

Evaluación de resultados inmediatos del proyecto Acciones de información, educación y comunicación en salud sexual y reproductiva para Medellín en 2007

Evaluation of immediate results of the project Actions of information, education and communication in sexual and reproductive health for Medellín in 2007

Nancy Eliana Gallo Restrepo¹, Astrid Natalia Molina Jaramillo²

Forma de citar: Gallo NE, Molina AN. Evaluación de resultados inmediatos del proyecto Acciones de información, educación y comunicación en salud sexual y reproductiva para Medellín en 2007. Rev Salud Pública de Medellín 2008;3(1):47-62.

Este artículo es producto del proyecto Acciones de información, educación y comunicación en salud sexual y reproductiva de la Secretaría de Salud de Medellín.

Evaluación de resultados inmediatos del proyecto Acciones de información, educación y comunicación en salud sexual y reproductiva para Medellín en 2007

Resumen

Objetivo: Evaluar el nivel de conocimientos adquiridos por los usuarios del proyecto *Acciones de información, educación y comunicación en salud sexual y reproductiva para Medellín*, en materia de uso adecuado del condón, conocimiento de métodos anticonceptivos e identificación, prevención y denuncia de la violencia sexual. **Metodología:** Estudio de carácter mixto, cuantitativo. El componente cuantitativo se realizó con la aplicación de una prueba, antes y después de una experiencia informativa representativa del Proyecto; tuvo una muestra por conveniencia de 299 personas. Se llevó a cabo, también, un acercamiento cualitativo de tipo etnográfico, mediante seis entrevistas a profundidad a usuarios del Proyecto. **Resultados:** El conocimiento del condón es casi universal (98,3 % y 99 % en pre y post), aunque se presentan inconsistencias para su uso adecuado. Los métodos

¹ Especialista en Criminología. Investigadora principal, proyecto Acciones de información, educación y comunicación en salud sexual y reproductiva para Medellín. E-mail: naeli46@yahoo.es

² Psicóloga. Investigadora auxiliar, proyecto Acciones de información, educación y comunicación en salud sexual y reproductiva para Medellín.

anticonceptivos más conocidos son el condón y las píldoras. Los implantes subdérmicos y el método de emergencia presentan un bajo porcentaje de conocimiento. El uso del condón como mejor forma de protegerse contra infecciones de transmisión sexual es conocido, aunque un 12 % en el postest sigue considerando que tener pareja estable es el mejor método de protección. En el tema de violencia sexual es donde se presentan menores cambios de conocimientos, lo que está asociado a la legitimación sociocultural de la violencia y la falta de credibilidad en la denuncia. La intervención informativa a través de las actividades del Proyecto fue evaluada positivamente, destacándose la conversación con las visitadoras y el obsequio del condón y la cartilla, como las estrategias de mayor agrado. **Conclusiones:** La intervención del Proyecto es efectiva respecto al aumento de los conocimientos de usuarios en un 10 % a 15 % en todas las variables analizadas. El acercamiento cualitativo demostró la mediación de aspectos culturales y subjetivos en la adquisición de conocimientos y en los comportamientos de protección en salud sexual y reproductiva. Respecto a los conocimientos y creencias sobre violencia sexual, no se presentaron variaciones inmediatamente después de recibir la información. Esto señala la necesidad de investigar cuáles estrategias educativas son eficaces para sensibilizar a la ciudadanía en la prevención de todo tipo de violencia sexual.

Palabras clave

Estudios de evaluación, estudios de intervención, conocimientos, actitudes y prácticas en salud; salud sexual y reproductiva.

Abstract

Objective: To evaluate the level of knowledge acquired by the users of the Project Actions of

information, education and communication towards sexual and reproductive health for Medellín, in the matter of proper use of condoms, knowledge of contraceptive methods, and identification, prevention and formal complaints regarding sexual violence.

Methods: Mixed type study, quanti-qualitative character. The quantitative component was done with a test application, before and after a representative informative experience of the Project; it had a sample by convenience of 299 people. A qualitative approach of ethnographic type was also carried out, through six interviews in depth to users of the Project. **Results:** The knowledge of condom is almost universal (98.3% and 99% in pre and post), although incoherencies appear on its proper use. The most known contraceptive methods are condoms and pills. The subdermal levonorgestrel implants and the emergency method exhibit a low percentage of knowledge. The use of condom as best way to protect against sexually transmissible diseases (STDs) is well-known, although a 12% in post-test continue considering that having a long-term relationship is the best method of protection. On sexual violence matters, is where minor changes of knowledge appear, which is associated to the socio-cultural legitimating of violence and the lack of credibility in the formal complaints. The informative intervention through the activities of the Project was evaluated positively, standing out the conversation with the representatives (called visitadoras) and the free sample condom and the booklet as the strategies of greater resembling. **Conclusions:** The intervention of the Project is effective with respect to the increase of the knowledge of users in a 10% to 15% in all the analyzed variables. The qualitative approach demonstrated the mediation of cultural and subjective aspects in the knowledge acquisition and the behaviors of protection in sexual and reproductive health. With respect to the knowledge and beliefs on sexual violence, variations did not appear

immediately after receiving the information. This indicates the necessity to investigate which educative strategies are effective to sensitize the citizenship in the prevention of all type of sexual violence.

Keywords

Evaluation studies; Intervention studies; Health knowledge, attitudes, practice; Sexual and Reproductive Health.

Introducción

El proyecto Acciones de información, educación y comunicación en salud sexual y reproductiva para Medellín se enmarca en la ejecución del Plan de Desarrollo "Medellín, compromiso de toda la ciudadanía 2004 - 2007" y desarrolla el componente educativo en salud sexual y reproductiva (SSR) del Programa de Salud Pública de la Secretaría de Salud de Medellín. El Proyecto se inició en octubre de 2005, enfocando acciones en el centro de la ciudad; para el 2006 extendió sus acciones a otros barrios y corregimientos de Medellín. A través de sus acciones de información, educación, comunicación (IEC), el Proyecto pone al alcance de la ciudadanía información básica respecto a tres temas principales: conocimientos en infecciones de transmisión sexual (ITS), métodos anticonceptivos (MAC), incluyendo el condón, y prevención de la violencia sexual.

Implementar un proyecto de esta naturaleza en la ciudad se justifica porque en Colombia según la Encuesta nacional de demografía y salud (ENDS) 2005, el 1 % de las mujeres manifestó tener o haber tenido llagas en sus genitales el último año y el 7 % secreciones; el 1 % de las mujeres informó que le habían diagnosticado una ITS en los últimos doce meses; del 8 % que declaró haber tenido o tener una infección, la tercera parte reportó que la fuente

de contagio había sido su pareja; el 5 %, los baños públicos; el 25 %, otras fuentes y el 40 %, no sabe en dónde se contagió (1). Sólo un 7,1 % de las mujeres en el país utiliza el condón como método de planificación familiar (2). En Medellín, el número de embarazos de adolescentes entre los 10 y 19 años, en el 2005, ascendió a un total de 8 341. Las prevalencias más altas se encuentran en las comunas 1, 2, 3 y 4 (Popular, Santacruz, Aranjuez y Manrique), que a su vez son comunas deprimidas socioeconómicamente en Medellín (3). En esta ciudad, en el año 2005, el 69 % de todos los embarazos en adolescentes entre 14 y 19 fue no deseado (4). En lo que se refiere a la situación de violencia sexual, Antioquia es el departamento del país donde se presentan mayor número de violaciones sexuales contra menores de edad. Actualmente se denuncian el 22 % de los casos, es decir, el 78 % permanece sin conocerse y cada mes se están violando alrededor de diez o quince niños o niñas (5). Para Medellín, el 2,1 % de los jóvenes encuestados ha sufrido un evento traumático por violación, con mayor frecuencia en el estrato socioeconómico bajo, y en particular las mujeres, con un 3,4 % (6).

La agudeza con la que se presentan estos fenómenos en la ciudad ha hecho que crezca el interés en implementar programas de promoción y prevención y la necesidad de evaluar los programas que se dirigen a la intervención sobre estas problemáticas, a fin de determinar su impacto sobre la ciudadanía. La investigación evaluativa es un tipo de investigación que analiza la estructura, el funcionamiento y los resultados de un programa (7) y cobra relevancia en la medida que permite conocer de manera sistemática lo que los programas están haciendo y si efectivamente tienen una incidencia sobre las comunidades beneficiarias. La pregunta por cómo estamos llevando a cabo los proyectos de intervención en salud sexual y reproductiva, y en este caso, por cómo esta-

mos llevando a cabo los proyectos de educación en salud sexual y reproductiva, se vuelve un aspecto central.

En consecuencia, la presente investigación se dirige a reconocer si las actividades y metodologías hasta ahora implementadas por el *proyecto Acciones de IEC en SSR para Medellín*, han sido de utilidad para la adquisición de conocimientos en SSR, considerando que la información es el primer paso para el logro de cambios de comportamiento en una persona. Se pretende, además, brindar herramientas teóricas y metodológicas que permitan a la Secretaría de Salud de Medellín tomar decisiones con relación a la formulación de proyectos en SSR y a la ciudadanía y sus representantes en los cuerpos legislativos, los argumentos en pro de una política de salud sexual y reproductiva integral, sostenible y equilibrada en cuanto a la oferta de servicios con calidad y la educación de carácter preventivo y promocional que actúa también como inductora de demanda de tales servicios.

Metodología

Estrategia cuantitativa

Tipo de estudio: Descriptivo de evaluación de una intervención, con análisis pre y post.

Población: Usuarios del proyecto *Acciones de información, educación y comunicación en salud sexual y reproductiva para Medellín*, que hayan participado de sus estrategias de IEC.

Muestra: Constituida por 299 usuarios del Proyecto, quienes participaron voluntariamente en el estudio, lo que la define como una muestra por conveniencia. La selección se hizo en lugares donde el Proyecto tuvo presencia y con el volumen suficiente de personas para la recolección de información.

Criterios de inclusión: Personas de ambos sexos, residentes en Medellín y sus corregimientos, mayores de 12 años, con capacidades de lecto-escritura para diligenciar el instrumento de recolección y que desearan participar en el mismo.

Criterios de exclusión: Personas con estado alterado de conciencia por consumo de sustancias psicoactivas o con retraso mental o trastornos psiquiátricos manifiestos que dificultaran el adecuado diligenciamiento del instrumento de medición, y personas no residentes en Medellín durante el último año.

Información técnica: En cada lugar elegido para la aplicación de la prueba se realizó un evento, presentando una selección de actividades del Proyecto: conversación con visitadoras, obra de teatro o títeres, un juego callejero, entrega y lectura de material impreso de difusión. Este evento fue llamado *carrusel* y a él se involucraban voluntariamente cierto número de personas las cuales eran señaladas por cintas de identificación y participaban en las cuatro actividades mencionadas. Antes de ingresar al *carrusel* se aplicaba una prueba pre, con el fin de identificar el grado de conocimientos previos del participante; una vez finalizaba la intervención se aplicaba una prueba post. Las diferencias obtenidas al comparar los dos resultados, muestran el impacto logrado con la intervención informativa. El instrumento fue un formulario precodificado, con preguntas cerradas, auto diligenciado pero contando con la asesoría del equipo de trabajo de campo y de una auxiliar de investigación, quien realizó el control de calidad en la recolección de información. Para el diseño del instrumento de recolección de información se retomaron las siguientes fuentes: Encuesta Nacional de Demografía y Salud ENDS (1), Redescubrir: una mirada a la salud de las y los jóvenes. Prevalencia de embarazo adolescente, síntoma sugestivo de ITS, consumo y adicción a sustancias

psicoactivas, comportamientos violentos y factores relacionados en jóvenes de 14 a 19 años en la ciudad de Medellín, 2005 (9) y Add Health, The National Longitudinal Study of Adolescent Health, del Allan Gutmatcher Institute (8).

Procesamiento de la información: Los datos provenientes de las encuestas a los beneficiarios se sistematizaron mediante una base de datos diseñada en el programa *Acces 2003* ® y se analizaron en el *software SPSS-10* ®. Los resultados se describen mediante porcentajes.

Análisis de la información. Se compararon los resultados obtenidos antes y después de ingresar al *carrusel*, estableciendo diferencias con relación al cambio en la adquisición de conocimientos de usuarios frente a las variables seleccionadas en el estudio. Igualmente, se contrastaron los resultados obtenidos con los de la línea de base realizada por el mismo Proyecto en el año 2006.

Control de sesgos en el instrumento: El instrumento de recolección de información pasó por la evaluación y validación de contenido y apariencia por parte de un grupo de expertos en salud pública y SSR, por la revisión del equipo del Proyecto y por una prueba piloto con un 10 % de la muestra que iba a ser seleccionada, todo lo cual permitió afinar su estructura y el método para recolectar la información en terreno.

Estrategia cualitativa

Tipo de estudio: Acercamiento cualitativo con técnicas etnográficas de investigación social. Muestra: Intencionada y por conveniencia; compuesta por seis participantes, tres hombres y tres mujeres que pasaron por alguna experiencia IEC del Proyecto, a través del *carrusel* o cualquiera otra de sus actividades.

Criterios de inclusión: Usuarios mayores de 15 años quienes voluntariamente desearan

participar en la exploración cualitativa, residentes en Medellín y que tuviera adecuadas facultades mentales para participar de la entrevista.

Categorías preliminares: Conocimiento previo del Proyecto, percepción del trato y seguridad brindado por el equipo del Proyecto, preferencia por actividades del Proyecto, satisfacción con las remisiones, evaluación de materiales recibidos, género-sensitividad del Proyecto, accesibilidad y oportunidad del servicio, exploración del cambio de conocimientos específicos sobre salud sexual y reproductiva (ITS, MAC y violencia sexual).

Técnica de recolección de información: Entrevista focalizada, con guía semiestructurada.

Procesamiento de la información: Se procesó con el programa *Atlas Ti 5.0* ®

Análisis de la información: Categorías analizadas por género, análisis y discusión intracategorial, comprensión de los resultados de la aproximación cuantitativa y discusión con los resultados de la línea de base 2006.

Consideraciones éticas

Las condiciones de realización del estudio fueron explicadas a los participantes, lo mismo que su carácter voluntario y confidencial. El uso de la información para fines del estudio fue autorizado por cada participante a través de su firma del consentimiento informado.

Resultados

Acercamiento cuantitativo

Un 59,2 % de los participantes se encuentran entre los 12 y los 30 años. En menor proporción se encuentran personas mayores de 30

años, el 32 %, y el menor porcentaje de usuarios se registra para personas mayores de 51 años, el 9 %. Esto señala que en las actividades del Proyecto participó, en mayor medida, población joven, lo que bien podría explicarse por el tipo de actividades lúdico recreativas que utiliza el Proyecto como estrategia de información. La participación por sexos estuvo distribuida en un 50 % para cada sexo. La orientación sexual que prevaleció fue la heterosexual con un 89 %. Más de la mitad de las personas encuestadas son solteras (52 %), seguidas de un 38,1 % de personas casadas o en unión libre. Esto se correlaciona con que el grupo etáreo de más recurrencia en el estudio fueran personas jóvenes, menores de 30 años. Las personas separadas y las viudas aparecen en porcentajes mucho menores (6 % y 2 %, respectivamente).

El Proyecto impacta principalmente personas de estrato dos (39 %), seguido de los estratos tres y uno (24 % y 20 % respectivamente), con una presencia menor (4 %) en estratos cuatro y cinco. El tipo de seguridad social en salud, que prevalece entre los participantes, es la afiliación al régimen contributivo con un 56 %, seguido de un 39 % de cubrimiento por el SISBEN. Un 5 % señala no tener cobertura en salud (gráfico 1). La distribución, según el nivel de SISBEN al que se encontraban afiliados, quedó en la muestra de la siguiente manera: el 3 % reporta estar en el nivel cero, el 44 % en el nivel uno, el 36 % en el nivel dos, el 5 % en el nivel tres. Un 12 % de las personas entrevistadas dice no saber a qué nivel del SISBEN pertenece.

Conocimiento previo del proyecto Acciones de información, educación y comunicación en salud sexual y reproductiva para Medellín

El 58 % de la muestra no conocía previamente el Proyecto; el porcentaje restante se enteró

de él por algún programa de televisión, por un afiche, por los visitantes del Proyecto, por puestos de información y por los juegos callejeros para la educación sexual.

Conocimientos sobre el condón

El conocimiento de la existencia del condón es casi universal (98,3 % y 99 % en pre y post respectivamente). El desconocimiento del condón, persiste, luego de las acciones informativas, en sólo 1 % de la muestra. Con respecto al uso del condón los porcentajes son menores (75,3 % y 78,6 % en pre y post); la diferencia que se presenta, de un 3,3 %, se explica por la dificultad que existe en algunas personas con el uso de la palabra que denomina al

Gráfico 1.
Tipo de seguridad social en salud (%)

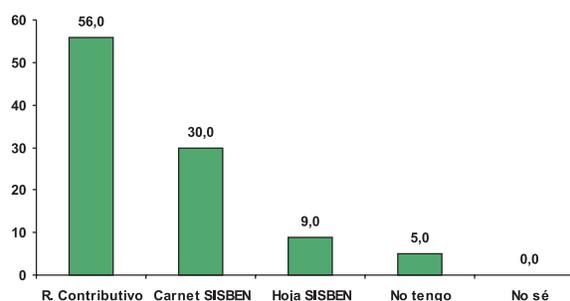
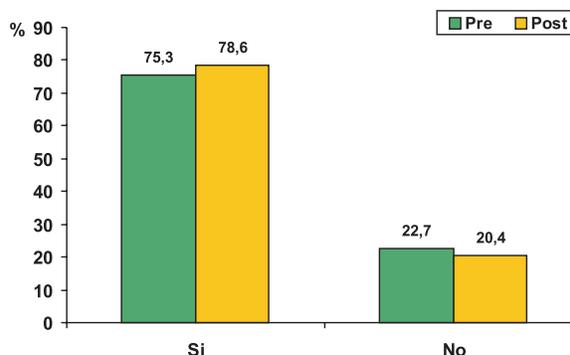


Gráfico 2. Porcentaje de participantes que han utilizado condón alguna vez en su vida

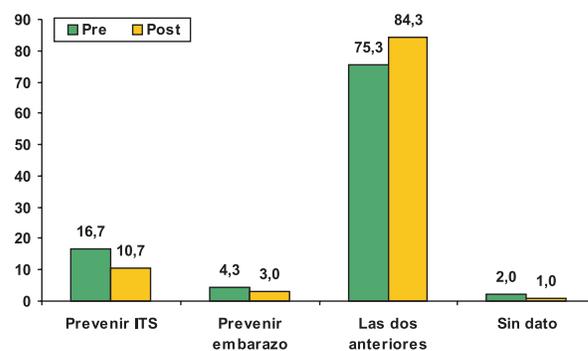


"condón" o "preservativo" o por el efectivo desconocimiento de la relación entre el objeto y su función (gráfico 2).

Las acciones educativas del Proyecto logran un aumento de conocimiento respecto a la función de doble protección del condón en un 9 %. Es importante señalar que un 16,7 % de personas inicialmente consideran al condón únicamente como método de protección contra las ITS, desconociendo su función como MAC. Luego de la intervención informativa, un porcentaje pequeño continúa considerando que el condón tiene un solo uso: como método de protección frente a ITS o en la prevención de embarazos, siendo más frecuente la primera respuesta. Esto con independencia del

énfasis hecho por los informadores del Proyecto, en la doble protección que brinda el condón (gráfico 3).

Gráfico 3. Percepción de la funcionalidad del condón (%)



Cuadro 1. Conocimiento de instrucciones para uso adecuado del condón

Instrucción	Respuesta Correcta	Pretest (%)	Postest (%)
El lugar más adecuado para guardarlo es la billetera	Falso	68,3	92,6
Abrir el empaque del condón con tijeras o con los dientes	Falso	74	97,7
El condón debe retirarse cuando el pene todavía está erecto	Verdadero	58,2	88
El condón puede reutilizarse en próximas relaciones sexuales, sin ningún riesgo	Falso	94,6	95,3
Hay que evitar cualquier contacto sexual antes de colocarse el condón	Verdadero	79,3	87,6
Apretar la punta del condón, para expulsar el aire, antes de colocárselo	Verdadero	19	95,3

Al analizar las formas adecuadas para hacer uso del condón, el estudio muestra que, en general, la intervención del Proyecto aumenta los conocimientos de los usuarios en las instrucciones evaluadas (cuadro 1). Los resultados en estas variables muestran que, aunque hay un conocimiento casi universal del condón, su correcto uso no es una constante.

Conocimiento sobre métodos anticonceptivos

El método anticonceptivo más conocido por la población encuestada es el condón (cuadro

2); se registra un pequeño incremento de su conocimiento como MAC en el postest. Le siguen las píldoras anticonceptivas, la inyección, los métodos quirúrgicos, los óvulos, las tabletas vaginales y espermicidas. En general, esto representa un buen nivel de información. Los conocimientos más bajos están alrededor de la existencia de los implantes subdérmicos y del método de emergencia. Es importante señalar que justamente frente a los métodos que registraron un menor porcentaje de conoci-

miento en el pre test, al pasar por la intervención, presentaron mayores resultados en relación con el cambio de conocimientos, con un

incremento del 24,4 % para el método de emergencia y 22,1 % para los implantes subdérmicos.

Cuadro 2. Métodos anticonceptivos conocidos por la población participante

Método	Pre test (%)	Post Test (%)
Implantes subdérmicos	13,0	35,1
Inyecciones	78,6	82,3
Método de emergencia	21,1	45,5
Pastillas o píldoras	85,3	89,6
Condón	93,3	96,0
Dispositivos Intrauterinos DIU	56,2	65,6
Óvulos, tabletas vaginales, jaleas, espermicidas	60,5	68,6
Ligadura de trompas	67,2	77,6
Vasectomía	63,5	79,6
Ninguno de los anteriores	2,0	1,3

Conocimiento de ITS

Luego de la intervención informativa del Proyecto la mayoría de los participantes saben que la forma más efectiva de prevenirse contra una ITS es usar condón en todas las relaciones sexuales, presentándose un incremento del 22,1 % en este conocimiento. La frecuencia en la respuesta de tener pareja estable como forma de prevención de ITS es relativamente alta en ambas fases de la prueba, lo que evidencia como ésta es una de las ideas culturales más arraigadas en nuestro contexto. Esta idea se modifica un 13 % a favor del uso del condón al pasar por las actividades informativas. Igualmente, la mayoría de los encuestados, 81,9 % en el pre, y 89 % en el post, saben que ante la sospecha de una ITS se debe ir a consulta médica. En esta variable se observó un incremento de conocimiento de un 7 %.

Conocimientos sobre violencia sexual

La mayoría de los participantes saben de la existencia de la violencia sexual (91,6 % en pre

y 96,7 % en post), incrementándose este conocimiento en un 5 % luego de las actividades informativas. Inicialmente, un 24 % de la muestra no conoce la definición adecuada de violencia sexual y después de la intervención un 9 % continúa con dificultades para introyectar la nueva información. De las personas que reconocen la existencia de la violencia sexual, un alto porcentaje (75 % en pre y 86 % en post) sabe definirla como un delito contra la dignidad humana, lo que representa un incremento del 11 % en conocimientos después de la intervención. Es significativa la frecuencia de la respuesta que define la violencia sexual como enfermedad mental (10 % y 7 % en pre y post), una idea sociocultural arraigada en nuestro contexto.

El reconocimiento de las formas en las que puede presentarse la violencia sexual está muy relacionado con las creencias y costumbres culturales predominantes (cuadro 3). La cuestión de si el ejercicio de la prostitución constituye o no una forma de violencia sexual, es la única idea errónea que se incrementa después de la

intervención informativa. Un 70,2 % y 75,9 % de personas (en pre y post respectivamente) piensan que ésta es una forma de violencia sexual. Este fenómeno puede resultar porque se confunde "ejercer la prostitución" con "obligar a la prostitución". En las demás variables, si bien se presenta un aumento de conocimientos, siguen manteniéndose cifras significativas de desconocimiento sobre las formas de violencia sexual. Tener relaciones sexuales de forma obligada con el esposo-a no es una situación reconocida universalmente como violen-

cia sexual; un 16 % de entrevistados persiste en que ésta no es una forma de violencia sexual, a pesar de la intervención informativa del Proyecto. Así mismo sucede con el 14 % de las personas informadas, que siguen considerando que el abuso sexual incestuoso no es una forma de violencia sexual. También ocurre esto con los ítems de violación sexual y pornografía infantil donde un 13 % y un 19 % de los usuarios, respectivamente, siguen pensando que no son eventos de violencia sexual, aún después de haber pasado por la intervención informativa.

Cuadro 3. Reconocimiento de formas de violencia sexual

Posibles formas de Violencia Sexual	Respuesta correcta	Pretest (%)	Postest (%)
Ejercer la prostitución	No es violencia sexual	70,2	75,9
Acoso sexual en el trabajo	Si es violencia sexual	54,8	73,6
Relaciones sexuales obligadas con el esposo	Si es violencia sexual	68,6	81
Obligar a la prostitución	Si es violencia sexual	63,2	76
Trata de personas con fines de explotación sexual	Si es violencia sexual	62,2	78,6
Incesto o abuso sexual	Si es violencia sexual	69,6	83,3
Relaciones homosexuales	No es violencia sexual	74	87
Pornografía con menores	Si es violencia sexual	61,5	77,6
Violación sexual	Si es violencia sexual	73	84,3

De otro lado, un 81 % y 93,3 % de los usuarios, en pre y post respectivamente, saben los si-

tios dónde pueden denunciar la violencia sexual (cuadro 4).

Cuadro 4. Reconocimiento de lugares para la denuncia de la violencia sexual

Lugar	Pretest (%)	Postest (%)
Fiscalía: Unidad de Reacción Inmediata	63,2	86,0
Comisarías de Familia	56,2	69,2
Línea 123	64,2	90,0

Evaluación de actividades proyecto Acciones de información, educación y comunicación en salud sexual y reproductiva para Medellín

El 51 % de los usuarios conoce los dispensadores de condones, aunque sólo un 16 % los ha utilizado. El 98 % respondió que le parecieron buenas las actividades del Proyecto por las

cuales pasó en el carrusel como estrategia educativa. La actividad que gustó más a los usuarios fue la conversación con los visitadores del Proyecto, seguida por la distribución gratuita de condones. La cartilla fue el material que más agradó a los participantes (cuadro 5). Un 98 % piensa que el trato brindado por los funcionarios del Proyecto fue bueno, que sintieron confianza para preguntarles más sobre el tema de SSR y que la información brindada fue suficiente. El 96 % opina que obtuvo información adecuada sobre dónde acudir en caso de tener algún problema relativo a su salud sexual y reproductiva. El 87 % de los usuarios piensa que no debe cambiarse nada al Proyecto.

Cuadro 5. Material que más gustó a los participantes

Material	Porcentaje de la muestra
Cartilla	36,2
Condomes	36,2
Calendario	15,1
Afiche	6
Pendones	2,7
Adhesivo	2
Sin dato	1,7

Acercamiento cualitativo

Percepción que tuvieron los entrevistados de las estrategias y metodologías del Proyecto

La educación en la calle se ha convertido en un emblema del Proyecto. Los entrevistados expresan que sacar el tema de SSR al espacio público permite cambiar los escenarios tradicionales para la educación en relación con la sexualidad (la casa o el colegio), lo que ofrece más confianza y tranquilidad en el abordaje del tema y permite generar mayor responsabili-

dad frente al tema de la SSR entre la ciudadanía y las instancias gubernamentales.

En opinión de personas jóvenes entrevistadas, la educación en calle saca el tema de la sexualidad del enfoque asistencialista y peligrosa con el que se ha abordado tradicionalmente, a favor de un enfoque de derechos y ciudadanía: "...Ha habido otras ocasiones en las que hemos ido a eventos también en los que nos habla la Alcaldía de ese tipo de temáticas y trabajan como desde el enfoque de asistencia: como ustedes son vulnerables, están en situación de riesgo, vengan, les tenemos la solución, en cambio me parece que ese día fue más como una concienciación permanente de eso, primero a partir de los derechos, si pienso en los derechos, los conocía o no los conocía, usted qué conoce y eso me pareció más importante que el hecho que nos digan: es que se tiene que poner el condón para que prevenga esto, como que se queda nada más en asistencia, pero no en conciencia" (Ent. 3 m. j.).

La metodología de comunicación cara a cara en la conversación protocolaria que brindan las personas "visitadoras" del Proyecto facilita la interacción y hace posible que los sesgos de memoria sean bajos con respecto a la información brindada. Por otro lado, esta estrategia pedagógica es reconocida por quienes fueron entrevistados, como un encuentro de interacción humana, donde las personas son reconocidas en su subjetividad, y no una herramienta de información masiva. Esto hace que los usuarios puedan abordar con más confianza el tema de su SSR: "...Me gustó mucho la asesoría por lo que había dicho ahora, me parece que fue un momento de confianza en la mujer que nos estaba asesorando y ese asunto de jugar, de inventarse diferentes maneras de enseñar, de que a uno no le de miedo preguntar y sentirse que está equivocado" (Ent. 3 m. j.).

En relación al material educativo es importante resaltar que tiene una circulación amplia en las comunidades, pues quienes lo reciben ha-

cen uso de él para multiplicar la información allí recopilada. El afiche, especialmente, se ha vuelto un elemento importante de la imagen del Proyecto, constituyéndose en un elemento gráficamente representativo para la ciudad. Esta imagen ha hecho que el Proyecto adquiera una identidad que se ha ido arraigando culturalmente y que permite la identificación de la gente con el propósito de mejorar su SSR y reconocer sus derechos sexuales y reproductivos.

En opinión de una de las personas entrevistadas, la crítica a los condones proporcionados en los dispensadores estriba en que se cree que *"porque los condones son baratos, son malos"*.

Con respecto a los cuestionarios pre y post, fueron instrumentos bien recibidos; las personas entrevistadas los consideraron una actividad más del carrusel, agradable e interesante; esta actividad de recolección de información fue señalada como una oportunidad de auto evaluación de conocimientos en SSR.

¿Qué media la adquisición de nuevos conocimientos en salud sexual y reproductiva?

El interrogante que guía el desarrollo de esta categoría es: ¿cuáles son los procesos subjetivos que están mediando entre la adquisición de información sobre SSR y la utilización de MAC o preservativo? Estos aspectos subjetivos están enlazados tanto con procesos individuales, como con creencias y costumbres culturales. Abordaremos aquí los que para las personas entrevistadas resultaron más significativos.

Si bien el acercamiento cuantitativo muestra un conocimiento casi universal del condón, existen aún algunas personas que no conocen este método de doble protección: *"...Qué miedo, pues yo no conocía un condón"* (Ent. 5 m a). Igual-

mente, sigue siendo un factor de peso la falta de información sobre los procedimientos para su uso y las actitudes construidas a partir de la cultura, que inhiben el acceso a la información y la puesta en práctica de los conocimientos en SSR. Las actitudes y creencias que están en torno al uso del condón, por ejemplo, son múltiples: la disminución del placer sexual, dar motivos a la pareja para que desconfíe de la fidelidad, no se considera necesario cuando se es casado o se tiene una pareja estable, entre otros. Esto señala la necesidad de investigar más a fondo sobre las actitudes y creencias que median en el uso de métodos de protección en SSR, para dirigir las intervenciones educativas y reflexiones con un fin transformador.

Ciertas situaciones emocionales que experimentan las personas también pueden inhibir el uso de un método de protección. Por ejemplo, en el discurso de uno de los entrevistados, portador de VIH, se trasluce que algunas personas cuando tienen caídas emocionales, tienen conductas que ponen en riesgo a otras personas: *"...A ellos les da depresiones muy altas, cuando no tienen las depresiones altas, normal, ellos trabajan, se van con hombres por ahí y se ponen los preservativos, pero cuando están en la etapa de una depresión les da como rabia con la gente que está a su alrededor, venga el que venga, caiga el que caiga, a uno le da pesar, yo he dejado mucho de salir con ellas porque me da pesar, me da pesar que gente tan inconcientemente caigan ahí"* (Ent. 2 h. a.).

Con respecto a la población juvenil

Se menciona el miedo de los jóvenes para acceder a los MAC, por la satanización que el mundo adulto hace de sus prácticas sexuales y su interés en la SSR: *"...Los pelados conocen los métodos, conocen que existen, pero creo que es lo mismo que me estaba pasando a mí, ese miedo, ese miedo al mundo adulto y que es el único referente que tenemos para la información porque es una generación que ya ha pasado por esas mismas experiencias, no hay un*

diálogo intergeneracional que permita a los jóvenes que son en este momento los más afectados por estas situaciones preguntarle al mundo adulto porque tampoco hay una buena respuesta del mundo adulto hacia los jóvenes, entonces yo veo que ese es un problema que hay ahí" (Ent. 3 m j.).

Algunos entrevistados mencionaron la desconfianza que sienten los jóvenes hacia los servicios de salud. La actitud de señalamiento y la poca disposición o ayuda que encuentran en algunas entidades prestadoras de salud, los alejan de la opción de adquirir información e implementar el uso de MAC: "*...Yo insisto en que hay un miedo muy teso en los jóvenes... los jóvenes que tienen enfermedades de transmisión sexual van es a las farmacias... Si a vos te apareció cualquier manchita, cualquier cosa, ellos se preocupan y se timbran, pero es el miedo lo que no les permite acceder y en muchos casos es porque vos vas al centro de salud, te entregan una pastillita, tomate ésta y ya, pero entonces no te ayudan a gestionar para que podás acudir a otro hospital, no hay gestión para eso, creo que en eso también es que radica el problema, los pelados no se sienten acompañados" (Ent. 3 m. j.).*

Las expresiones de algunos entrevistados permiten identificar tres aspectos que intervienen en la credibilidad que se tiene en los servicios de salud. Por una parte, la dificultad para internalizar cognitiva y comportamentalmente la práctica de promoción de la salud; por otro lado, la ruptura de los jóvenes con los servicios de salud a causa de las condiciones en que le son prestados los servicios en SSR: "*... en el Centro de Salud X... por ejemplo, yo no confiaba, porque muchas mujeres se han sentido agredidas allá, es porque van y los médicos le dicen: es que usted se puso a abrir las patas, en esos términos y yo siempre dije: es que yo no siento que el hecho de haber tenido una primera experiencia sexual te vuelva culpable de alguna cosa, por el contrario tenés más derecho de que te cuenten qué tenés que hacer en esos momentos, eso era lo que estaba pasando en mí, un miedo a eso" (Ent 3 m. j.)*

Además, está el hecho de que el personal de salud no esté capacitado o preparado subjetiva y técnicamente, para atender la población joven y sus interrogantes sobre la vivencia de su sexualidad.

Violencia sexual: los tránsitos invisibles hacia la denuncia

El discurso de algunos entrevistados saca a la luz algunos aspectos que están interviniendo en que, aunque se haga énfasis en los procedimientos y sitios para la denuncia de la violencia sexual, ésta todavía no sea una opción de justicia frente a este delito. De un lado, la desesperanza aprendida ante el fenómeno de violencia sexual sigue siendo una constante; por otro lado están las creencias patriarcales sobre el amor, la construcción de la identidad en las mujeres con deficiencias en la consideración de su valía personal, y la cotidianización de la violencia sexual en nuestra ciudad: "*...Las mismas niñas jóvenes de 15-16 años cotidianamente están viviendo escenas de violencia sexual, están siendo agredidas, pero esta es la hora en que ellas no saben que eso es violencia, ellas no se reconocen y ese es el problema, un caso concreto es una chica que me decía en estos días: es que cuando E. viene y no me pega yo siento que ya no le intereso" (Ent 3 m. j.).*

Se suma a esta situación subjetiva una deslegitimización social de la denuncia de la violencia sexual, tanto por los casos de negligencia del sistema judicial como por la tendencia a tomar justicia por las propias manos: (sobre denunciar) "*...no le paré bolas, ella si me explicó pero yo me hice la que... , no le paré mucha importancia, y porque yo digo que si yo veo un tipo en esta cuadra agrediendo un niño, yo le tiro... No, yo le tiro, lo cojo y le tiro, un tipo que coja a un niño de esta cuadra o una niña y se la lleve para un rincón, la agrede, le esté haciendo lo que no le debe hacer y me voy a ir a buscar la ley, mientras voy a buscar la ley, me mata la niña o al niño, yo de una vez le tiro, le mocho la cabeza. (Ent. 2 h. a). ...Yo digo que si esta-*

mos acá y me doy cuenta que en estos momentos están violando una pelada... Uy, uno lo coge a golpes, uno al que vea lo coge, uno no piensa que lo vamos a denunciar, no, eso es lo más lógico, lo más lógico no, lo más rápido que uno puede pensar... yo lo cojo con un cortaúñas y lo voy picando, y en cada herida le voy echando sal" (Ent. 4 h. j.).

Discusión

Con respecto al incremento de conocimientos en SSR y su relación con actitudes y prácticas

La intervención en SSR en el medio no se puede desligar del proceso de aprendizaje en el uso de métodos de protección contra ITS, embarazos no deseados y el reconocimiento del fenómeno de violencia sexual en la ciudad. Varios estudios locales (9) han centrado sus esfuerzos en analizar y comprender cuáles son aquellos aspectos culturales que están interviniendo en el logro de la SSR a través de prácticas como el uso del condón, de los métodos anticonceptivos, de los autoexámenes preventivos, entre otros. Estos acercamientos han permitido observar que en el desarrollo de la sexualidad humana participan construcciones subjetivas, sociopolíticas y culturales. Así, por ejemplo, el embarazo adolescente es algo más que un accidente causado por la desinformación y en él intervienen la búsqueda de legitimidad y reconocimiento, las lógicas juveniles del amor, la dimensión afectiva atravesada por la cultura. Sin embargo, los programas de intervención en SSR no pueden dejar de trabajar en la dotación de conocimientos a la ciudadanía; sin la adquisición de nuevos conocimientos en SSR no es posible el cambio de actitudes y la disminución de prácticas de riesgo, para el logro de una sexualidad sana.

El acercamiento cuantitativo demostró que la intervención del proyecto Acciones de IEC en

SSR para Medellín, es efectiva en todas las variables intervenidas, haciendo que los conocimientos de las personas intervenidas aumenten, a la vez que permite aclarar dudas y creencias erróneas en relación con la sexualidad. Es necesario aclarar que los usuarios tienen en general un buen nivel de conocimientos cuando inician la experiencia informativa o carrusel, por lo que no es posible atribuir la totalidad de sus conocimientos en SSR a la intervención; sin embargo, es probado que con la intervención del Proyecto se están alcanzando niveles satisfactorios de cambio de conocimientos en SSR. El conocimiento es un requerimiento para el cambio de actitudes, pero es preciso enfocar también el trabajo sobre otros determinantes de actitudes y habilidades en este tema, lo que constituye un reto. Un estudio de evaluación de un programa de intervención en SSR realizado en Guatemala y Bolivia con jóvenes de la calle lo ratifica en sus resultados: "Al final del proyecto, los niveles de conocimiento son altos, mientras que el uso del condón es bajo, indicando la necesidad de enfocar los proyectos hacia el cambio de prácticas, a través de programación basada en actitudes y proporcionando acceso gratuito a los condones" (10).

La necesidad de implementar estrategias para el trabajo sobre actitudes y habilidades no desacredita las estrategias de intervención destinadas al cambio de conocimientos. Los esfuerzos en esta área han mostrado buenos resultados. Los conocimientos en SSR han aumentado considerablemente por las estrategias del Proyecto desde la primera medición llevada a cabo en 2006 (11), se afirmaba por ejemplo que "...los conocimientos sobre qué es el condón y cómo se usa correctamente, son escasos, aunque hay mayor familiaridad con el condón entre la población joven y en las personas con mayor nivel de escolaridad"; en este estudio del 2007, el conocimiento del condón fue casi universal en la muestra y existió un incremento porcentual

en el conocimiento de todas las instrucciones adecuadas para su correcto uso. El condón está revestido de diferentes representaciones sociales que influyen directamente en el uso o no uso de éste como método de protección y las creencias, temores, prejuicios o desinformación relacionados con su uso, se unen a los demás tabúes que se presentan en relación con la vivencia de la sexualidad. En la desinformación sobre el condón es relevante notar el porcentaje de personas (16,7 %) que aún luego de la información siguen considerando el condón únicamente como método de protección contra las ITS y no contra embarazos.

Con respecto a los materiales y actividades del Proyecto

La línea de base del 2006 mostró que para el público del centro de la ciudad el producto más visto fue un calendario con mensajes de SSR y que la actividad más reconocida fue la visita o conversación directa con los visitadores del Proyecto. Igualmente fue muy visible el afiche con el lema "*Hacelo por vos, ponete el condón*" y los pendones con frases de SSR que se usaron en el trabajo de calle (12). Para el 2007 los materiales que más gustaron fueron: una pequeña cartilla ilustrada con directorio sobre entidades que reciben las denuncias de violencia sexual y las muestras gratis de condón, mientras que el afiche (el mismo del año anterior), ocupó el cuarto lugar en preferencia. La actividad que más gusta, continúa siendo en el 2007, la conversación personal con los visitadores o con las personas que hacen concertación en el Proyecto (46,8 %).

El tema de la violencia sexual

Es el que representa más límites para la intervención del Proyecto, en tanto es donde más ideas erróneas se mantienen después de la intervención, lo que está altamente relacionado con las prácticas y creencias culturales vigen-

tes. Así, prácticas como la prostitución y las relaciones homosexuales continúan siendo señaladas erróneamente como formas de violencia sexual; mientras que el abuso sexual, el incesto y la pornografía con menores, son aún admitidas por los participantes del estudio y no reconocidas como formas de violencia sexual. Cuando se comparan en conjunto los datos sobre este tema se encuentra que, aunque la intervención logra disminuir en porcentajes considerables las ideas de qué es o no es violencia sexual, en términos generales las personas no cambian fundamentalmente su conocimiento, lo que lleva a pensar que la violencia sexual tiene un alto nivel de legitimidad en nuestra sociedad. Este es un aspecto que amerita la realización de estudios más profundos que permitan comprender qué está pasando en nuestra sociedad para que la violencia sexual se siga legitimando y para que su silenciamiento continúe aun cuando se conocen formas de denuncia y posibilidades de atención en salud para las víctimas.

Sobre los servicios de salud

El estudio muestra cómo, especialmente para los jóvenes, persisten barreras que impiden el acceso a información y a servicios en SSR. Se evidencia temor que impide el acercamiento a fuentes de información y atención en SSR, originado en la representación que portan los servicios de salud del mundo adulto con sus mandatos sobre la juventud. De otro lado, la construcción de vínculos entre jóvenes y servicios en SSR se ha visto obstaculizado por el sentimiento de invulnerabilidad ante la enfermedad que es especialmente evidente en los jóvenes; esta situación se presenta de formas diferentes según el género.

También en los resultados de la línea de base del *Proyecto Sol y Luna* de la Secretaría de Salud (13) se plantea que uno de los temores de los adolescentes para ingresar al servicio de salud

es que ellos, que ya han iniciado sus relaciones genitales, deben sentarse a esperar la consulta con otras mujeres adultas quienes, según los jóvenes, hacen un juicio de valor sobre su vida sexual. Igualmente, dicen que sienten desconfianza por el uniforme y la postura de los prestadores de salud, pues se crea una distancia entre ellos y el joven (14). El proceso de deslegitimación con el servicio de salud finalmente deriva en que las farmacias, o el uso de alternativas no médicas, se conviertan en una opción. Ésto determina para los jóvenes la necesidad de que en los servicios de salud haya profesionales aptos en el tema de SSR con jóvenes, que inspiren confianza, que sean espontáneos, que se preocupen por la intimidad de la consulta, que proporcionen el espacio adecuado y que utilicen estrategias lúdico recreativas para abordar el tema. Esto podría explicar la mayor recurrencia de personas jóvenes a las actividades del Proyecto Salud Sexual y Reproductiva, en las que, además de hacer uso del juego para la transmisión de información, brindan lugar a la expresión de asuntos íntimos e infunden confianza, aún en los espacios públicos. Estos espacios abiertos previenen, según la percepción de algunos participantes del estudio, la estigmatización o el señalamiento.

Para los jóvenes, que son la mayoría de participantes de la muestra, la confianza aparece como primer criterio de calidad para calificar positivamente la intervención del Proyecto. Es esta percepción la que hace que la actividad de las visitas o conversaciones personalizadas, se capte más que como un protocolo de información, como un momento de encuentro e interacción humana; el equipo de trabajo da una imagen de seguridad, tiene buen manejo de los temas y disposición para escuchar las preguntas y vivencias de la gente, lo que da tranquilidad para abordar los temas de la sexualidad. Esta atmósfera se convierte en un aspecto fundamental para lograr modificaciones

en los conocimientos de los usuarios e impactar favorablemente sus actitudes frente a su salud sexual y reproductiva.

El proyecto *Acciones de IEC en SSR para Medellín* tiene éxito también en la inducción de la demanda, pues persuade a las personas para que consulten por su SSR; los servicios de salud deben prepararse para atender estas demandas con estructuras amables, dispuestas a recibir y atender a las personas, brindándoles servicios de alta calidad y en concordancia con las necesidades de los distintos grupos poblacionales. En esta medida, es importante señalar que el cambio de conocimientos es un primer paso importante, pero que el objetivo de tener un buen nivel de SSR en la ciudad sólo es posible con adecuadas oportunidades de atención en salud.

Referencias

1. Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. ENDS 2005. Resumen. Bogotá: Profamilia; 2006.
2. Ibid.
3. Secretaría de Salud. Situación de Salud en Medellín, Indicadores Básicos 2005. Medellín: Secretaría de Salud; 2005.
4. Red de jóvenes. Redescubrir, una mirada a la salud de las y los jóvenes. "Prevalencia de embarazo adolescente, síntoma sugestivo de ITS, consumo y adicción a sustancias psicoactivas, comportamientos violentos y factores relacionados en jóvenes de 14 a 19 años en la ciudad de Medellín, 2005. Módulo dos. Alcaldía de Medellín. Secretaría de Salud. Medellín: Multimpresos; 2006.
5. Gobernación de Antioquia. Dirección de comunicación informativa. Boletín de prensa. [Sitio en Internet] [Fecha de acceso 25 de julio de 2007]. URL disponible en: <http://www.gobant.gov.co/noticias/oct22-1132.htm>

6. Red de jóvenes. Op. cit.
7. Briones G. Métodos y técnicas de investigación para las ciencias sociales. Argentina: Trillas; 2000.
8. The National Longitudinal Study of Adolescent Health. [Sitio en Internet] [Fecha de acceso 28 de febrero de 2007]. URL disponible en: <http://www.cpc.unc.edu/projects/addhealth>
9. De la Cuesta C. Tomarse el amor en serio: contexto del embarazo en la adolescencia. Medellín: Universidad de Antioquia, 2001.
10. Proporcionando Servicios de SSR a Jóvenes de la Calle en Guatemala y Bolivia. Enero 2005. Flash Informativo IPPF/RHO. [Sitio en Internet] [Fecha de acceso 20 de julio de 2007]. URL disponible en: http://www.ippfwhr.org/publications/download/serial_issues/spotyouth18_s.pdf 11.
11. Secretaría de Salud. Proyecto Salud Sexual y Reproductiva para el Centro de Medellín. Tomo II Diagnóstico. Octubre 2005 - junio 2006. Medellín; 2006.
12. Secretaría de Salud - Alcaldía de Medellín. Proyecto Salud Sexual y Reproductiva para el Centro de Medellín. Tomo I, Evaluación y Sistematización. Octubre 2005 - junio 2006. Medellín; 2006.
13. Gallo N, Sandoval J. Línea de base del Proyecto Sol y Luna para Medellín, Informe Técnico. Medellín: Secretaría de Salud, 2006.
14. Secretaría de Salud. Percepción de los jóvenes, prestadores de servicios de salud, padres y madres sobre los servicios de salud para jóvenes. Medellín: 2005.