de realización para el que es necesaria la adquisición de habilidades que refuercen la autoeficacia. En la conducta sexual, para esta fase de realización tienen importancia las intenciones de llevar a cabo una serie de acciones intermedias como la adquisición de preservativos, la propuesta y la negociación de su uso, para lo que se requieren habilidades de comunicación y conocimientos para el uso correcto del preservativo.

Hay que considerar que la prevención del VIH/SIDA no es la única motivación para adoptar medidas preventivas en la conducta sexual ya que también puede ser motivo para ello el deseo de evitar el embarazo y las ETS. En general, el preservativo no es muy aceptado como anticonceptivo más que para relaciones casuales y el uso de la píldora representa en cierto modo un signo de estabilidad en la relación y un compromiso con la pareja. Es preciso que la motivación para la acción se centre en el logro del objetivo propuesto que, en el caso del uso del preservativo, puede ser doble –evitar el embarazo y prevenir el SIDA y otras ETS. También conviene tener presente que las intenciones de acción no llevan automáticamente a ésta y que, en general, no se mantienen estables en el tiempo. Por otra parte, la conducta de sexo seguro hay que mantenerla continuamente mientras sigan las posibilidades de transmisión por lo que debe persistir la motivación, que irá cambiando, según las circunstancias, en los diferentes momentos de la vida sexual del individuo.

Entre los determinantes interpersonales se encuentran las relaciones que se desarrollan en la pareja, en especial

la capacidad de comunicación. La conducta sexual está cargada de afectividad por lo que hay que tener presentes los sentimientos que llevan a cada uno de sus miembros a establecerla, la forma de expresión de éstos a lo largo de la misma y los nuevos afectos que puedan generarse en su curso.

En gran medida dependen de la personalidad y de las expectativas de las personas implicadas, pero también de los papeles sexuales fijados por las normas sociales –dominante, conocedor y controlador del proceso el masculino siempre dispuesto a la relación sexual en la que no puede fallar, y pasivo, ignorante, acogedor y facilitador el de la mujer, más preocupada por la afectividad que por el sexo y con muy poco poder de decisión. Ésta resulta especialmente vulnerable cuando lo que busca en la relación es el afecto que no encuentra en su familia²⁶ o la protección y la seguridad que la vida no le ofrece, como ocurre en muchas chicas privadas de ambiente familiar y quizá embarazadas precozmente por violación o ignorancia¹⁷. La creación de habilidades de comunicación y persuasión que les permitan negociar el uso de medidas preventivas puede aumentar su capacidad de controlar la relación. El desarrollo del encuentro sexual también está socialmente establecido y depende del ambiente sociocultural donde se desarrolle. Los motivos de cada miembro de la pareja, la duración del período que transcurra desde el conocimiento hasta la consumación del coito, sus etapas, la forma en que se progresa a la intimidad, la comunicación verbal y no verbal durante este proceso, están en cierto modo predefinidas socialmente para cada tipo de relación y asumidas en cierto modo por los protagonistas. No obstante, estimular la comunicación entre los miembros de la pareja puede facilitar la reflexión sobre estos condicionantes socioculturales y superarlos de acuerdo a sus intereses.

Cuanto menos se conozca mutuamente una pareja y mayores sean el deseo sexual y la excitación, mayor será la ansiedad y menores las posibilidades de llevar a cabo conductas preventivas, aunque éstas hayan sido previstas por alguno de sus miembros. Mayor será también la posibilidad de considerarlas, siguiendo la pauta cultural, como una alteración del proceso natural que se debe desarrollar de forma espontánea y transcurrir en un nivel de emociones y sentimientos más que de palabras y donde la escasez o falta de éstas impide la negociación especialmente para la adolescente que no se siente capaz ni de sugerirlas a su pareja por temor a ser mal considerada por ello o como signo de desconfianza, de enfermedad o de promiscuidad y ser rechazada en consecuencia.

Walter y Vaughan²⁷, trabajando en una zona con alta prevalencia de pobreza y marginación, encontraron que la información sobre los riesgos del VIH. La autoeficacia y las habilidades para negociar el encuentro sexual, la susceptibilidad percibida, el conocimiento de las ventajas e inconvenientes de la conducta propuesta y el conocimiento de la aceptabilidad social, de las medidas preventivas por sus grupos sociales fueron determinantes de su utilización por los adolescentes objeto de su estudio.

EDAD DE INICIO DE LA EDUCACIÓN SOBRE VIH/SIDA

Como ya se ha dicho, muchos autores consideran necesario iniciar la educación sobre VIH/SIDA en la preadolescencia por la creciente precocidad de inicio de las relaciones sexuales. De ahí la urgencia de realizar estudios de conocimientos en estas edades. Hoppe¹¹ mediante discusiones en grupos focales con moderadores expertos, estudia en 136 niños de tercer a sexto grado (8 a 10 años) sus conocimientos del SIDA en comparación con

otras enfermedades—causa, transmisión, consecuencias, prevención, susceptibilidad percibida, respuestas emocionales, conducta y fuentes de información. Halló que estos niños sabían que el SIDA era una enfermedad muy grave y, respecto a las vías de transmisión, de los 25 grupos existentes, 24 mencionaron la transmisión sexual y 22 las drogas, mientras que sólo 11 dijeron que un niño podía nacer con la enfermedad. Sus explicaciones sobre el modo en que se produce la transmisión reflejaban un pensamiento más complejo en los más mayores, pero sus respuestas eran a menudo incorrectas. La información en estas edades debe tener en cuenta la etapa de desarrollo de la comprensión en que se encuentran los niños. Teniendo esto en cuenta y considerando que las actitudes respecto al riesgo personal y la vulnerabilidad empiezan a estabilizarse en la preadolescencia, Obeidallah²⁸ destaca este hecho y realiza un estudio en 613 niños de tercer a séptimo grado (8-12 años) para estimar sus conocimientos sobre SIDA y su grado de comprensión del mismo, mediante entrevistas hechas por educadores en las que, junto a preguntas directas de tipo verdadero-falso, se conversa con los niños tratando de que expliquen sus respuestas a preguntas «sonda» hechas por su interlocutor. Como en el trabajo anterior y en el de Brown et al²⁹, se destaca en éste la necesidad de tener en cuenta el nivel de comprensión del alumno para adaptar a él los contenidos y la metodología de la enseñanza. Un aspecto también destacado es la conveniencia de integrar la información sobre VIH/SIDA en el **currículum** de modo que se relacionen estos conocimientos con los adquiridos en otras enseñanzas afines para su mejor comprensión. La integración de los temas de VIH en la educación afectivo-sexual, iniciada desde el comienzo de la enseñanza como es la propuesta de nuestra ley de educación, facilita la decisión del momento adecuado para iniciar la edu-

cación específica sobre VIH/SIDA, que variará según el ambiente sociocultural de la comunidad.

MEDIDAS PREVENTIVAS

El tema del uso del preservativo debe formar parte de todos los programas escolares de educación sexual y sobre el VIH/SIDA. No obstante, suele ser el menos desarrollado. Así, en EE.UU., donde las actividades educativas sobre este tema se llevan a cabo desde hace varios años, se realizó en 1994 en Estudio sobre Políticas y Programas de Salud en la Escuela (SHPPS) 30 que recogió datos sobre la forma de enseñanza de varios temas, entre ellos los de sexualidad y VIH/SIDA. En este estudio se vio que entre los 17 puntos estudiados respecto al VIH/SIDA, el único que no había sido desarrollado ni siquiera por la mitad (37,1%) de los profesores de educación sanitaria era el uso correcto de preservativos, mientras que los otros puntos alcanzaban cifras del 70% al 87%. En profesores que introducían en otras materias conocimientos sobre VIH/SIDA también éste era el punto menos tratado (15,2%) mientras que otros lo habían sido por un porcentaje de profesores que oscilaba entre el 50% y el 72%.

Respecto al uso del preservativo, los programas escolares deberían proporcionar:

1) Conocimiento del mismo y de su forma de utilización, con prácticas sobre modelos, así como de las ventajas e inconvenientes de su uso, haciendo hincapié en la prevención del SIDA y ETS y del embarazo.

2) Habilidades para afrontar la presión social negativa a su uso procedente de padres, otros compañeros o pareja³¹.

3) Experiencias para mejorar la capacidad de comunicación respecto al uso del preservativo en especial con compañeros, profesores y padres.

4) Habilidades para superar las dificultades de compra posesión, propuestas y uso del preservativo.

Un tema muy discutido en estos últimos años^{10,12,30,32,33} y que ha sido objeto de intensos debates públicos en EE.UU. y otros países entre educadores, políticos, padres, religiosos y otros e incluso de una sentencia judicial⁵ es la posibilidad de la distribución de preservativos en las escuelas. Las razones aducidas tanto a favor como en contra son muchas. En una encuesta hecha por Fanburg et al³⁴ a 994 estudiantes de escuela secundaria de 14 a 17 años, el 85% estaban de acuerdo con su distribución. Sus razones eran: a) previene el SIDA y otras ETS (88%) y el embarazo (76%), b) aumentaría su utilización entre los sexualmente activos (66%), c) facilitaría su adquisición al reducir la vergüenza de comprarlos (24%), d) evitarían o reducirían su coste (17%). Los 143 que estaban en desacuerdo (61% de ellos, chicas) aducían las razones siguientes: a) la escuela no es lugar adecuado (59%), b) fomentaría la actividad sexual (48%), c) no deben tenerse relaciones sexuales antes de la madurez o del matrimonio (47%), d) no está permitido por la religión (21%), e) sería un despilfarro porque muchos adolescentes no los usan (20%) y f) daría vergüenza conseguirlos (6%). La afirmación de que la disponibilidad de preservativos en las escuelas estimula la actividad sexual de los alumnos también se ha explorado en este estudio en 931 alumnos con los siguientes resultados: 76% dicen que no habría cambio, 19% que la aumentaría y 5% que se reduciría. Los más jóvenes son los que más creen que aumentaría (22% de 14 años). En otro estudio³³ Hagedorn encuentra que los estudiantes afirman que no aumentaría sus relaciones sexuales ya que los haría más conscientes de los riesgos ligados con ellas y por esto probablemente las reduciría. En cuanto a la opinión de los adultos, una encuesta Gallup hecha en 1992 a 1.300 personas mostró que un

68% estaba a favor de la distribución y otras varias han encontrado porcentajes del 64% al 78% de personas favorables a la misma. Stryker et al² refieren las conclusiones de un foro de discusión sobre este tema de la Fundación Kaiser sobre Familia que reunió a 50 personalidades del campo de la educación. Ante la diversidad de situaciones existentes en el país, este grupo, reconociendo la autonomía de que gozan los consejos escolares, dejó a su decisión el realizarla o no, teniendo en cuenta que afecta a valores y creencias fundamentales relacionados con la sexualidad, la intimidad, la integridad familiar y la autonomía de los padres, pero sin olvidar que es un medio preventivo de un grave problema de salud pública y privada.

La distribución de preservativos debe hacerse dentro de un enfoque educativo global y multisectorial (escuela, servicios sanitarios, sociales y otros) que reduzca los riesgos, promueva la abstinencia o el retraso en la relación sexual y la participación de los padres. Respecto a la implicación de éstos, los programas existentes son muy diversos: unos exigen que el alumno presente un permiso paterno, otros no los entregan si los padres se niegan, otros simplemente notifican a los padres la puesta en marcha del programa y, finalmente, otros no aceptan el veto paterno. Las decisiones respecto a quién debe suministrarlos, a qué edad y dónde se resuelven como parece adecuado en cada caso. En muchos programas se destaca la conveniencia de que la entrega de preservativos (por profesor, servicio de salud escolar u otros) constituya un acto educativo personalizado y confidencial aunque algunos alumnos prefieren la venta anónima por máquinas. En EE.UU. numerosos sistemas escolares han establecido la distribución de preservativos en las escuelas siendo el mayor el de la ciudad de N.York que desde 1993 lo ha extendido a todas sus escuelas secundarias. También lo hacen Cambridge y Lexington, Los

Angeles, Little Rock, Chicago, Minneapolis, Filadelfia, Baltimore y otras. Por el contrario, algunos estados como Luisiana, Maryland y Michigan los prohíben.

Las medidas preventivas de la transmisión sanguínea del VIH y la educación respecto a los efectos facilitadores de la relación sexual del alcohol y otras drogas deben incluirse en los currículum escolares, así como en programas específicos dirigidos a grupos concretos de población juvenil como se indicó en la primera parte del trabajo.

Los trabajos publicados en los tres años últimos y que han sido objeto de esta revisión, aportan los resultados de experiencias bien planificadas y evaluadas, realizadas o asesoradas por expertos en distintos campos, llevadas a cabo en países y situaciones muy diversas. Pueden aportar ideas interesantes sobre las bases teóricas que los han sustentado, la metodología empleada o la forma de superar las dificultades para alcanzar los objetivos propuestos. Sería conveniente que en España se publicaran las experiencias existentes para darlas a conocer y poderlas comparar con las de otros países.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. McEwan R Bhopal R Atkinson A. AIDS and sex education in Newcastle schools: policy, priority and obstacles. *Health Educ J* 1994;53: 15-27.
2. Paulussen T. Kok G, Schaalma H. Antecedents to adoption of classroom-based AIDS education in secondary schools. *Health Education Research* 1994;9 (4): 485-496.
3. Brien TM, Thombs DL, Mahoney CA, Wallnau L. Dimensions of self-efficacy among three distinct groups of condom users. *J Am College Health* 1994; 42: 167-174.
4. Weeks K Levy SR, Zhu C, Perhats

- C, Handler A, Flay BR Impact of a school-based AIDS prevention program on young adolescents' self-efficacy skills. *H Educ Research* 1995; 10 (3): 329-344.
5. Turner JC, Korbita E, Mohn IN, Hill WB. Reduction in sexual risk behaviors among college students following a comprehensive health education intervention. *J Am College Health* 1993; 41: 137-198.
6. Levy SR, Handler AS, Weeks KA, Lampman C, Flay BR, Rashid J. Adolescent risk for HIV as viewed by youth and their parents. *Fam Community Health* 1994; 17 (1): 30-34.
7. Spruijt-Metz D. Personal incentives as determinants of adolescent health behavior: the meaning of behavior. *H Educ Research* 1995; 10 (3): 355-364.
8. Stiffman AR, Dore P, Cunningham RM, Earls E. Person and environment in HIV risk behavior change between adolescence and young adulthood. *H Educ Quarterly* 1995; 2: 211-226.
9. Denman S, Pearson J, Moody D, Davis P, Madeley R. Theatre in education on HIV and AIDS: a controlled study of schoolchildren's knowledge and attitudes. *Health Educ J* 1995; 54: 3-17.
10. Hayden J. The condom race. *J Amer College Health* 1993; 42: 133-136.
11. Hoppe NJ, Wells EA, Wilsdon A, Gillmore MR, Morrison DM. Children's knowledge and beliefs about AIDS: Qualitative data from focus group interviews. *Health Educ Quarterly* 1994; 21 (1): 117-126.
12. Stryker J, Samuels SE, Smith MD. Condom availability in schools: the need for improved program evaluations. *Am J Pub Health* 1994; 84 (12): 1901-1906.
13. Paulussen T, Kok G, Schaalma H, Parcel GS. Diffusion of AIDS curricula among Dutch secondary school teachers. *H Educ Quart* 1995; 22 (2): 227-243.
14. Diclemente RJ, Wingood GM. A randomized controlled trial of a HIV sexual risk-reduction intervention for young africanamerican women. *JAMA* 1995; 274 (16): 1271-1276.
15. Durante AJ, Hart GJ, Brady AR, Madden PB, Noone A. The Health of the Nation target on syringe sharing: a role for routine surveillance in assessing progress and targeting interventions. *Addiction* 1995; 90: 1389-1396.
16. Graves KL. Risky sexual behavior and alcohol use, among young adults: Results from a national survey. *Amer J Health Promotion* 1995; 10 (1): 27-36.
17. Koniak-Griffin D, Nyamathi A, Vasquez R, Russo AA. Risktaking behaviors and AIDS knowledge: experiences and beliefs of minority adolescent mothers. *Health Educ Research* 1994; 9 (4): 449-463.
18. Mounteney J, Olver L, Shapiro H. Sexually challenged: drug agencies and safer advice for young people. *H Educ J* 1994; 53: 385-396.
19. Rhodes T. HIV outreach, peer education and community change: developments and dilemmas. *Health Educ J* 1994; 53: 92-99.
20. Rodriguez Arenas MA, Zunzunegui MV, Friedman SR, Romero JC, Ward TP. Sharing syringes in Madrid. A social phenomenon. *Eur J P Health* 1996; 6: 11-14.
21. Milburn KA. A critical review of peer education with young people with special reference to sexual health. *Health Educ Research* 1995; 10 (4): 407-420.
22. Richie ND, Getty A. Did an AIDS peer education program change first-year college students' behaviors? *J Am College Health* 1994; 42: 163-165.
23. Abraham C, Sheeran R. Modelling and modifying young heterosexuals' HIV-preventive behaviour: a review of theories, findings and educational implications. *Pat Educ Couns* 1994; 23: 173-186.
24. Van der Pligt J, Richard R. Changing adolescents' sexual behavior: perceived risk, self-efficacy and anticipated regret. *Pat Educ Counselling* 1994; 23: 187-196.
25. Abraham C, Sheeran P. In search of a psychology of safer-sex promotion; beyond beliefs and texts. *Health Educ Research* 1993; 8 (2): 245-254.
26. Marchi KS, Guendelman S. Gender differences in the sexual behavior of latino adolescents: An exploratory study in a public high school in the San Francisco Bay area. *Int'l Quart Community Health Educ* 1994-95; 15 (2): 209-226.
27. Walter HJ, Vaughan RD, Gladis MM, Ragin DF, Kasen S, Cohall AT. Factors associated with AIDS-related behavioral intentions among high school students in an AIDS epicenter. *H Educ Quarterly* 1993; 20 (3): 409-420.
28. Obeidallah D, Turner P, Iannotti RJ, O'Brien RW, Haynie D, Galper D. Investigating children's knowledge and understanding of AIDS. *J School Health* 1993; 63 (3): 125-129.
29. Brown LK, Reynolds L, Brennan AJ. Out of focus: children's conceptions of AIDS. *J Health Educ* 1994; 25 (4): 204-209.
30. Collins JL, Small ML, Kann L, Pateman BC, Gold RS, Kolbe LJ. School Health Education. *J School Health* 1995; 65 (8): 302-311.
31. Bauman KE, Ennet ST. On the importance of peer influence for adolescent drug use: commonly neglected considerations. *Addiction* 1996; 91 (2): 185-198.
32. Hagedorn S. Student views of the school nurse's role in a secondary school condom availability program. *J School Health* 1993; 63 (8): 353-360.
33. Schaalma H, Kok G, Peters L. Determinants of consistent condom use by adolescents: the impact of experience of sexual intercourse. *H Educ Research* 1993; 8 (2): 255-269.
34. Fanburg JT, Kaplan DW, Naylor KE. Student opinions of condom distribution at a Denver, Colorado, High School. *J School Health* 1995; 65 (5): 181-185.