

Evaluación del proceso de desarrollo del folleto educativo de salud *Abre los ojos* para jóvenes en situación de calle de Medellín

Process evaluation of the health education resource *Abre los Ojos* for street-involved youth in Medellín

Chelsea Jalloh¹; Queeling Gómez M²; Lédy M. Zuluaga T³; Oliver Zamora S⁴; Adriana M. García S³; Dora C. Gutiérrez H³; Carlos Rojas⁵; John L. Wylie⁶

¹ Departamento de Currículo, Enseñanza y Aprendizaje, Facultad de Educación, Universidad de Manitoba, Canadá

² Grupo de Estudio en Pedagogía, Infancia y Desarrollo Humano, Facultad de Educación, Universidad de Antioquia, Colombia

³ Secretaría de Bienestar Social, Alcaldía de Medellín, Colombia

⁴ Fundación Hogares Claret, Colombia

⁵ Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia, Colombia

⁶ Departamentos de Microbiología Médica y de Ciencias de Salud de la Comunidad, Facultad de Medicina, Universidad de Manitoba, Canadá. Correo electrónico: john.wylie@gov.mb.ca

Recibido: 21 de Marzo de 2012. Aprobado: 3 de Diciembre de 2012.

Jalloh C, Gómez Q, Zuluaga LM, Zamora O, García AM, Gutiérrez DC, *et al.*, Evaluación del proceso de desarrollo del folleto educativo de salud *Abre los ojos* para jóvenes en situación de calle de Medellín. Rev. Fac. Nac. Salud Publica 2012; 30(3):282-290

Resumen

Objetivo: evaluar el proceso de desarrollo del folleto educativo en salud *Abre los ojos*, diseñado para jóvenes en situación de calle en Medellín. Se evaluaron tanto el proceso de su creación como su percepción posterior entre los jóvenes.

Metodología: la evaluación incluyó el análisis de datos cuantitativos y cualitativos mediante entrevistas individuales y grupos focales con jóvenes en situación de calle de Medellín. De estos jóvenes, 94, con edades entre 14 y 24 años, respondieron una encuesta de percepciones sobre el material.

Resultados: los grupos focales fueron efectivos para recoger las ideas y sugerencias del tipo de contenido que ellos querían para el material educativo de salud y la forma de presentarlo. Después de distribuirlo, la respuesta general resultó positiva. Manifestaron que contenía información valiosa y relevante en relación con sus experiencias. Pese a no ser el objeto principal de esta evaluación, las entrevistas individuales proporcionaron

resultados preliminares acerca de la posible efectividad del material educativo para incrementar el nivel de conocimiento de los participantes sobre los temas allí incluidos. **Conclusión:** el proceso colaborativo para desarrollar el contenido del material educativo, en asocio con los jóvenes, probó ser muy valioso. Mientras que los investigadores seleccionaron información sobre VIH, los jóvenes seleccionaron información de otros temas como *piercing*, uso de solventes y lo que significa vivir en la calle. El material educativo resultante fue bien recibido por representantes de los jóvenes en situación de calle de Medellín, diferentes a los que participaron en su diseño.

-----**Palabras clave:** jóvenes en situación de calle, VIH/sida, material educativo de salud, evaluación de proceso, salud pública

Abstract

Objective: Conduct a process evaluation of a health education resource (pamphlet), *Abre los Ojos*, designed for street-involved youth in Medellín. The primary foci of the evaluation were the process of developing the re-

source and youth's subsequent perception of the resource. **Methodology:** Drawing upon both qualitative and quantitative data, a process evaluation was undertaken. Ninety four street-involved youth between the ages of

14–24 years completed surveys about the resource. These semi-structured interviews were key for the information about youth perception of the resource. In addition to individual interviews, prior to resource creation, a series of focus groups were integral for the development of the resource. **Results:** The process of consulting with the target population through the focus groups was effective in obtaining their ideas and feedback about what type of content they would like to see in a health education resource, and how they wanted that content presented. After distribution, participants described that *Abre los Ojos* contained information that was valuable and relevant to their experiences. While not a primary focus of this evaluation, the individual interviews were also able to

provide some preliminary insight into whether *Abre los Ojos* was an effective means for participants to increase their knowledge of content included in the resource. **Conclusion:** The collaborative process of jointly developing the resource content in partnership with the youth proved very worthwhile. While our research team chose to include information about HIV, through focus group dialogue, the youth themselves determined the additional content themes (*piercings*, use of solvents, and description of life on the street). The resulting resource was well-received by members of the street-involved population who had not been involved in its design.

-----*Key words:* homeless youth, HIV/aids, health education resource, process evaluation, public health

Introducción

El año 2011 marcó el trigésimo aniversario desde que el primer caso de sida fuera diagnosticado en 1981 [1]. Desde ese mismo año, aproximadamente 25 millones de personas han muerto de sida y otros 34 millones están infectadas [2]. Según la Organización de Naciones Unidas (ONU), el rango de edad entre los 14 y los 24 años sigue siendo el que mayor número de nuevos casos agrupa, equivalente al 45 % de las nuevas infecciones de VIH [3]. A pesar de los avances positivos en investigación, educación y acceso al tratamiento, la propagación de esta enfermedad todavía no está bajo control. Un artículo reciente, en el marco de la conmemoración del trigésimo aniversario, describe una cura que todavía parece muy lejana. La prevención es, por el momento, la mejor opción [2].

La epidemia mundial de sida exige métodos de prevención innovadores basados en investigación. La literatura sobre su prevención y educación expone claramente que no hay “una estrategia que les sirva a todos” y que estas deben orientarse hacia poblaciones específicas, a fin de aumentar la eficacia [1, 4, 5]. Elementos como la cultura, el género, la orientación sexual, el nivel socioeconómico, la educación y la religión pueden influir sobre el éxito de una iniciativa de prevención. Sumado a lo anterior, [la prevención] también exige compartir información con las poblaciones de difícil acceso y los grupos de mayor riesgo de transmisión [6]. Precisamente, uno de esos grupos es el de jóvenes en situación de calle que, por diversas razones, son especialmente vulnerables a enfermedades infecciosas como la aludida [6, 7]. En respuesta a dicha necesidad, en este artículo se describe una evaluación del proceso de desarrollo de un material educativo de salud orientado a la población de jóvenes en situación de calle, en Medellín, Colombia.

El equipo de investigación que realizó esta evaluación incluyó investigadores de la Universidad de Antioquia, la Secretaría de Bienestar Social de la Alcaldía de Medellín y la Universidad de Manitoba. Esta evaluación tiene sus raíces en un proyecto llevado a cabo en Winnipeg, Canadá, durante el periodo 2009-2010, que se enfocó en la evaluación de *harsh reality**, material educativo de salud y bienestar hecho por y para jóvenes en situación de calle [8, 9]. Los resultados de esa evaluación sugirieron que los jóvenes en situación de calle tenían más interés en leer un material educativo de salud que reflejaba sus experiencias y vidas que un material educativo preparado por doctores y educadores, que no son sus pares.

La disponibilidad de financiación por parte del Centro Internacional de Investigación y Desarrollo de Canadá, a través del programa Latin American Caribbean Research Exchange Grant (LACREG), brindó la oportunidad para que las tres instituciones ya mencionadas pudieran desarrollar en Medellín, Colombia, un proyecto similar al desarrollado en Winnipeg, Canadá, con el propósito de evaluar si los resultados obtenidos eran similares.

En julio del 2010, el grupo de investigación conformó cinco grupos focales con jóvenes en situación de calle en Medellín. Cuatro grupos se desarrollaron en instituciones que sirven a esta población y un grupo se estructuró directamente en la calle. El objetivo fue conocer las perspectivas de los jóvenes sobre sus experiencias en calle, sus preferencias en torno al material educativo, por ejemplo, el diseño, la composición, los tipos de imágenes, la cantidad de texto escrito, entre otros; y asimismo, identificar cuáles eran los temas de su interés. Con los datos de estos grupos focales, se produjo un material educativo piloto, *Abre los ojos*, que refleja las preferencias de los participantes.

* *Harsh reality:* Dura realidad

Abre los ojos es un plegable de dos páginas que contiene información sobre cuatro temas principales. Cabe señalar que el grupo de investigación ya tenía interés en comunicar información sobre VIH/sida; los otros tres temas se extrajeron directamente de las charlas realizadas en los grupos focales:

— *Creencias sobre VIH/sida*: con base en concepciones comunes expresadas por los participantes, el folleto tiene una serie de declaraciones incorrectas, seguidas de la información correcta. Por ejemplo, la declaración “VIH es lo mismo que el sida”, seguida de la explicación “No. El VIH es el virus. La enfermedad de sida puede ocurrir muchos años después de que una persona está infectada con VIH”.

— *Los piercing*: muchos participantes manifestaron que ellos mismos se están poniendo piercing en sus cuerpos. Esta sección contiene información sobre el riesgo de que uno mismo se realice una perforación e incluye información acerca del riesgo de enfermedades transmitidas por la sangre como resultado de compartir agujas. Además, ofrece estrategias para reducir daños, como consultar a un profesional, y las instrucciones para esterilizar una aguja.

— *Los efectos de inhalar ‘pegante’ (Sacol)*: los participantes manifestaron que el pegante, genéricamente conocido por uno de sus nombres comerciales en Colombia como *Sacol*, un pegamento fuerte para reparar zapatos, es la sustancia más utilizada en calle. La persona puede inhalar el pegamento para sentirse “alto” y así disminuir las sensaciones de hambre y de frío. La popularidad de esta sustancia radica en su bajo costo y su amplia disponibilidad. Miembros de los grupos focales expresaron su interés en aprender sobre los efectos corporales al inhalarlo.

— *Los elementos buenos y malos de la vida en calle*: Los jóvenes describieron los aspectos positivos y difíciles de la vida en calle en sus propias palabras. Ejemplos de cosas buenas de la vida en la calle incluyen que “no hay normas”, la “libertad” y que “hago lo que quiero, cuando quiero”. Ejemplos de cosas malas son las “violaciones”, las “convivires”†, “la policía” y “el maltrato”.

Una de las críticas a algunos materiales de prevención es que *demonizan* ciertos comportamientos y, como resultado, alienan al público objetivo [10]. *Abre los ojos* se escribió desde una perspectiva de reducción de daños [11]; por eso, el esfuerzo se enfocó en proporcionar información precisa sobre los temas, sin estigmatizar o exaltar comportamientos como el consumo de drogas o la conducta sexual. El texto del folleto se apoya en gráficos creados por un artista local de Medellín que está familiarizado con la cultura de los jóvenes en situación de calle.

El siguiente paso en el proyecto fue la realización de una evaluación de proceso. Este tipo de evaluación difiere de la muy utilizada evaluación de resultados, en que la evaluación de proceso examina “cómo un producto o resultado es producido, más que mirar al producto en sí mismo[...], es un análisis del proceso a través del cual un programa produce los resultados que se espera produzca” [12]. Un componente importante de una evaluación de proceso es determinar si los participantes han quedado satisfechos con los servicios o materiales que hayan recibido como resultado de un programa o iniciativa [13]. Como ya se mencionó, los principales objetivos para esta evaluación de proceso fueron dos: obtener información sobre el proceso de crear un material educativo en colaboración con la población de interés, seguido por la evaluación de cómo este tipo de material —con un atractivo visual novedoso y basado en temas relativos a jóvenes en situación de calle— fue bien recibido por el público objetivo. Por último, interesaba comparar estos resultados con los hallazgos obtenidos en el estudio canadiense, para determinar así las similitudes y diferencias.

Metodología

En febrero del 2011, miembros del grupo de investigación y personal adicional de la Secretaría de Bienestar Social entregaron aproximadamente 600 folletos a jóvenes en situación de calle en la ciudad de Medellín; 100 se distribuyeron directamente en calle y 500 se distribuyeron en instituciones que atienden a esta población. Una semana después, se regresó a los mismos sitios para realizar los cuestionarios con los jóvenes y obtener retroalimentación en torno al folleto. La muestra de 100 participantes se eligió porque era viable en términos presupuestales; igualmente, proporcionó datos suficientes para identificar las tendencias y facilitó la comparación con un tamaño de muestra igual en el estudio canadiense.

Para incorporar participantes para la evaluación se utilizaron dos métodos: muestreo de conveniencia y muestreo oportunista [14]. El primero se utilizó para seleccionar la mayoría de las instituciones que sirvieron de intermediarias en la difusión del material. Se regresó después a las mismas instituciones para invitar a los participantes a que respondieran el cuestionario. Estas instituciones ya eran conocidas por la Secretaría de Bienestar Social o habían participado en los grupos focales iniciales.

Para incorporar participantes directamente en la calle, se utilizó muestreo oportunista; esto es, se transitó por las zonas en donde podían encontrarse personas en situación de calle y se abordaron jóvenes de las edades ya aludidas y se les preguntó si querían participar en un cuestionario sobre *Abre los ojos*. También, durante estos

† Convivires: denominación genérica de grupos de autodefensa urbana

recorridos, se distribuyeron materiales entre las instituciones que se encontraban al paso.

Con respecto a los cuestionarios, en estos se utilizaron preguntas con los formatos de opción múltiple y anecdótica. En algunos casos, los participantes llenaron sus propios cuestionarios; en otros, el cuestionario se dirigió oralmente[‡]. En ambos casos, el personal del estudio estuvo disponible para aclarar la encuesta o ayudar con alguna pregunta que el participante pudiera tener. Después de completar los cuestionarios, los jóvenes en instituciones recibieron un pequeño reconocimiento (por lo general, un refrigerio y una caja de jugo) para expresarles agradecimiento por su participación. No ocurrió así con los participantes en calle, debido a las preocupaciones manifestadas por algunos miembros del grupo de investigación sobre la seguridad del personal del estudio.

Es importante anotar que la participación de todos los jóvenes en este estudio fue voluntaria; en coherencia, estaban en libertad de terminar su participación en cualquier momento, sin lugar a penalización. Puesto en estos términos, el personal del estudio obtuvo consentimiento oral de todos los participantes antes de realizar el cuestionario. Los datos se limitaron a aquellos participantes con edades entre 14 y 24 años, en razón de que en ese rango de edad están facultados para otorgar su propio consentimiento. Los métodos y los instrumentos de investigación utilizados en este proyecto fueron aprobados por el Comité de Ética de Salud de la Universidad de Manitoba (Health Research Ethics Board) y la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia.

Después de recolectar la información, los datos se ordenaron y compilaron para analizarlos; así, las respuestas cualitativas se recopilaron en un documento que posteriormente se analizó en busca de temas emergentes; por su parte, las respuestas cuantitativas se compilaron y codificaron para calcular las proporciones de cada respuesta.

Resultados

En total, 94 jóvenes participantes, dentro del rango de edad considerado, completaron los cuestionarios individuales (la tabla 1 presenta información sobre la demografía de los participantes). La mayoría de los participantes (61 %) fueron hombres. Esta distribución desigual de sexos es coherente con investigaciones sobre jóvenes en situación de calle en los países en desarrollo, donde hay una proporción significativamente mayor de sexo masculino que viven en calle [7, 15]; 83 % de los participantes tenían edades que oscilaban entre los 14 y los 17 años de edad. Esto tiene sentido, en tanto la mayoría de participantes fueron reclutados de las instituciones que

generalmente ofrecen servicios a las personas menores de 18 años. La etnia más común de los participantes fue mestiza (56 %), seguida de la caucásica (26 %), la afrocolombiana (14 %) y la indígena (1 %).

En general, la respuesta de los participantes frente a *Abre los ojos* fue muy positiva (la tabla 2 presenta un resumen de los datos cuantitativos principales). Un total de 91 % de los participantes definieron la apariencia del folleto entre “muy bien” o “bien”. En particular, tópicos como las imágenes ($n = 24$), los colores vivos ($n = 12$) y el diseño “bien ordenado” ($n = 14$) se repitieron a lo largo de los datos cualitativos como aspectos positivos del material. En relación con las imágenes, un participante describió que el folleto “tiene imágenes tristes y yo soy así, pero a la misma vez es muy alegre y gótico”. Otros adjetivos y expresiones que se emplearon para describir la apariencia fueron: “chévere”, “vacano”, “interesante”, “bien hecho”, “no es aburrido” y “desde el principio me llamó la atención”.

A la pregunta por la definición o por la explicación de lo que es el folleto, solo ocho participantes describieron el material educativo como algo para enseñarles a evitar ciertas actividades. En sus palabras, *Abre los ojos* es “una herramienta para no caer en malas conductas”, una cosa “para que no cometa error” o algo “para aprender cosas que son peligrosas para los jóvenes”. Sin embargo, muchos participantes no emitieron juicios negativos acerca de los temas descritos en el material; en cambio, lo describieron como “algo que nos sirve para el futuro”, “una orientación sobre la vida de nosotros los jóvenes” y “una forma de dar a conocer información clave para los jóvenes”. También, la mayoría de participantes describieron el folleto como “algo sobre sida y sobre vida en la calle” o “información sobre vicio, piercing, y sacol”. La ausencia de definiciones como “un material educativo para dejar de usar drogas” o “un libro para dejar de hacer piercing” apoya la afirmación de que el material educativo fue escrito de manera que no aliena la población objetivo por tratarlos como desviados.

La mayoría de participantes (73 %) afirmaron que habían leído los cuatro artículos. Durante los cuestionarios, ocho personas explicaron que el folleto es “fácil de leer” o “fácil de entender”. En respuesta a la pregunta “¿cuáles son las cosas que no te gustan del folleto?”, solo una persona expresó: “hubo algunas partes que no entendí”. Dado que el 53 % de los participantes había cursado por lo menos quinto grado de escolaridad y 28 % estudia el grado noveno, el material educativo parece estar escrito para un nivel de lectura apropiado.

Con excepción de las personas que se negaron a contestar ($n = 7$), los participantes fueron unánimes en su percepción de que el folleto contiene información valiosa. En

[‡] Este tipo de cuestionario depende de la alfabetización de los participantes; además, de la ubicación del participante al momento de responderlo.

Tabla 1. Información demográfica sobre los participantes

	Hombre n = 57 (%)	Mujer n = 33 (%)	TG n = 4 (%)
Edad			
Entre 14 y 17 años	46 (48,9)	29 (30,9)	3 (3,2)
Entre 18 y 21 años	9 (9,6)	3 (3,2)	1 (1,1)
Entre 22 y 24 años	2 (2,1)	1 (1,1)	0 (0,0)
Etnia			
Indígena	1 (1,1)	0 (0,0)	0 (0,0)
Mestizo/mestiza	27 (28,7)	23 (24,5)	3 (3,2)
Afrocolombiana	10 (10,6)	3 (3,2)	0 (0,0)
Blanca	17 (18,1)	6 (6,4)	1 (1,1)
No responde	2 (2,1)	1 (1,1)	0 (0,0)
Dónde viven los participantes			
Casa/apartamento de un miembro de familia	1 (1,1)	2 (2,1)	0 (0,0)
Propia casa/propio apartamento	1 (1,1)	0 (0,0)	0 (0,0)
Institución/fundación	44 (46,8)	0 (0,0)	3 (3,2)
Hotel	3 (3,2)	0 (0,0)	0 (0,0)
En la calle/en un parque	1 (1,1)	0 (0,0)	0 (0,0)
Otra respuesta	1 ^a (1,1)	0 (0,0)	1 ^b (1,1)
No responde	6 (6,4)	4 (4,3)	0 (0,0)
Último o actual nivel de educación			
Nunca asiste a la escuela formal	4 (4,3)	0 (0,0)	0 (0,0)
Niveles 1-4	5 (5,3)	2 (2,1)	1 (1,1)
Niveles 5-8	30 (31,9)	18 (19,1)	2 (2,1)
Niveles 9-12	15 (16,0)	10 (10,6)	1 (1,1)
No responde	3 (3,2)	3 (3,2)	0 (0,0)

TG = transgénero

^a Vive en una institución durante la semana y en una casa familiar durante los fines de semana^b Vive con un amigo o en un hotel

respuesta a la pregunta sobre cuáles fueron las secciones más importantes, los cuatro temas tratados en el folleto fueron identificados como importantes. Ahora bien, mientras que algunos participantes respondieron temas generales, como “drogas” o “prevención de la enfermedad”, la sección sobre el VIH/sida se citó con mayor frecuencia como el más importante ($n = 24$); en segundo lugar, citaron el *piercing* ($n = 22$) y los efectos de Sacol ($n = 22$), seguidos por las cosas buenas y malas de calle ($n = 15$). Dieciocho participantes estuvieron de acuerdo en que todos los temas fueron igualmente importantes.

Con respecto a los componentes del material educativo que los participantes más disfrutaron, las respuestas se dirigieron a la información sobre el *pirsin* ($n = 17$) y las obras de arte ($n = 16$). Casi todos los comentarios negativos —muy pocos, valga anotar— estuvieron relacionados con la opinión de los participantes sobre un tema

y no con el contenido en sí; por ejemplo: “el vicio no me gusta”, “no me gustan las cosas malas de la calle” y “no me gusta el sida, pero la información es necesaria”.

Como ya se aclaró, este proyecto se basó en los criterios de la evaluación de proceso, en lugar de la evaluación de resultados [13]. Tal como le hemos reconocido, una evaluación de resultados requeriría una comparación entre el antes y el después de los conocimientos de los participantes, lo cual estuvo fuera del alcance de este proyecto; sin embargo, con el fin de comenzar a establecer las bases para una futura evaluación de resultados, durante el desarrollo de la evaluación de proceso se formularon varias preguntas a los participantes con el fin de obtener información preliminar sobre la adquisición de conocimientos asociada al uso del material educativo de salud.

Tabla 2. Las respuestas de los participantes al folleto *Abre los ojos*^a

	Hombre n = 57 (%)	Mujer n = 33 (%)
¿Qué hiciste con el folleto?		
Todavía lo tengo	38 (66,7)	22 (66,7)
Lo recibí por la primera vez durante la evaluación	7 (12,3)	7 (21,2)
Lo di a otra persona	4 (7,0)	2 (6,1)
Lo perdí	5 (8,8)	2 (6,1)
Lo tire a la basura	0 (0,0)	0 (0,0)
Otra respuesta/No contesta/No sé	3 (5,3)	0 (0,0)
¿Cuánto leíste del folleto?		
No lo leí	3 (5,4)	0 (0,0)
Leí todo el folleto	36 (64,3)	30 (90,0)
Leí la mitad del folleto	8 (14,3)	1 (3,0)
Leí un artículo o una parte	4 (7,1)	1 (3,0)
Leí algunas palabras	5 (8,9)	1 (3,0)
¿Qué piensas de la apariencia del folleto?		
Muy bien	40 (70,2)	23 (69,7)
Bien	13 (22,8)	7 (21,2)
Neutral	0 (0,0)	0 (0,0)
Mal	0 (0,0)	1 (3,0)
Muy mal	0 (0,0)	0 (0,0)
No responde	4 (7,0)	2 (6,1)
¿Piensas que el folleto contiene información importante?		
Sí	53 (93,0)	31 (93,9)
No	0 (0,0)	0 (0,0)
No sé/ No responde	4 (7,0)	2 (6,1)

^a Las respuestas de las personas transgénero fueron excluidas de esta tabla debido a su bajo número.

Al centrar la atención en la sección “creencias sobre VIH/sida”, esta tuvo diferentes niveles de receptividad. La misma contiene información específica sobre los beneficios de usar el condón durante las relaciones sexuales, y el 74 % de los participantes dijeron que el uso de condones puede reducir el riesgo de transmitir VIH (tabla 3); el 80 % de los participantes respondieron de manera afirmativa a la pregunta “si alguien se ve saludable, ¿esa persona puede ser infectada con VIH?” (tabla 3). Adicionalmente, durante los cuestionarios hubo participantes que compartieron información anecdótica específica acerca del VIH/sida aprendida del folleto; por ejemplo, a la pregunta “¿qué aprendiste del folleto?”, en el caso de esa sección la respuesta más común fue: “aprendí que el VIH no es lo mismo que el sida”, que es información específica incluida en el texto. Del mismo modo, los participantes explicaron que aprendieron más sobre las maneras de transmisión; por ejemplo, un participante expresó: “creía que [el VIH] se transmitía por un beso”, y otro: “aprendí sobre cómo se transmite y cómo no se transmite el VIH”.

Algo más para agregar: esta sección reforzó la idea de que no hay forma de saber si alguien es positivo para el VIH SIN una prueba. Como expresaron algunos de los participantes: “[...] uno solo sabe si lo tiene, si hace una prueba” y “[...] cualquiera puede tener VIH; solo que no nos damos de cuenta”. El uso de las concepciones erróneas expresadas por el público objetivo en los grupos focales previos al diseño del folleto ayudó a reafirmar que la información del material educativo realmente aborda cuestiones que esta población no sabía y deseaba saber, en vez de elegir lo que era mejor para ellos sin haberlos tenido en cuenta. Este sentimiento puede resumirse en palabras de uno de los participantes: “gracias a este folleto, me quitaron muchas dudas”.

Discusión

Los participantes reconocieron que el material educativo se creó en colaboración con sus compañeros; esto fue particularmente evidente en las definiciones del material educativo compartido por los participantes: “en mis pa-

Tabla 3. Objetivos de aprendizaje específicos de folleto *Abre los ojos* ^a

Objetivos de aprendizaje	Hombre	Mujer
	n = 57 (%)	n = 33 (%)
Si alguien hace sexo con solamente una persona fiel que no tiene VIH, ¿eso puede reducir el riesgo de transmitir VIH?		
Sí	39 (68,4)	20 (60,6)
No	9 (15,8)	11 (33,3)
No sé	5 (8,8)	2 (6,1)
No contesta	4 (7,0)	0 (0,0)
¿El uso de condones puede reducir el riesgo de transmitir VIH?		
Sí	44 (77,2)	23 (69,7)
No	9 (15,8)	6 (18,2)
No sé	1 (1,8)	3 (9,1)
No Contesta	3 (5,3)	1 (3,0)
¿Si alguien se ve saludable, esa persona puede ser infectada con VIH?		
Sí	46 (80,7)	22 (66,7)
No	5 (8,8)	2 (6,1)
No sé	3 (5,3)	8 (24,2)
No contesta	3 (5,3)	1 (3,0)
¿Alguien se puede contagiar con VIH por una picadura de mosquito?		
Sí	18 (31,6)	10 (30,3)
No	24 (42,1)	16 (48,5)
No sé	11 (19,3)	7 (21,2)
No contesta	4 (7,0)	0 (0,0)
¿Alguien se puede contagiar con VIH por cenar/compartir comida con alguien que tiene VIH?		
Sí	17 (29,8)	11 (33,3)
No	32 (56,1)	17 (51,5)
No sé	4 (7,0)	5 (15,2)
No contesta	4 (7,0)	0 (0,0)

^a Las personas transgénero fueron excluidas de esta tabla debido a su bajo número.

labras, el folleto que le colabora a jóvenes de calle”, “es algo sobre jóvenes de la calle que han vivido cosas y experiencias” y “es una recopilación de ideas de personas que ya han vivido esas series de experiencias”.

Esta forma de construir materiales educativos basados en sus pares también hizo eco en los participantes en el estudio canadiense. La percepción de que la información fue proporcionada por alguien del mismo nivel y “no solo desde un punto de vista de un médico” (participante en Canadá) facilita compartir información sobre temas que podrían ser difíciles de abordar por temor a juicios negativos, como son, citemos, el uso de sustancias o la participación de la vida en calle [8, 9]. Otra similitud entre los estudios canadiense y colombiano fue la recepción positiva con el uso de lenguaje común. En Colombia, algunos participantes manifestaron su agrado al observar “la forma de dirigirse hacia los jóvenes, como

‘sacolino’, y las ‘palabras dichas por otros jóvenes’”. En Canadá, los participantes expresaron que el uso del “lenguaje de la calle” parece “honesto” y “verdadero” [8, 9] y, por eso, fue más fácil identificarse con el material.

Compartir información con jóvenes sobre cómo protegerse en las relaciones sexuales es de primordial importancia para prevenir la propagación del VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS). Mientras que las personas de cualquier edad corren el riesgo infectarse a raíz de transmisión de ITS, es la falta de información lo que hace a los jóvenes especialmente vulnerables [16]. Incluso si los beneficiarios del folleto todavía no están teniendo relaciones sexuales o iniciado vida sexual activa, según una de las participantes, *Abre los ojos* “nos enseñó a protegernos de VIH para cuando tengamos relaciones sexuales”.

La información sobre el uso de sustancias también puede tener un efecto sobre la transmisión del VIH. En el

caso de los jóvenes en situación de calle, una distracción primaria de la lucha en curso de supervivencia puede encontrarse en la fuga del uso de sustancias [7]. Además de los efectos negativos que el uso crónico de sustancias puede causar sobre el cuerpo, también perjudica la toma de decisiones. Esto puede relacionarse indirectamente con la transmisión del VIH si los individuos están realizando más actividades de alto riesgo, como el sexo desprotegido, mientras están bajo la influencia de sustancias [5]. Un estudio realizado en Colombia en el 2002 determinó que entre adolescentes existe una relación entre el consumo de drogas y la práctica de relaciones sexuales sin protección [17]. En la misma dirección, una participante explicó que el material educativo “reflexiona sobre los temas que les interesan a los jóvenes”. Las conclusiones de un estudio hecho en Nueva Zelanda [18] subrayan la necesidad de elaborar materiales educativos que traten sobre las experiencias y los intereses del público objetivo. Allen describe que en el campo de la educación sexual, a menudo los programas se basan en las percepciones de los adultos sobre las necesidades e intereses de los jóvenes, en lugar de permitir a los jóvenes la autonomía para tomar decisiones por sí mismos [18]. La autora concluye que la educación de la sexualidad que responde a lo que los jóvenes definen como relevante es más probable que comprometa a los estudiantes con sus mensajes; al contrario, programas que no reconocen la realidad vivida de los jóvenes tienen menos probabilidades de captar su atención [18].

Esta idea, igualmente, puede aplicarse a las iniciativas de educación fuera del ámbito de la educación sexual. El reflejo de sus propias experiencias en el texto de *Abre los ojos*, especialmente las citas literales de sus colegas en la sección “Cosas buenas y malas de la calle”, parecen resonar en los participantes. Como explicó uno de ellos: “Las cosas buenas y malas de la calle son correctas”, y otro eligió esta sección como su favorita, porque habla de la calle, y “la calle es verdad.”

Es importante tener en cuenta que el interés en un material educativo no indica necesariamente que la aprehensión de conocimientos se haya producido. Comentarios específicos de algunos individuos sugirieron que hechos específicos se aprendieron del material educativo y que, en general, la mayoría de los jóvenes fueron capaces de responder correctamente a las preguntas de la evaluación. Sin embargo, algunas de las preguntas representaron un claro desafío para algunos jóvenes; por ejemplo, a la pregunta “¿alguien puede recibir VIH por una picadura de mosquito?”, 53 % de los participantes respondieron “sí” o “no sé” (tabla 3).

Una investigación más detallada sería necesaria para entender mejor los factores que influyen en la adquisición del conocimiento, o la falta de él, al emplear materiales educativos del tipo utilizado en este estudio. Un diseño de pruebas previas y posteriores puede resultar útil para mostrar que se obtuvo el conocimiento y

que se ha producido esa aprehensión directa por el material educativo en cuestión. Sin embargo, en el trabajo con una población caracterizada por la transitoriedad y la falta de acceso [15], el desafío en la búsqueda de los mismos individuos a participar en una prueba de esta índole levanta una gran barrera. Por esta razón, tal vez un diseño de investigación que emplee un grupo de control que recibe un material educativo más tradicional, con información similar, podría ser una estrategia adecuada para fortalecer las conclusiones del estudio. Este enfoque también sería útil para establecer cómo el mismo material educativo, redactado de diferentes maneras, puede enfrentar los desafíos relacionados con la traducción de conocimiento descrito anteriormente.

Con el fin de comparar nuestros resultados con trabajos previos realizados en Colombia, adelantamos una búsqueda de estudios y publicaciones en todo el país. Se destaca el trabajo realizado por Profamilia, entidad privada sin ánimo de lucro especializada en salud sexual y salud reproductiva. Dicha entidad ha elaborado afiches, plegables, documentos de consultas, medios audiovisuales y talleres para jóvenes en general, pero no cuentan con nada adaptado a las condiciones y necesidades de los jóvenes en situación de calle [19].

En Medellín, algunas instituciones se han preocupado por la promoción de la salud sexual y reproductiva y la prevención de la enfermedad en la población de niños y adolescentes en situación de calle, pero tampoco cuentan con materiales educativos diseñados específicamente para dicha población [20]. También en Medellín se destacan una serie de investigaciones realizadas por la Facultad Nacional de Salud Pública con la población de niños y adolescentes en situación de calle en torno a temas diversos como las formas de sobrevivencia en la calle [21] y los significados de la salud [22]. Estas experiencias se destacan porque han retomado las voces de los niños y de los adolescentes como actores de sus realidades desde una mirada etnográfica, sin embargo, en ninguna de ellas se han desarrollado materiales educativos similares a *Abre los ojos*.

Limitaciones

Es importante considerar que el término “en situación de calle” no describe una población homogénea [23]. La población de jóvenes en situación de calle incluye jóvenes con diversas etnias, niveles de educación, identidades de género y variaciones en la forma como invierten el tiempo y el grado de experiencia “en la calle”. La mayoría de participantes en este estudio fueron jóvenes en situación de calle que utilizaban los servicios de una institución de atención a esta población; para muchos de ellos, estos servicios incluían actividades educativas como asistencia a la escuela o cursos informales. Por lo tanto, reconocemos que una limitación de este estu-

dio es que la mayoría de participantes tenían al menos un nivel funcional de alfabetismo y, por lo tanto, somos conscientes de que dicha situación no puede generalizarse a toda la población de jóvenes en situación de calle de Medellín. Se requiere realizar más investigación para explorar un proceso de desarrollo de material educativo de salud y su respectiva evaluación, que pudiera resultar más adecuado para jóvenes en situación de calle con un menor nivel de alfabetismo. Además, sería beneficioso explorar la producción y aceptación de un material educativo que no dependiera tanto de información escrita en forma de texto y que, en su lugar, usara medios alternativos de transferencia de información.

Conclusión

En definitiva, el material educativo *Abre los ojos* fue bien recibido por jóvenes en situación de calle de la ciudad de Medellín, dentro del subgrupo de jóvenes con al menos un nivel de alfabetización de quinto grado que están recibiendo servicios a través de una institución. Los participantes se mostraron interesados en los temas y calificaron la información como valiosa. Basados en respuestas de auto-reporte, los participantes manifestaron que adquirieron nuevos conocimientos a partir del material educativo. Esto significa que se necesita más investigación a fin de examinar cuáles modificaciones pueden influir e incrementar el aprendizaje de dicho conocimiento.

Los resultados de esta evaluación de proceso y el estudio canadiense de *harsh reality* [8, 9] indican que consultar el público objetivo, en este caso jóvenes en situación de calle, para determinar los temas de interés, conocimiento preexistente y preferencias en cuanto a diseño de materiales educativos es una acción benéfica en el desarrollo de los materiales. Si un material educativo es bien aceptado y la población de interés a la cual va dirigido expresa interés en leerlo, este es un importante primer paso para facilitar la ganancia en conocimientos por parte de esta población. Un mayor conocimiento y conciencia son los fundamentos para el cambio de comportamiento a escala individual, y estos cambios individuales tienen el poder de ayudar a prevenir enfermedades. La posibilidad de retroalimentación entre compañeros, el lenguaje coloquial y las experiencias de las personas en circunstancias paralelas ayudan a elaborar un material educativo en el que no se formulen juicios de valor ni se estigmatice, y con el cual los jóvenes se puedan identificar.

Agradecimientos

Fondos para este proyecto los proporcionó el programa Canada-Latin America and the Caribbean Research Exchanges (LACREG). Agradecemos el apoyo de la Estrategia de Sostenibilidad 2011-2012 de la Universidad de Antioquia. Nos gustaría también agradecer a todos los participantes por su tiempo y su colaboración en el estudio.

Referencias

- Whiteside A. HIV/AIDS: a very short introduction. Oxford: Oxford University Press; 2008.
- The Economist. Thirty years of a disease. The end of AIDS ?[Internet] [Acceso 3 de agosto de 2011]. Disponible en: <http://www.economist.com/node/18774722>.
- UNAIDS. Report on the global AIDS epidemic: executive summary. Geneva: UNAIDS; 2008.
- Ensign J, Santelli J. Shelter-based homeless youth: health and access to care. Arch Pediat Adolesc Med 1997;151(8):817-823.
- Rotheram-Borus M, O'Keefe Z, Cracker R, Foo H. Prevention of HIV among adolescents. Prev Sci 2000;1(1):15-25.
- D'adesky A. Moving mountains: the race to treat global AIDS. London: Verso Books; 2004.
- De la Barra X. Poverty: the main cause of ill health in urban children. Health Educ Behav 1998;25:46-59.
- Jalloh C. Evaluation of Harsh Reality: a sexual health resource for street-involved youth. Winnipeg: University of Manitoba; 2011.
- Jalloh C, McMillan B, Ormond M, Casey C, Wylie JL. Evaluation of Harsh Reality: a sexual health print-based resource for street-involved youth. Health Educ J. En prensa 2012.
- Brown J, Horowitz J. Deviance and deviants: why adolescent substance use prevention programs do not work. Eval Rev 1993;17(5):529-555.
- Tsui M. The harm reduction approach revisited: an international perspective. Int Soc Work 2000;43(2):243-251.
- Patton MQ. Utilization Focused Evaluation. 4ª ed. Thousand Oaks: Sage Publications; 2008.
- Rossi P, Lipsey M, Freeman H. Evaluation: a systematic approach. 7ª ed. Thousand Oaks: Sage Publications; 2004.
- McMillan J. Educational Research: fundamentals for the consumer. 5ª ed. Boston: Pearson Education; 2008.
- Aptekar L. Street children in the developing world: a review of their condition. Cross-Cult Res 1994;28(3):195-224.
- Marr L. Sexually transmitted diseases: a physician tells you what you need to know 2ª ed. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 2007.
- Brook D, Brook J, Pahl T, Montoya I. The longitudinal relationship between drug use and risky sexual behaviours among Colombian adolescents. Arch Pediat Adolesc Med 2002;156:1101-1117.
- Allen L. They think you shouldn't be having sex anyway: young people's suggestions for improving sexuality education content. Sexualities 2008;11(5):573-594.
- Profamilia. Profamilia Joven [Internet]. Bogotá: Profamilia. [Acceso 20 de noviembre de 2012]. Disponible en: <http://www.profamilia.org.co/jovenes>.
- Fundación Hogares Claret. Línea de atención "Niños, niñas y adolescentes en situación de calle". Consultado el 20 de noviembre en: <http://www.fundacionhogaresclaret.org/ninez-y-adolescencia-en-situacion-de-calle>
- Giraldo Á, Forero C, López LM, Tabares L, Durán P. Encontrar una familia en la calle. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2006; 91-96.
- Hurtado M, Giraldo Á, Forero C. Significado de la salud para los niños de la calle en Medellín (Colombia). Index Enferm [Revista en Internet] 2011 [Acceso 12 noviembre de 2011]; 20(3). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962011000200002&script=sci_arttext.
- Zerger S, Strehlow A, Gundlapalli A. Homeless young adults and behavioural health: An overview. American behavioral scientist 2008;51(6):824-841.