



Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América
Facultad de Letras y Ciencias Humanas
Escuela Académico Profesional de Comunicación Social

**La experiencia del INPPARES en el desarrollo de
materiales educativos y metodologías innovadoras para
la promoción de la salud integral en adolescentes y
jóvenes**

INFORME PROFESIONAL

Para optar el Título Profesional de Licenciada en Comunicación
Social

AUTOR

Claudia MONTALVO SÁNCHEZ

Lima, Perú

2004



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Montalvo, C. (2004). *La experiencia del INPPARES en el desarrollo de materiales educativos y metodologías innovadoras para la promoción de la salud integral en adolescentes y jóvenes*. Informe Profesional para optar el título de Licenciada en Comunicación Social. Escuela Profesional de Comunicación Social, Facultad de Letras y Ciencias Humanas, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.

Referencia bibliográfica

Montalvo, C. (2004). *La experiencia del INPPARES en el desarrollo de materiales educativos y metodologías innovadoras para la promoción de la salud integral en adolescentes y jóvenes*. Informe Profesional para optar el título de Licenciada en Comunicación Social. Escuela Profesional de Comunicación Social, Facultad de Letras y Ciencias Humanas, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.

Índice

Introducción	5	
Capítulo I	Comunicación en salud	9
	Definiciones básicas	9
	Teorías y modelos	10
Capítulo II	El proceso de la comunicación en salud	34
	2.1.Etapas de la comunicación en salud	34
	Etapa 1:Planificación y selección de estrategias	35
	Etapa 2:Selección de canales y materiales	35
	Etapa 3:Elaboración de materiales y pruebas preliminares	36
	Etapa 4:Ejecución del programa	36
	Etapa 5:Evaluación de la efectividad	37
	Etapa 6:Retroalimentación para refinar el programa	37
	2.2.El Proceso P	38
	* Análisis	38
	* Diseño Estratégico	38
	* Desarrollo, Pretesteo y Producción	39
	* Gerencia, Ejecución y Monitoreo	40
	* Evaluación del Impacto	40
	* Planificar para crear continuidad	40
Capítulo III	La comunicación en salud en América Latina	43
Capítulo IV	La comunicación en salud en el Perú.....	48

Capítulo V	Informe de la Experiencia Profesional	53
	5.1. Trayectoria Profesional	53
	5.2. El Instituto Peruano de Paternidad Responsable – INPPARES: Breve Historia	56
	5.3. El Programa de Jóvenes del INPPARES: Estructura y proyectos	59
	5.4. Experiencia personal en el Programa de Jóvenes del INPPARES	64
	5.5. Problemática y Contexto	66
	5.5.1. Organizaciones Paralelas	66
	5.5.2. Problemas más comunes en el campo de trabajo.....	67
	5.6. Descripción de Materiales Educativos para la Promoción de la Salud y Desarrollo Integral de Adolescentes y Jóvenes:	68
	5.6.1. Manual para la Prevención del Riesgo.....	68
	5.6.2. CDEvoluseis.....	73
	5.7. Descripción de Metodología Innovadora en el trabajo con jóvenes: Estrategia Educativa Fuerza Joven.....	77
	5.7.1. Cuadros Marco para la Programación de cada Sesión...	93
	Conclusiones97
	Recomendaciones	100
	Bibliografía	102

Introducción

La Organización Panamericana de la Salud, OPS, ha definido la Promoción de la Salud como el resultado de todas las acciones emprendidas por los diferentes sectores sociales para el desarrollo de mejores condiciones de salud personal y colectiva para toda la población, en el contexto de la vida cotidiana. La Promoción de la Salud consiste en proveer a la gente los medios necesarios para mejorar su salud y adoptar un estilo de vida sano. De esta manera, el foco de la Promoción de la Salud es la *acción social* a favor de la salud.

La salud, entonces, debe percibirse no sólo como objetivo, sino también como una fuente cotidiana de felicidad. Esta concepción positiva de la salud acentúa tanto los recursos sociales y personales como las habilidades físicas. La Promoción de la Salud, en consecuencia, no es dominio exclusivo del sector salud (OMS, 1986).

Por este motivo, se requiere diseñar estrategias para el abordaje de la salud de sectores específicos de la población, sin que éste se transforme o se asuma como una subsectorización de la salud, es decir, salud para la mujer, para la infancia, para la adolescencia. Lo que se evidencia es la necesidad de enfatizar las particularidades propias de sectores de población o franjas etáreas específicas, cuyas características no deben ser borradas con abordajes homogéneos (es el caso de los adolescentes y jóvenes en Latinoamérica y el Caribe, LAC).

La salud de los adolescentes y jóvenes es un elemento clave para el progreso social, económico y político de todos los países y territorios de las Américas. Sin embargo, con demasiada frecuencia las necesidades y los derechos de los adolescentes no figuran en las políticas públicas, ni en la agenda del sector salud, excepto cuando su conducta es inadecuada. Uno de los factores que contribuye a esta omisión es que, en comparación con los niños y los ancianos, los adolescentes

sufren de pocas enfermedades que representen una amenaza para sus vidas; por otra parte, la mayoría de los hábitos nocivos para la salud adquiridos durante la adolescencia no producen morbilidad o mortalidad durante el periodo de la adolescencia misma (OPS, 1998), sino posteriormente.

Es precisamente ante la necesidad de abordar estratégicamente estas características tan precisas de la población adolescente y joven, que surge la **Comunicación en Salud**, con el objetivo de promover estilos de vida saludables y prevenir las enfermedades en adolescentes y jóvenes más allá de la perspectiva biomédica.

El secreto de usar comunicaciones en salud con efectividad reside en identificar los medios apropiados, el mensaje y la audiencia a la que se dirige, para ayudar a resolver un problema específico en salud (p.e.: las infecciones de transmisión sexual). Por lo tanto, es necesario reconocer que la comunicación debe ser incluida como un componente más en los programas diseñados para promover la salud. No obstante, los programas de comunicación, por sí mismos, sin el apoyo de otros servicios, son insuficientes.

Los programas de comunicación en salud orientados a la comunidad pueden:

- ▶▶ Aumentar el conocimiento sobre temas de salud, problemas o soluciones.
- ▶▶ Influir sobre las actitudes para crear apoyo para la acción personal o colectiva.
- ▶▶ Demostrar o ejemplificar habilidades.
- ▶▶ Incrementar la demanda de servicios de salud.
- ▶▶ Reiterar o reforzar conocimientos, actitudes o conductas.

Sin embargo, no se trata de pensar que en la comunicación (como herramienta) se encontrarán todas las soluciones necesarias para lograr estilos de vida saludables en adolescentes y jóvenes. La comunicación les permitirá el acceso a la educación e información respecto de otras herramientas para mejorar su calidad de vida, tales como servicios de salud diferenciados y amigables, métodos anticonceptivos, entre otros.

Desde esta óptica, los programas de comunicación en salud **no** pueden:

- ▶▶ Compensar la carencia de servicios de atención de la salud
- ▶▶ Producir cambios de conducta sin componentes programáticos que los respalden
- ▶▶ Ser igualmente efectivos para resolver todos los problemas o para difundir todos los mensajes

El presente Informe Profesional describe los aspectos teóricos, modelos y prácticas de la Comunicación en Salud, además de incluir sus procesos. Asimismo, expone la situación de esta estrategia –promovida por organismos como la OPS— en América Latina en general y en el Perú en especial.

Finalmente, se expondrá la experiencia del Programa de Jóvenes del INPPARES (Instituto Peruano de Paternidad Responsable) en el uso de la Comunicación en Salud a través de uno de sus componentes clave: IEC (información, educación, comunicación), explicando el desarrollo de dos materiales educativos y dos metodologías innovadoras de trabajo con jóvenes (antecedentes, público objetivo, elementos ligados a la comunicación en salud, validación y evaluaciones de proceso).

Capítulo I

Comunicación en salud

Capítulo I

Comunicación en salud

1.1. Definiciones básicas

Para efectos del presente informe profesional, se proponen las siguientes definiciones que deberán tomarse como base del marco teórico:

a. Comunicación: Definiremos la comunicación como «un intercambio de ideas, opiniones o información». La palabra clave en esta definición es *intercambio*, que implica que, para que exista comunicación entre dos o más personas, debe haber un acuerdo tácito en el entendimiento de éstas¹.

Asimismo, la comunicación es «un proceso planificado y encaminado a motivar a las personas a adoptar nuevas actitudes o comportamientos» respecto a algo (consumo de productos, uso de servicios, etc.). Esta definición puede considerarse la base para hablar de la comunicación en salud.

b. Salud: No sólo se trata de la ausencia de enfermedad sino del estado de completo bienestar físico, mental y social, lo que permite a las personas estar en equilibrio entre su medio interno y externo.²

c. Comunicación en salud: Existen varias definiciones que establecen lo que es la comunicación en salud. Nos interesan dos: Para la OPS «es una estrategia clave que permite informar al público sobre asuntos de salud, mantener en la agenda pública asuntos importantes sobre salud y promover estilos de vida saludables.³»

¹ INPPARES (2000).

Manual de Producción y Uso de Materiales de IEC sin letras en salud sexual y reproductiva desde la perspectiva de género para zonas rurales

² Ibid.

³ OPS (2001).

Manual de comunicación social para programas de promoción de la salud de los adolescentes.

La comunicación en salud también se define como «la modificación del comportamiento humano y los factores ambientales relacionados con ese comportamiento que directa o indirectamente promueven la salud, previenen enfermedades o protegen a los individuos del daño», o como «un proceso de presentar y evaluar información educativa persuasiva, interesante y atractiva que dé por resultado comportamientos individuales y sociales sanos». Los elementos claves de un programa de comunicación para la salud son el uso de la teoría de la persuasión, la investigación y segmentación de la audiencia, y un proceso sistemático de desarrollo de programas.⁴

1.2. Teorías y modelos⁵

La comunicación en salud constituye un engranaje de coordenadas en los que se entrelazan distintas visiones teóricas acerca del comportamiento humano, el fenómeno comunicativo, los procesos que se desencadenan en el circuito salud-riesgo-enfermedad-prevención y la correspondencia que estos aspectos guardan con la cultura, la política, el medio ambiente, la demografía y la economía. Hace poco más de tres décadas que la comunicación en salud se ha constituido en uno de los ejes centrales para la promoción de estilos de vida saludables. Las estrategias que han seguido para el logro de este propósito han surgido de los aportes técnicos procedentes de distintos campos del conocimiento, de la propia investigación, así como de una serie de programas y experiencias de intervención que buscan, desde distintos ángulos, modificar la conducta humana y los factores ambientales conexos a favor de pautas para la multiplicación de comportamientos saludables que impulsen y preserven la calidad de vida de las personas, así como la prevención de enfermedades.⁶

⁴ Coe, Gloria A. (1998) Comunicación y promoción de la salud. Revista Electrónica Chasqui, N° 63. En: <http://www.comunica.org/chasqui/coe.htm>. (Página consultada el 28/01/03) Hora: 16:00 pm.

⁵ El Manual de comunicación social para programas de promoción de la salud de los adolescentes, OPS (2001), resume la mayoría de teorías seleccionadas y descritas para el presente informe, por lo que se ha tomado este texto como base para los aspectos teóricos del presente informe.

⁶ Hacia la formación de periodistas en salud. Propuesta de bases curriculares para América Latina. En: <http://www.paho.org/Spanish/HSP/HSR/HSR05/peysa.htm>. (Página consultada el 25/02/03)

El interés por entender lo que motiva a las personas a adoptar o no adoptar comportamientos que mejorarán su calidad de vida ha sido un tema de investigación para muchas disciplinas desde los años sesenta. Entre las teorías usadas con frecuencia para explicar este proceso se encuentran las relacionadas con los modelos de las etapas del cambio de comportamiento y las teorías de la persuasión, que pueden aplicarse a distintas culturas y a distintos comportamientos relacionados con la salud.

Desde esta óptica, la comunicación en salud ha dado vida a una multiplicidad de tácticas, modelos, programas y acciones que buscan probar tanto el alcance teórico de los aportes multi e interdisciplinarios de los que se ha valido para construir su quehacer, como la pertinencia, eficacia, eficiencia, efectividad y relevancia social que generan las distintas prácticas de intervención que pugnan por una población cada día más saludable.

Las teorías o los modelos del cambio de comportamiento postulan que la adopción de comportamientos sanos es un proceso en el cual los individuos avanzan, a través de diversas etapas, hasta que el nuevo comportamiento se convierta en parte de la vida diaria. Los modelos recalcan que los mensajes y programas transmitidos por los medios de comunicación son más eficaces en las etapas iniciales, aunque las comunicaciones interpersonales y las redes comunitarias de apoyo social son sumamente importantes durante las etapas posteriores.

Derivado de lo anterior, se puede advertir que la Comunicación en Salud comprende una multiplicidad de subcampos en los que se puede valorar su relevancia social. Por sólo citar algunos ejemplos: los trabajos vinculados a estudiar la conducta y la salud; la orientación comunitaria; el mercadeo social

con énfasis en campañas de salud; la educación para la recepción de contenidos mediáticos o también conocida como la formación de audiencias críticas (educación para los medios); la comunicación interpersonal en instituciones de salud, y el periodismo en salud.

Muchas de las teorías sobre comportamiento, comunicación y educación en salud, medios de comunicación y mercadeo social, y de los modelos y prácticas de programas de comunicación en salud, no se originaron en América Latina. En consecuencia, deben adaptarse a las realidades de la Región: a los diferentes medios de comunicación masiva disponibles, a los diversos usos de esos medios por parte de la población y al diferente modo de funcionamiento de los servicios de información y comunitarios. Al mismo tiempo, las teorías sobre recopilación de información y cambio de comportamiento son más universales y proporcionan una buena introducción a las comunicaciones en salud.

1.2.1. Teorías del comportamiento

Para el trabajo de promoción de la salud, es fundamental la comprensión de los comportamientos y de las teorías⁷ que los explican y que proponen maneras de cambiarlos. Desde una perspectiva ecológica, es decir, integral, los comportamientos tienen dos características fundamentales: son influenciados en múltiples niveles (por factores intrapersonales o individuales, interpersonales, institucionales u organizativos, comunitarios y de políticas públicas), y son de causalidad recíproca con su entorno.

⁷ Gran parte de la información sobre teorías del comportamiento ha sido obtenida del documento de Glanz, K. y Rimer, B.K. (1995), *Teorías de un Vistazo: Guía para la Práctica de la Promoción de la Salud*, en el documento Reproducción de Documentos Serie #19, *Modelos y Teorías de Comunicación en Salud: Promoción de la Salud* (1996) División de Promoción y Protección de la Salud, OPS: Washington, DC.

En referencia a la primera característica (niveles múltiples de influencia):

- **Intrapersonales**—Características individuales que influyen en el comportamiento, como los conocimientos, las actitudes, las creencias, los rasgos de personalidad. Por ejemplo, una adolescente podría posponer el examen del papanicolao por vergüenza frente al médico hombre.
- **Interpersonales**—Procesos interpersonales y grupos primarios como la familia, los amigos, los iguales o pares; proporcionan identidad social, apoyo y definición de roles. Un adolescente, por ejemplo, podría no iniciar comportamientos de riesgos por influencia de su grupo que prefiere deportes.
- **Institucionales**—Normas, reglamentos, políticas en estructuras formales, que pueden limitar o fomentar los comportamientos recomendados. La norma de no fumar en las escuelas puede influenciar en que los adolescentes no empiecen o pospongan el inicio del hábito de fumar.
- **Comunitarios**—Redes y normas sociales que existen como algo formal o informal entre individuos, grupos y organizaciones. La presión comunitaria, especialmente de los padres, en el uso del conductor designado por los jóvenes durante las fiestas, reduce dramáticamente los accidentes de tránsito relacionados con el alcohol.
- **Política Pública**—Políticas locales, estatales y leyes que reglamentan o respaldan acciones saludables, así como prácticas para la prevención, detección temprana, control y tratamiento de enfermedades. La ley de no permitir publicidad tabacalera en la televisión y radio o impuestos en los cigarrillos, influye el inicio tardío del hábito de fumar en jóvenes y adolescentes.

Desde esta perspectiva, son claras las ventajas de intervenciones en múltiples niveles, combinando componentes ambientales y de comportamiento.

Por ejemplo, los programas dirigidos a reducir las conductas arriesgadas en adolescentes tienen más probabilidades de éxito si las comunidades organizan eventos deportivos para jóvenes, promueven el liderazgo juvenil en programas comunitarios e implementan leyes que prohíban la venta de tabaco a menores. De ello se desprende también la importancia de conocer las teorías que explican las conductas de riesgo y que pueden ayudar a diseñar intervenciones que las modifiquen a favor de conductas saludables.

Las teorías de la persuasión y modelos⁸, también llamadas teorías de la conducta, presentan un marco para la comprensión de la conducta humana y sus determinantes, y han sido la base de estudios por parte de investigadores de la salud lo mismo que de otras disciplinas⁹. La utilidad de las teorías es que pueden ayudarnos a comprender la índole de los comportamientos de salud a los que se quiere llegar y pueden explicar la dinámica del comportamiento, los procesos para cambiarlo y los efectos de las influencias externas en él. Adicionalmente pueden ayudarnos a identificar las metas más adecuadas para los programas, los métodos para lograr el cambio y los resultados para la evaluación. Las teorías y los modelos explican el comportamiento y señalan maneras de lograr el cambio del mismo. Las teorías de la persuasión forman la base para la comunicación en salud y la planificación, implementación y evaluación de programas de salud (Maibach y Parrott, 1995). Entre las teorías de la persuasión y modelos que se han mantenido firmes en diversas culturas y conductas de salud, están los que se pueden agrupar bajo las siguientes categorías:¹⁰

⁸ Los Cuadros 1 al 7, así como los resúmenes de presentación de las diferentes teorías del comportamiento que se encuentran a continuación, son tomados o ajustados de *Modelos y teorías de comunicación en salud* Reproducción de Documentos, Serie #19. OPS, División de Promoción y Protección de a Salud, abril de 1996.

⁹ Propaganda comercial, relaciones públicas, firmas de consultoría política, compañías de los sectores público y privado, también buscan cambiar actitudes e influenciar la conducta social.

¹⁰ Glanz, K. y Rimer, B.K. (1996)

a) *Modelos de nivel individual*

b) *Teoría de comportamiento interpersonal de salud*

c) *Modelos de nivel comunitario*

Dos conceptos clave dominan las teorías cognoscitivas del comportamiento en los niveles individual e interpersonal: primero, el comportamiento se considera *mediado por el conocimiento*, es decir, lo que sabemos y lo que creemos afecta a la manera como actuamos; segundo, el conocimiento es *necesario pero no suficiente* para producir cambios de comportamiento. También desempeñan funciones importantes las percepciones, los sentimientos, la motivación, las aptitudes y factores del entorno social.

a. Modelos de nivel individual

El nivel individual es el más básico de la práctica de la Promoción de la Salud y puede ser parte de teorías más amplias. Se citarán aquí tres teorías de este nivel, indicando de manera resumida sus características. Cada una tiene un aspecto central diferente:

a.1. Etapas del cambio

El modelo de **Etapas del cambio** (Becker y cols., 1977), tiene que ver con la disposición de los individuos al cambio o al intento de cambiar hacia comportamientos saludables (Cuadro 1).

Los Modelos de Etapas del Cambio proponen que la adopción de conductas saludables es un proceso en el que el individuo progresa a través de varias etapas hasta que la nueva conducta forma parte de la rutina diaria. Este proceso tiene cinco etapas, identificadas como: pre-contemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento.

Este modelo –como varios otros—assume que un cambio de conducta involucra pasos progresivos hacia la próxima etapa. La información (particularmente la información impresa), es crucial para alentar el cambio de una etapa hacia la próxima. Sin embargo, el tipo de información varía de acuerdo a la etapa en que se encuentra la población.

CUADRO N° 1

ETAPAS DEL CAMBIO

Concepto	Definición	Aplicación
<i>Precontemplación</i>	No se es consciente del problema, no se ha pensado en cambiar.	Aumentar la conciencia de la necesidad de cambiar, dar información personalizada sobre riesgos y beneficios.
<i>Contemplación</i>	Se está pensando en cambiar en el futuro cercano.	Motivar, alentar a realizar planes específicos.
<i>Decisión/ Determinación</i>	Se trazan planes para cambiar.	Ayudar en la preparación de planes de acción concretos, fijando metas graduales.
<i>Acción</i>	Implantación de planes de acción específicos.	Ayudar con retroinformación, solución de problemas, apoyo social, refuerzo.
<i>Mantenimiento</i>	Continuación de acciones deseables, o repetición de pasos periódicos recomendados.	Ayudar a hacer frente al problema, recordatorios, hallar alternativas, fallas / recaídas (según corresponda).

a.2. Modelo de Creencias de Salud

Este es un modelo desarrollado para comprender y predecir la conducta de los individuos con relación a la prevención de las enfermedades, el uso de servicios de salud, retrasos en la búsqueda de cuidados de la salud y cumplimiento de las recomendaciones médicas. De acuerdo con el Modelo

de Creencias en Salud, la conducta de un individuo es determinada por la comprensión que éste tiene de:

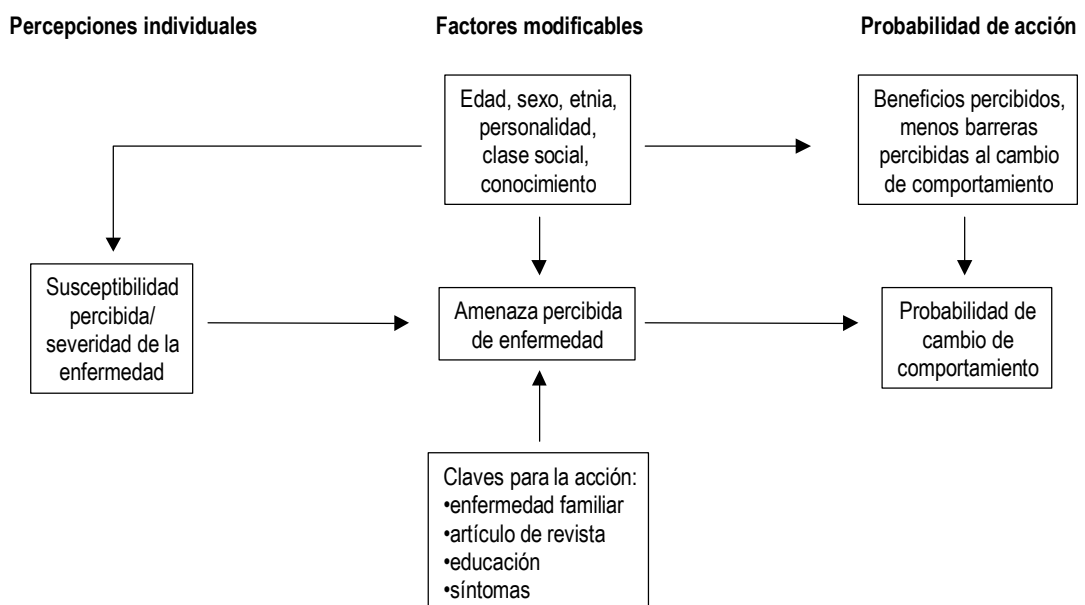
- la percepción de la severidad de la enfermedad,
- la percepción de la susceptibilidad a la enfermedad o condición,
- la creencia de que una acción es eficaz para reducir la severidad de una enfermedad o su susceptibilidad a la enfermedad o condición,y
- avisos para tomar acción.

Este modelo plantea que si las personas reciben la información sobre la severidad de la enfermedad y su propia susceptibilidad a la misma, adoptarán la conducta saludable si perciben que la conducta recomendada es efectiva (Donohew y cols., 1991; Smith y cols., 1993).

El Modelo de Creencias en Salud (Figura 1), hace énfasis en la importancia del acceso a la información adecuada en el momento oportuno, más aún

FIGURA N° 1

MODELO DE CREENCIAS EN SALUD



cuando se trata de llegar a población que aparentemente «no requiere» de esta información. Este modelo se usa –sobre todo—para conseguir que hombres y mujeres aparentemente sanos, adquieran el comportamiento de hacerse chequeos médicos (u otro tipo de atenciones o uso de servicios) en forma periódica.

El Cuadro 2 presenta una explicación de los conceptos utilizados en el modelo de creencias en salud:

CUADRO Nº 2

MODELO DE CREENCIAS DE SALUD

Concepto	Definición	Aplicación
<i>Susceptibilidad percibida</i>	Opinión que tiene uno de las posibilidades de contraer una infección / enfermedad / dolencia.	Definir población(es) en riesgo, niveles de riesgo. Personalizar el riesgo sobre la base de las características o comportamiento de una persona. Destacar la susceptibilidad percibida, si es demasiado baja.
<i>Gravedad percibida</i>	Opinión que tiene uno de cuán grave es una afección y sus secuelas.	Consecuencias específicas del riesgo de la infección.
<i>Beneficios percibidos</i>	Opinión que tiene uno de la eficacia de la acción que se recomienda para reducir el riesgo o la gravedad del efecto.	Definir las medidas que se han de tomar: cómo, dónde, cuándo; aclarar los efectos positivos que se esperan.
<i>Barreras percibidas</i>	Opinión que tiene uno de los costos tangibles y psicológicos de la acción recomendada.	Identificar y reducir barreras por medio de mensajes de tranquilidad, incentivos, ayuda.
<i>Señales para la acción</i>	Estrategias para activar la “disposición”.	Proporcionar información sobre cómo realizar la acción, promover toma de conciencia, recordatorios.
<i>Auto-eficacia</i>	Comienza en la capacidad de uno mismo de tomar medidas.	Proporcionar capacitación y orientación al realizar la acción.

a.3. Modelo de Procesamiento de la Información por el Consumidor

Este modelo aborda los procesos mediante los cuales los consumidores reciben y utilizan información para tomar decisiones (Cuadro 3). Aunque este modelo no necesariamente serviría para comprender cómo se utiliza la información sobre salud, sí resulta beneficioso y práctico a la hora de desarrollar programas de promoción de salud. La información es esencial en la toma de decisiones por parte del consumidor, y esto incluye decisiones relativas a los comportamientos que afectan la salud. Este modelo sugiere que antes de que las personas puedan usar la información, ésta debe *estar disponible, ser nueva y utilizable, ser comprensible y de uso fácil*.

La motivación y el raciocinio juegan un papel importante en el uso de la información: la motivación empuja la búsqueda de información mientras que la utilización de esa información es un proceso intelectual. Las suposiciones básicas de este proceso son:

- las personas usan y procesan una cantidad limitada de información
- para utilizar mejor la información, las personas combinan distintas porciones de información.
- las personas crean reglas, conocidas como *heurísticas* (creativas) para tomar decisiones de forma más rápida y eficaz

El Cuadro 3 presenta datos sobre la implementación práctica del Modelo de Procesamiento de la Información por el Consumidor durante el desarrollo de programas de comunicación en salud.

CUADRO N° 3

MODELO DE PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

Concepto	Definición	Aplicación
Capacidad de procesamiento de información	Limitaciones de los individuos en cuanto a la cantidad de información que pueden adquirir, utilizar y recordar.	Escoger los puntos más importantes y útiles para comunicar, ya sea en forma oral o en materiales impresos.
Búsqueda de información	Procesos de adquisición y evaluación de la información; afectado por la motivación, atención, percepción.	Proporcionar información de modo que exija poco esfuerzo obtenerla, que llame la atención de los consumidores y que sea clara.
Reglas de decisión/heurística	Reglas prácticas, elaboradas y utilizadas para ayudar a los consumidores a seleccionar entre diversas opciones.	Aprender las claves para sintetizar información en formas que tengan sentido y atraigan a la audiencia.
Consumo y aprendizaje	Retroinformación interna basada en el resultado de las elecciones, y cómo se utiliza en futuras decisiones.	Tener presente que las personas probablemente han realizado elecciones afines en el pasado, y que no son "recipientes vacíos".
Entorno de la información	Cantidad, ubicación, formato, inteligibilidad y facilidad de procesamiento de la información pertinente.	Diseñar información adaptada a la audiencia, colocarla en forma que sea como su uso.

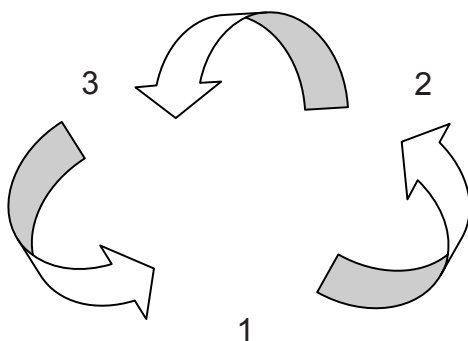
b. Teorías de comportamiento interpersonal de salud

Estas teorías suponen que las personas se ven influidas por sus entornos sociales y, al mismo tiempo, ejercen influencia sobre ellos. Sin embargo, no se limitan al desarrollo de la comprensión de las interacciones; incluyen factores relacionados con la experiencia y las percepciones de los individuos con respecto a su ambiente, junto con sus características personales.

b.1. Teoría del Aprendizaje Social

La Teoría del Aprendizaje Social fue creada a inicios de los sesenta y se basa en la idea de que los niños aprenden por imitación de los demás (Bandura, 1963), pensamiento totalmente opuesto al planteado por las teorías del aprendizaje predominantes en el momento, basadas en los principios clásicos de estímulo seguido por recompensas para reforzar el aprendizaje.

Esta teoría, además, involucra el concepto organizacional de determinismo recíproco (Bandura, 1978), con el que se sugiere una dinámica y continua interacción entre:



(1) la persona, (2) con la conducta enriquecedora de la salud y (3) el medio ambiente en el cual se lleva a cabo la conducta.

El determinismo recíproco enfatiza la importancia de asegurarse un ambiente que provea oportunidades y apoyo social para la adopción de la conducta saludable. Basándose en el determinismo recíproco, las intervenciones de salud están diseñadas, por ejemplo, para sugerir a los adolescentes la búsqueda de nuevos amigos que hacen ejercicios o no fuman.

La Teoría de Aprendizaje Social deja en claro la importancia de desarrollar programas de comunicación en salud que incorporen estrategias de promoción de los estilos de vida saludables del individuo y de su entorno. Un método que promueve comportamientos saludables individuales es el desarrollo de materiales

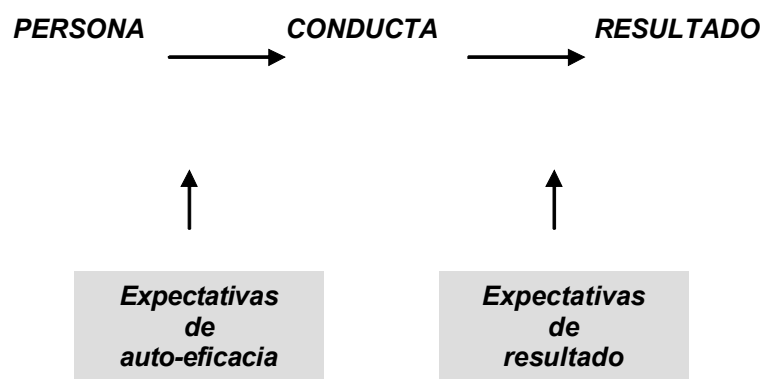
educativos; en cambio, métodos para cambiar entornos son los cambios en políticas, cambios en normas, o cambios organizativos.

La teoría de Bandura está simplificada y representada en forma gráfica en la Figura 2. Esta teoría propone que las personas se comprometerán en el cambio de conducta, siempre y cuando: *se sientan capaces de adoptar la nueva conducta o, en otras palabras si se creen auto-eficaces; crean que los resultados de la conducta serán positivos y que recibirán beneficios.*

Esta teoría es importante para el diseño de programas de salud por muchas razones, entre ellas la gran cantidad de literatura, cada vez mayor, que demuestra su efectividad en las múltiples conductas de salud y las diversas culturas.¹¹

FIGURA N° 2

TEORÍA DE APRENDIZAJE SOCIAL



¹¹ Estos comportamientos incluyen dieta y nutrición; pérdida de peso; uso de drogas, tabaco y alcohol; ejercicio físico; control de natalidad; prevención de SIDA; seguir recomendaciones médicas.

El cuadro 4 presenta una explicación de los conceptos utilizados en la teoría del aprendizaje social:

CUADRO N° 4

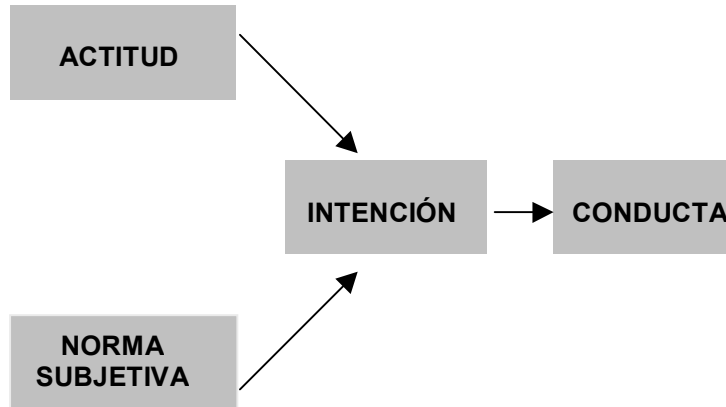
TEORIA DEL APRENDIZAJE SOCIAL

Concepto	Definición	Aplicación
<i>Determinismo recíproco</i>	Los cambios de comportamiento son resultado de interacciones entre la persona y su entorno; la interacción es bidireccional.	Hacer participar al individuo y a terceras personas importantes para éste; trabajar para cambiar el entorno, si se justifica.
<i>Capacidad conductual</i>	El conocimiento y las aptitudes para realizar un comportamiento influyen en las acciones.	Proporcionar información y capacitación sobre la acción.
<i>Expectativas</i>	Creencias sobre los probables resultados de la acción.	Incorporar información sobre posibles resultados de la acción que se aconseja.
<i>Autoeficacia</i>	Confianza en la capacidad de realizar una acción y persistir en la misma.	Señalar los puntos fuertes, emplear persuasión y estímulo; tratar de cambiar el comportamiento mediante pasos pequeños.
<i>Aprendizaje por observación</i>	Creencias basadas en la observación de otros como uno mismo o de resultados visibles, materiales.	Señalar la experiencia, los cambios físicos de otros. Identificar los modelos dignos de emularse.
<i>Refuerzo</i>	Respuestas al comportamiento de una persona que aumentan o disminuyen las posibilidades de que algo vuelva a ocurrir.	Proporcionar incentivos, recompensas, elogio; estimular la autorecompensa. Disminuir la posibilidad de respuestas negativas que no estimulan los cambios positivos.

b.2. Teoría de Acción Razonada

La Teoría de Acción Razonada (Figura 3), trata sobre las creencias, actitudes, intenciones y conducta. Esta teoría asume que la mayoría de las conductas están determinadas por creencias ocultas que se derivan de y están sostenidas por el patrón cultural y social de las sociedades en las que se vive. La Teoría de Acción Razonada es una de las más significativas y más usadas en el área de salud, lo mismo que en áreas no relacionadas con la salud (Maibach y Parrott, 1995).

FIGURA Nº 3
TEORIA DE ACCION RAZONADA
(Fishbein y Ajzen)



Asimismo, la Teoría de Acción Razonada (Cuadro 5) distingue entre las actitudes hacia una enfermedad o condición (tales como el VIH/SIDA o un embarazo no deseado) y las actitudes hacia conductas recomendadas para enriquecer la salud (tales como el uso de condones o pastillas anticonceptivas). La teoría propone que las personas se comprometerán con una conducta dependiendo de sus intenciones de compromiso en dicha conducta, y que su intención a la vez depende de:

- La percepción que tenga la gente de lo que es importante para él o ella sobre su conducta –la norma subjetiva¹².
- La actitud del individuo hacia la conducta de enriquecimiento de la salud.

Por lo tanto, un joven considerará la posibilidad de no empezar a fumar dependiendo de su intención de no fumar, así como de su interpretación de lo que cree que la gente importante en su vida desearía que él hiciera (gente importante podrían ser sus pares, sus padres).

¹² La norma subjetiva es la creencia que el individuo tiene, de lo que las personas que le son importantes desearían que él hiciera.

Está claro que será necesario hablar con los jóvenes para comprender sus sentimientos y tratar de desarrollar una estrategia de comunicación atractiva y que les comprometa.

CUADRO Nº 5

TEORÍA DE ACCIÓN RAZONADA

Concepto	Definición	Aplicación
Intención de comportamiento	Percepciones que tienen las personas sobre si se comportarán o no de cierto modo; la idea que se forman de la probabilidad de comportarse de cierta manera.	Desarrollar intervenciones que tengan más probabilidad de instar al individuo a adoptar conductas sanas. Las intenciones se miden por una escala que varía desde <i>muy improbable</i> hasta <i>muy probable</i> que adopten conductas sanas.
Actitud hacia el comportamiento	Percepción de los individuos de que es una buena o mala idea comportarse de dicha manera. Cuanto más perciba una persona que un comportamiento tendrá consecuencias positivas e impedirá consecuencias negativas, más positiva será su actitud. Se basa en la valoración del individuo hacia el comportamiento.	Enfatizar los beneficios de las conductas saludables desde el punto de vista de la audiencia, no desde la perspectiva de los trabajadores en salud. La actitud hacia el comportamiento está correlacionada con las intenciones y puede predecir con mucha cercanía las conductas como son el uso de preservativos, dejar de fumar y otras conductas.
Norma subjetiva	El individuo percibe que las personas importantes en su vida realmente desean que adopten o no el nuevo comportamiento (padres, amigos, figuras religiosas, etc.) es su motivación hacer lo que quieren las personas importantes en su vida.	Es importante desarrollar programas de comunicación en salud para estas personas.

c. Modelos de nivel comunitario

Estos modelos ayudan a comprender cómo funcionan y cambian los sistemas sociales, y cómo pueden activarse las comunidades y organizaciones como elementos esenciales para las actividades integrales de promoción de la salud. Estos modelos incorporan una perspectiva ecológica y constituyen la base para tratar de lograr metas de mejor salud para individuos, grupos, instituciones y comunidades. Sus estrategias e iniciativas son planeadas y

dirigidas por organizaciones e instituciones cuya misión es proteger y mejorar la salud: escuelas, centros de trabajo, establecimientos de atención de salud, grupos comunitarios y entidades gubernamentales.

En este informe se presentan de manera resumida tres modelos para la promoción de la salud en el nivel comunitario.

c.1. Organización comunitaria

La *organización comunitaria* tiene sus bases en teorías de redes sociales y apoyo. Hace hincapié en la participación activa y el desarrollo de comunidades que pueden evaluar y resolver mejor los problemas sociales de salud. El desafío de activar y hacer participar a grupos de población específicos, que con frecuencia están sub-atendidos, es algo con lo que se enfrentan muchas organizaciones de salud pública. Los modelos de la organización comunitaria son útiles para desarrollar programas que mejoren la salud en situaciones donde los adolescentes no reciben la atención necesaria de salud.

La organización comunitaria es el proceso mediante el cual se ayuda a los grupos comunitarios a identificar problemas o metas comunes, movilizar recursos y elaborar e implantar estrategias para lograr sus metas. Tiene sus raíces en varias perspectivas teóricas: la perspectiva ecológica, la perspectiva de los sistemas sociales, las redes sociales y el apoyo social. También es compatible con la teoría del aprendizaje social y puede ser utilizada en forma fructífera junto con las estrategias de ésta.

Si bien la organización comunitaria no emplea un único modelo unificado, hay varios conceptos clave que son centrales a los diversos enfoques (Cuadro 6). El proceso de *habilitación* está destinado a estimular la solución de problemas y hacer actuar a los miembros de la comunidad. La *competencia comunitaria* resume la confianza y las aptitudes por parte de la comunidad para resolver los problemas con eficacia. La *selección de temas* tiene que ver con la identificación de batallas «que se pueden ganar» como centro de

atención, y la *conciencia crítica* destaca la búsqueda activa de las causas que constituyen las raíces de los problemas.

Un paso importante para cambiar la política pública es la creación de un entorno propicio al cambio. En el campo de la salud pública, esto suele entrañar un repaso a los entornos sociales y políticos y las desigualdades que necesitan atención, junto con inquietudes manifiestas de salud.

CUADRO N° 6

CONCEPTO CLAVE EN LA ORGANIZACION COMUNITARIA

Concepto	Definición	Aplicación
Habilitación	Proceso de ganar dominio y poder sobre uno mismo / la propia comunidad, para producir el cambio.	Dar a los individuos y a las comunidades las herramientas y la responsabilidad para tomar decisiones que les conciernen.
Competencia comunitaria	Capacidad para inmiscuirse en la solución efectiva del problema.	Trabajar con la comunidad para identificar problemas, crear consenso y alcanzar metas.
Participación y pertinencia	Las personas que aprenden deben participar activamente y el trabajo debe "iniciarse donde están las personas".	Ayudar a la comunidad a fijar metas en el marco de las metas preexistentes, y estimular la participación activa.
Selección de temas	Identificar como centro de la acción inquietudes específicas, sencillas y en las que se pueda ganar.	Ayudar a la comunidad a examinar cómo pueden comunicar sus inquietudes, y si es probable que se logre éxito.
Conciencia crítica	Desarrollar comprensión de las causas fundamentales de los problemas.	Guiar la consideración de inquietudes de salud en la perspectiva general de los problemas sociales.

Los métodos de acción social empleados para organizar a la comunidad van más allá de la noción tradicional de los límites geográficos y políticos. Las comunidades que comparten problemas de salud comunes se han aliado para abordar mejor sus necesidades (servicios de salud, políticas antidiscriminatorias, más fondos para las investigaciones, entre otros) Entre los más destacados actualmente están los activistas contra el SIDA. Los defensores de la salud de la mujer también han empleado la acción social para ejercer presión ante instituciones poderosas para que aborden sus problemas de salud. En ambos casos, se ha abogado por una causa empleando los medios de comunicación como herramienta eficaz en sus actividades.

Abogar por una causa a través de los medios de comunicación es una estrategia para fomentar las políticas sociales o públicas. Es una parte esencial de la acción social y de las campañas de abogacía por la influencia que ejercen los medios de comunicación sobre el público. Esta estrategia ayuda a comprender la relación entre una cuestión de salud y las opiniones y valores públicos vigentes. Asimismo, facilita el diseño de mensajes de mayor repercusión entre el público.¹³

c.2. Teoría de la Difusión de Innovaciones

La teoría de difusión de innovaciones aborda la manera en que las nuevas ideas, productos y prácticas sociales se difunden dentro de una sociedad o de una sociedad a otra. En el área de salud pública, constituye un gran desafío la difusión de nuevos métodos de prevención, detección temprana y tratamiento, y de los programas y planes de estudio exitosos. Algunas

¹³ Los activistas contra el SIDA y el tabaquismo, por ejemplo, han sido creativos en su uso de los medios de comunicación. Como resultado, cuentan con el apoyo del público, tienen fuentes de financiación y promueven políticas a favor de su causa.

decisiones en materia de compras, también conocidas como «decisiones de adopción», son tomadas por grandes organizaciones o comunidades. Esto sucede cuando un sistema escolar adopta un programa de estudios, un maestro elige un libro de texto, el administrador de los servicios de salud de un centro de trabajo contrata médicos para desarrollar servicios de salud de adolescentes, y un consejo municipal decide construir un campo de fútbol y financiar el uso de iluminación nocturna y entrenadores especializados para promover el deporte entre los adolescentes.

Concentrarse en las *características de las innovaciones* puede mejorar sus posibilidades de adopción y, por lo tanto, de difusión. Algunas de las características más importantes de las innovaciones son: su ventaja relativa (¿es mejor que lo que existía antes?); compatibilidad (¿se ajusta a la audiencia seleccionada?); complejidad (¿es fácil de usar?); posibilidad de probarse (¿puede ponerse a prueba primero?); y posibilidad de ser observada (¿qué tan visibles serán los resultados?)

Uno de los hallazgos más útiles de la investigación sobre difusión de innovaciones es que los medios de comunicación son una ruta rápida y efectiva para introducir información nueva o para tratar de influir las actitudes de las personas. Sin embargo, en la etapa de ensayo o de «adopción,» los canales interpersonales tienen mayor potencial de influencia. Esto se conoce como teoría de «las dos etapas» y ha sido utilizada ampliamente en la publicidad que emplea «líderes de opinión» junto con los medios de comunicación, para influir sobre actitudes y conductas.

La aplicación de la teoría a programas de comunicación en salud significa que una estrategia de comunicación podría consistir en el uso de los medios de comunicación masiva para introducir el mensaje, proporcionar conocimientos, influir sobre las actitudes y reforzar una conducta, y utilizar intervenciones comunitarias o interpersonales para enseñar e incentivar la adopción de la conducta.¹⁴

¹⁴ Sin embargo, el empleo de los medios de comunicación masiva no es frecuentemente una opción en regiones como la nuestra, debido a la falta de espacios en los mismos para servicios públicos o a la carencia de redes extensas de radio y televisión públicas disponibles para la transmisión de mensajes sobre salud y desarrollo.

Aunque las campañas realizadas en los países en desarrollo a través de los medios de comunicación han promovido con éxito las inmunizaciones, el uso de preservativos, la resistencia por parte de adolescentes a la presión de fumar o usar drogas, la buena nutrición y otras conductas saludables, esos mismos medios estimulan estilos de vida insalubres a través de programas de entretenimiento y propaganda. Se cree que el incremento de conductas sexuales de alto riesgo, el consumo de comida rápida alta en contenido de grasas, el consumo de sucedáneos de la leche materna y de bebidas alcohólicas y tabaco, se debe en parte a la difusión en programas de radio y televisión de los productos procedentes.

La **Teoría de Difusión de Innovaciones** aborda cómo las ideas, los productos y las prácticas sociales nuevas se difunden en una sociedad y de una sociedad a otra (Cuadro 7).

CUADRO N° 7

TEORÍA DE LA DIFUSION DE INNOVACIONES

Concepto	Definición	Aplicación
<i>Ventaja relativa</i>	El grado en que una innovación se considera mejor que la idea, práctica, programa o producto al que reemplaza.	Señalar los beneficios singulares: valor monetario, conveniencia, ahorro de tiempo, prestigio, etc.
<i>Compatibilidad</i>	Cuán compatible parece la innovación al compararla con valores, hábitos, experiencia y necesidades de las personas que posiblemente la adoptarían.	Ajustar la innovación a los valores, las normas y situación de la audiencia a la que se quiere llegar.
<i>Complejidad</i>	Cuán difícil parece ser el entender o utilizar la innovación.	Crear un programa, idea o producto que no sea complicado y resulte fácil de usar y de entender.
<i>Posibilidad de poner a prueba</i>	Hasta qué punto la innovación puede experimentarse antes de que se requiera un compromiso para adoptarla.	Proporcionar oportunidades para ensayar en forma limitada, por ejemplo, muestras gratuitas, sesiones introductorias, garantía de devolución del dinero.
<i>Posibilidad de observar</i>	Hasta qué punto la innovación proporciona resultados tangibles o visibles.	Asegurar la visibilidad de los resultados; retroinformación o publicidad.

c.2. Teoría de la Experiencia Demostrativa (ED)

La Teoría de la Experiencia Demostrativa es un conjunto de metodologías y técnicas de pedagogía social que conforman una modalidad de experimentación socio-cultural para la validación de una estrategia que logre objetivos ligados al empoderamiento de las personas y a las decisiones de cambio de sus prácticas individuales y comunitarias ligadas a la sexualidad.

La ED tiene como fundamento identificar cómo se están dando los procesos mediante los cuales las personas aprenden en la comunidad. Ello quiere decir, que será sobre la base social y material existente que se probará que es posible alcanzar resultados.

La ED supone el rescate y el respeto de la heterogeneidad cultural, social y económica y opera bajo el supuesto de que existen fenómenos que sólo se comprenden en su contexto concreto. Por ello la ED se activa como un estudio de focalización que permite un conocimiento en profundidad, lo que permite reconocer diferencias, tensiones internas y particularidades propias de las comunidades humanas.

La Experiencia Demostrativa cuenta con tres ejes rectores:

- A. Es una modalidad de producción de conocimientos a partir de la práctica, donde se prueban y formulan hipótesis de trabajo con base en una determinada estrategia social.
- B. Produce una serie de tecnologías para el cambio de prácticas individuales y sociales como la adquisición de hábitos saludables de desarrollo comunitario.
- C. Tiene la ventaja de mostrar la tecnología utilizada a través de la exhibición de experiencias exitosas. Con ello se exponen tanto sus resultados, como sus procedimientos y formas de operación.

La ED tiene cinco características específicas:

1. Es una experiencia focalizada, con visión de contexto.

Se desarrolla de manera demarcada en cuanto espacio, población participante y tiempo. El espacio puede ser una comunidad, un barrio, con límites territoriales y poblaciones delimitados.

2. Es una experiencia de aprendizaje.

Es una invitación a «aprender a partir de la experiencia» sobre la base de un proceso sistemático de reflexión de la práctica y de los resultados que se van adquiriendo durante su desarrollo.

3. Es una experiencia abierta.

La ED es una experiencia abierta a la observación y a la incorporación de aportes externos durante el desarrollo. Todas las fases pueden ser visitadas, recoge sugerencias en todas las etapas y el éxito es atribuido a todo el conjunto (comunidad, equipo del proyecto y aportes externos).

4. Es una experiencia flexible.

Durante la experimentación de la estrategia, con sus metodologías y técnicas, la ED ofrece la posibilidad de ser modificada en función de asegurar el logro de los objetivos.

5. Es una experiencia replicable.

En la medida que se demuestran paso a paso las etapas del desarrollo de la estrategia, y se evalúa, es susceptible de replicarse.

Capítulo II
El proceso de la comunicación
en salud

Capítulo II

El proceso de la comunicación en salud

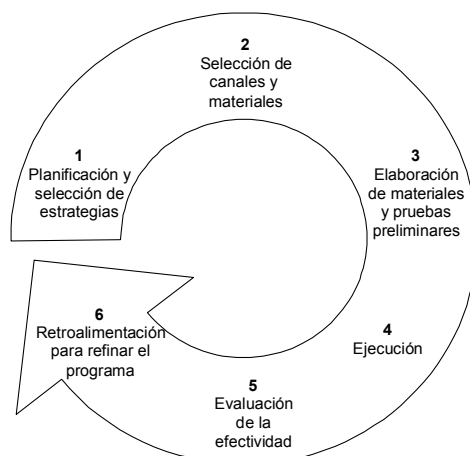
Los dos modelos referidos en el presente capítulo, explican las etapas o pasos que debe seguir un proceso de comunicación estratégica en salud. Han sido descritos en forma breve para facilitar su lectura y comprensión, así como la aplicación de los mismos a cualquier estrategia de comunicación en salud.

2.1. Etapas de la comunicación en salud

Una premisa fundamental es que, para ser viables, los programas de comunicación en salud deben estar basados en la comprensión de las necesidades y las percepciones de las audiencias seleccionadas. El diagrama que sigue ilustra un enfoque de la comunicación en salud que incorpora la evaluación de las necesidades y percepciones de las audiencias seleccionadas en las instancias críticas de la elaboración y ejecución del programa. Las seis etapas constituyen un proceso circular, en el cual la última etapa alimenta retrospectivamente la primera en un proceso continuo de planificación y perfeccionamiento.

FIGURA N° 4

ETAPAS DE LA COMUNICACIÓN EN SALUD



Etapa 1: Planificación y selección de estrategias

La etapa de planificación de un programa proporciona el fundamento para todo el proceso de comunicación en salud. La cuidadosa evaluación de un problema en el comienzo, puede reducir la necesidad de correcciones costosas a mitad de camino. Los interrogantes principales en esta etapa son los siguientes:

- ¿Qué se sabe acerca del problema de salud? (Análisis de los datos existentes)
- ¿Qué nuevos tipos de información se necesitarán antes de la planificación del programa? (Generación de nuevos datos, de ser necesario)
- ¿Quiénes integran la audiencia seleccionada (el grupo social al que se dirige el programa) y qué se sabe de ellos?
- ¿Qué objetivos mensurables pueden ser establecidos para definir el éxito? (Metas)
- ¿Cómo medir el progreso logrado?(Monitoreo)
- ¿Qué debe decirse a la audiencia seleccionada?(Mensajes)

Etapa 2: Selección de canales y materiales

Las decisiones que se tomaron en la Etapa 1, serán la guía para la selección del (los) canal(les) de comunicación y la producción de materiales efectivos. Sin objetivos claros y conocimiento de la audiencia seleccionada, se correrá el riesgo de producir materiales inapropiados para la audiencia o para el problema que se busca abordar. Los principales interrogantes en esta etapa son los siguientes:

- ¿Existen materiales que puedan adaptarse al programa?
- ¿Cuáles son los canales más adecuados para alcanzar a la audiencia seleccionada (el lugar de trabajo, medios de comunicación de masa, comunicación cara a cara)?

- ¿Cuál será el formato más adecuado para los canales y los mensajes (folletos, vídeo cintas, reseñas de antecedentes)?

Etapa 3: Elaboración de materiales y pruebas preliminares

La mayor parte de la planificación del programa habrá quedado completada en las Etapas 1 y 2; esta planificación provee las bases para la elaboración de mensajes y materiales. A menudo, se desarrollarán y probarán varios conceptos diferentes con audiencias seleccionadas. La retroalimentación de la audiencia es crítica en la Etapa 3. Los interrogantes fundamentales en esta etapa son los siguientes:

- ¿Cuáles son las diferentes maneras en que el mensaje puede presentarse?
- ¿Cómo reacciona la audiencia seleccionada al (los) concepto(s) del mensaje?
- ¿Comprende la audiencia el mensaje? ¿Lo recuerda? ¿Acepta su importancia? ¿Reconoce el valor de la solución que se propone?
- ¿Cómo responde la audiencia seleccionada al formato del mensaje?
- Basados en las respuestas de la audiencia seleccionada, ¿es necesario modificar el mensaje o el formato?
- ¿Cómo podría promoverse el mensaje, distribuir los materiales y controlar el progreso?

Etapa 4: Ejecución

El programa plenamente desarrollado se presenta a la audiencia seleccionada; comienzan la promoción y distribución de materiales a través de todos los canales. Los componentes del programa se examinan periódicamente y se modifican cuando es necesario. Se efectúa el seguimiento

del grado de exposición de la audiencia para permitir las alteraciones necesarias. Los interrogantes principales en esta etapa son los siguientes:

- ¿Se está transmitiendo el mensaje a través de los canales de comunicación propuestos?
- ¿La audiencia seleccionada está prestando atención y reaccionando?
- ¿Es necesario reemplazar los canales existentes o agregar otros nuevos?
- ¿Cuáles son los aspectos del programa que tienen efecto más fuerte?
- ¿Es preciso efectuar cambios para mejorar los efectos del programa?

Etapa 5: Evaluación de la efectividad y de la eficacia

El programa debe evaluarse mediante el análisis de los resultados de las estimaciones planificadas en la Etapa 1 y utilizadas durante el ciclo vital del programa. Los interrogantes fundamentales de esta etapa son los siguientes:

- ¿Se alcanzaron los objetivos del programa?
- ¿Los cambios que tuvieron lugar han sido resultado del programa, de otros factores o de una combinación de ambos elementos?
- ¿Con qué eficacia se gestionaron cada una de las etapas de planificación, ejecución y evaluación del programa?

Etapa 6: Retroalimentación para refinar el programa

En cada etapa se recopiló información útil acerca de la audiencia, el mensaje transmitido, los canales de comunicación y el efecto deseado del programa. Toda esta información ayuda a preparar un nuevo ciclo de desarrollo del programa. Cuanto más información pueda examinarse al concluir la primera fase del programa, será mayor la posibilidad de responder a los siguientes interrogantes:

- *¿A qué se debe que el programa haya o no haya funcionado?*

- *¿Es preciso modificar o mejorar el programa para aumentar las posibilidades de éxito, efectuar cambios en la audiencia seleccionada, realizar otros cambios?*
- *¿Pueden sacarse lecciones de la experiencia adquirida que aumenten las posibilidades de éxito de programas futuros?*

El modelo de Etapas de la Comunicación en Salud, permite a las y los profesionales de esta rama, planificar paso a paso las estrategias de información, educación y comunicación que harán más fiable el que los mensajes lleguen de manera efectiva al (los) público(s) objetivo(s).

2.2. El Proceso P¹⁵

El Proceso P (figura 5) es un marco de referencia que define, paso a paso, la manera de desarrollar un programa estratégico de comunicación para la salud.

Sus componentes son los siguientes:

P1. Análisis

- ▶▶ Entender el problema
- ▶▶ Conocer a la audiencia – segmento y perfil
- ▶▶ Revisar programas y políticas existentes
- ▶▶ Identificar a organizaciones líderes
- ▶▶ Evaluar la capacidad de comunicación

P2. Diseño estratégico

- ▶▶ Desarrollar objetivos MADRE
- ▶▶ Posicionar al programa de tal manera que ofrezca beneficios claros
- ▶▶ Seguir un modelo de cambio de comportamiento ya comprobado
- ▶▶ Seleccionar medios y actividades
- ▶▶ Preparar un documento de diseño estratégico

¹⁵ El Proceso P. En: www.jhuccp.org/sp/index.shtml#8 (Página consultada el 24/02/03)

» Desarrollar un plan de ejecución y presupuesto

» Planificar el proceso de evaluación

P3. Desarrollo, Pretesteo y Producción

» 8Desarrollar los conceptos del mensaje

» Trabajar con profesionales de la salud

» Trabajar con profesionales de comunicación

» Seguir las «Siete C's» de la comunicación eficaz

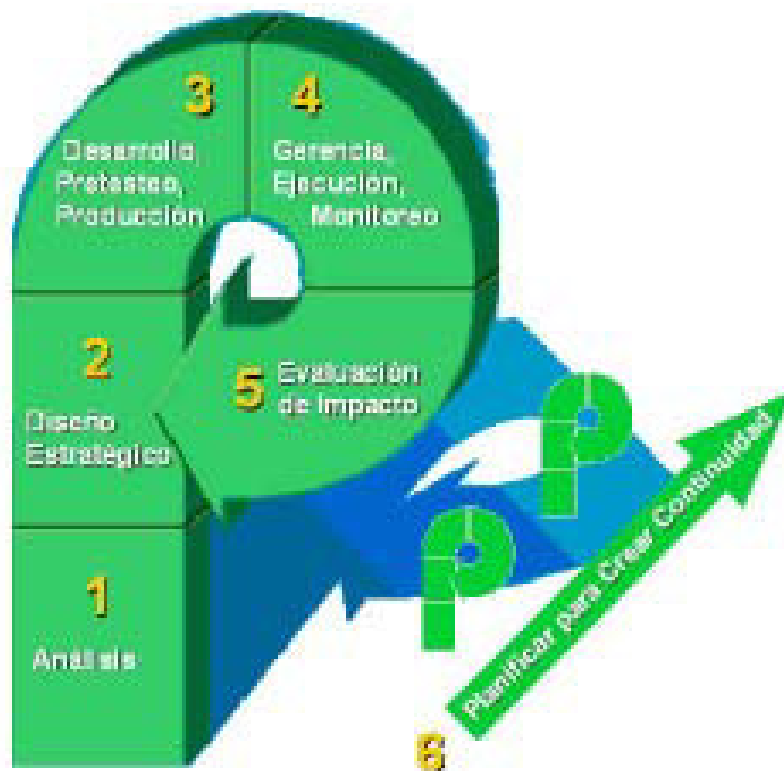
» Pre-testear y volver a probar con la audiencia objetivo

» Revisar para satisfacer a la audiencia objetivo y líderes de opinión

» Producir eficaz y puntualmente

Figura Nro. 5

El Proceso P



P4. Gerencia, Ejecución y Monitoreo

- ▶▶ Gerenciar sobre la base de resultados
- ▶▶ Capacitar a individuos y desarrollar una capacidad institucional
- ▶▶ Crear un clima organizacional positivo
- ▶▶ Establecer un grupo coordinador
- ▶▶ Enfocarse en la disseminación y distribución
- ▶▶ Monitorear el proceso de producción y de actividades
- ▶▶ Responder rápidamente a las reacciones que genere el mensaje (retroalimentación)

P5. Evaluación del Impacto

- ▶▶ Diseñar el plan de evaluación al inicio del programa
- ▶▶ Basar el plan de evaluación en un modelo de cambio de comportamiento ya comprobado
- ▶▶ Usar diversas metodologías de evaluación
- ▶▶ Medir el costo-beneficio
- ▶▶ Compartir los resultados en formatos apropiados

P6. Planificar para crear Continuidad

- ▶▶ Desarrollar el programa de acuerdo a los resultados de evaluación
- ▶▶ Adaptar el programa a las nuevas condiciones
- ▶▶ Incrementar la escala de un programa exitoso
- ▶▶ Identificar recursos desde el inicio del programa
- ▶▶ Incorporar servicios de promoción del programa
- ▶▶ Fortalecer las coaliciones existentes para la abogacía del programa

Con el Proceso P, los profesionales que trabajan en el campo de la salud—incluso aquellos que no se encuentran familiarizados con la comunicación social—serán capaces de definir sus estrategias de comunicación para la intervención con diversas poblaciones.

Es importante distinguir que para la comunicación en salud resulta imprescindible el trabajo multidisciplinario en todos los niveles de cambio de comportamientos. De lo contrario, se corre el riesgo de producir mensajes que podrían resultar sumamente claros para quien los hace, pero que terminan siendo ineficaces e incompresibles para la audiencia a la que fueron dirigidos.

Capítulo III

La comunicación en salud en

Latinoamérica

Capítulo III

La comunicación en salud en Latinoamérica

Durante más de cinco décadas, Latinoamérica ha sido notablemente activa, imaginativa y productiva en tratar de poner la comunicación al servicio del desarrollo. En realidad, se puede decir que comenzó a utilizar la comunicación para el desarrollo mucho antes de que se hubieran propuesto teorías para ello e incluso cuando la denominación misma no existía aún¹⁶.

Numerosos estudios demostraron, a fines de los 50, que existe una correlación estrecha entre la comunicación social y el desarrollo nacional, entendido como la transición de la sociedad tradicional a la moderna, sobre las bases del crecimiento económico y el avance material de un país.¹⁷

Fue sobre esa comprobación que se planteó la idea del papel de la comunicación como agente propiciador de progreso, hasta el punto de considerarla como básica para ayudar a los países rezagados a alcanzar el tan anhelado desarrollo. Estos conceptos son la base teórica de la «comunicación para el desarrollo», como proceso de intervención para el cambio social y como una nueva especialidad en el campo de la comunicación social, entendida como actividad profesional.

3.1. Origen de la comunicación para el desarrollo

La Segunda Guerra Mundial obligó a los norteamericanos a desarrollar técnicas de comunicación para lograr dos grandes objetivos: debilitar los

¹⁶ Beltrán, Luis Ramiro (1993). Comunicación para el desarrollo en Latinoamérica. Una evaluación sucinta al cabo de 40 años. En: <http://www.comminit.com/la/lasth/sld-1554.html> (Página consultada el 15/01/03)

¹⁷ Beltrán, Luis Ramiro (1999). Salud Pública y comunicación social. En: <http://www.cepis.ops-oms.org/eswww/fulltext/pciudadada/saludpub/saludpub.html> (Página consultada el 25/02/03)

¹⁸ Ibid.

efectos de la propaganda nazi y capacitar a mujeres y niños en el desempeño de puestos de industria, agricultura y otros servicios que habían quedado vacantes con la partida de la mayor parte de los hombres a la contienda. Así surgió la comunicación para el desarrollo como proceso social y disciplina profesional, y comenzó a practicarse en Latinoamérica a partir del último tercio de la década de 1940.¹⁸

Luego, ese aprendizaje fue transferido a otras partes del mundo. En América Latina, Estados Unidos instituyó servicios cooperativos con varios gobiernos para programas de desarrollo en agricultura, salud y educación; estos crearon los primeros órganos de comunicación para educación no formal y técnica en la región, o sea, las primeras unidades de comunicación para el desarrollo.

Más tarde se establecieron centros de producción audiovisual y programas de capacitación para comunicadores al servicio del desarrollo, además de ofrecer becas de perfeccionamiento en su propio terreno.

Así, surgieron paralelamente tres subdisciplinas: Información de Extensión Agrícola, Educación audiovisual y Educación Sanitaria. Sustentados por USAID, UNESCO, FAO y UNICEF; programas de las dos primeras se difundieron crecientemente en los años 50, alcanzaron su auge en los 60, fueron declinando en los 70, hasta desaparecer casi del todo en los 80.¹⁹

3.2. Nacimiento de la Comunicación en Salud en Latinoamérica²⁰

La Educación sanitaria, por lo menos en Latinoamérica, no alcanzó avances significativos, pero logró establecerse como una especialización de la carrera de pedagogía e institucionalizarse en algunos de los ministerios de salud, en unos cuantos países. Sin embargo, a pesar de ser apuntalada por la OMS,

¹⁹ Ob. cit. Beltrán, Luis Ramiro (1999)

²⁰ Ob. cit. Beltrán, Luis Ramiro (1993)

esta subdisciplina pareció irse debilitando desde los 70, debido en parte a su confinamiento a ambientes intramurales.

A principios de los 80, la Educación sanitaria comenzó a ser superada por una nueva subdisciplina similar que cobró importancia en la presente década: la Comunicación para la Salud. Esta se caracteriza por el mayor y mejor empleo de medios masivos, sin desmedro de los interpersonales; la tendencia a someter la producción de mensajes a un régimen de continua y rigurosa programación que va desde la investigación del público hasta la evaluación de los efectos de los mensajes en la conducta de éste; y, la facilidad de acceder a formatos participativos derivados de la praxis ganada por décadas, en Latinoamérica, en cuanto a comunicación dialógica y democratizante.

3.3. Situación actual de la Comunicación en Salud en la Región de América Latina

La suma de las experiencias descritas ha permitido que la Comunicación en Salud se convierta en una disciplina de gran importancia para la creación de proyectos y programas sociales de desarrollo de la Región. Actualmente, son muchos los esfuerzos por diseñar estrategias de comunicación que faciliten la llegada de mensajes claros, efectivos y eficaces a públicos cada vez más heterogéneos y con necesidades sumamente específicas.

En el tema de jóvenes, por ejemplo, la OPS ha definido cinco áreas prioritarias de trabajo que permitirán multiplicar las ideas y dejar una capacidad instalada en los países con amplia participación juvenil: desarrollar políticas y capacidad de abogacía, incorporar los medios de comunicación, fortalecer las redes de comunicación, incorporar las nuevas tecnologías y formar recursos

humanos priorizando el pregrado.²¹ Como se observa, dos de las cinco áreas de acción están dirigidas al trabajo en comunicación. Efectivamente, para este organismo de las Naciones Unidas, priorizar el uso de herramientas y estrategias de Comunicación en Salud significa la diferencia para lograr programas y proyectos de impacto.

Además, muchos organismos privados se encuentran interesados en apoyar iniciativas de investigación referentes al uso de la comunicación para mejorar los hábitos y costumbres referentes a la salud. Entre estos organismos (con denominación de Fundaciones) podemos mencionar a Kellogg, Hewlett Packard, Ford, etc. Estos estudios permiten tener acceso a información sobre el impacto de los mensajes, las estrategias más adecuadas y los medios por los que debe transmitirse determinado tipo de información.

A futuro, se vislumbra un interés cada vez más creciente en este campo. La comunicación para la salud permitirá reducir los costos de tratamiento de las enfermedades debido a su cada vez más fuerte promoción de la prevención versus el gasto para el Estado derivado de la curación.

Además, el uso de medios no tradicionales de comunicación –también llamados medios alternativos—permitirán abaratar los costos de difusión y acceso a información calificada, permitiendo que cada vez más personas puedan disfrutar de una salud integral basada en el autoconocimiento y autocuidado.

²¹ Ob. cit. OPS (2001)

Capítulo IV

La comunicación en salud en el Perú

Capítulo IV

La comunicación en salud en el Perú

La realidad peruana no ha sido muy diferente de la Latinoamericana en lo que respecta a la comunicación en salud, como en la mayoría de los procesos sociales. Este capítulo sólo hará una breve descripción de la experiencia en el Perú, con la salvedad que la situación actual en este campo es la misma que fue descrita en el Capítulo III.

Para la década de los sesenta, el Perú ya se encontraba «subido al coche del progreso» que significaba trabajar en comunicación para el desarrollo. A finales de esta década, a través del trabajo creativo de Manuel Calvelo, la FAO puso en práctica en Perú —en primera instancia fue desarrollada en Chile— una experiencia pionera con el uso de videos para la educación campesina no formal y dentro de los procesos de la reforma agraria.

El modelo de comunicación clásico —la fórmula aristotélica de Harold Lasswell— fue cuestionado en la década de los setenta, a principios de la cual el pedagogo católico brasileño Paulo Freire inició, desde el exilio en Chile, la difusión de sus nuevas y audaces ideas sobre la educación. Al mismo tiempo que condenaba la educación tradicional «bancaria» como manipuladora de los seres humanos para la perpetuación del status quo, proponía una «pedagogía del oprimido» para el autodescubrimiento a través del diálogo libre y la «concientización» orientada hacia la emancipación y la democracia. Además de las críticas ya adelantadas por Antonio Pasquali a inicios de la década, el pensamiento de Freire inspiró también la revisión

del modelo clásico de comunicación. Frank Gerace (EE.UU.), trabajando desde Bolivia y Perú, fue el primero en producir algunos basamentos adaptativos para un modelo de «*comunicación horizontal*».²²

Ya para finales de los setenta, Michel Azcueta y otros construyeron Villa El Salvador en lo que entonces era sólo una enorme barriada de Lima poblada por campesinos migrantes, Villa El Salvador era un sistema integral y notable de comunicación popular, basado en tecnologías elementales utilizadas creativamente y en conjugación con una organización comunitaria activa.

La UNESCO, en 1976 en Costa Rica, el país más próximo a los ideales democráticos en la región, bajo rudos ataques de los medios de comunicación masiva, los representantes gubernamentales de alto nivel analizaron detallada y críticamente la situación y firmaron una declaración equivalente a un credo de la democratización de la comunicación. También aprobaron alrededor de 30 recomendaciones para que cada país formule y aplique –mediante un consejo pluralista nacional capaz de lograr consenso mediante el debate libre y abierto—la política integral que considerara adecuada a sus circunstancias particulares.

Sin embargo, ni siquiera en Venezuela, país que encabezaba el movimiento, fue posible aplicar estas recomendaciones dada la persistencia de la oposición militante de los empresarios. En el Perú, en cambio, el régimen militar de facto hizo varias modificaciones sustanciales en la situación de la comunicación, afines a las recomendaciones de San José y, en algunos casos, más allá de ellas. Por ejemplo, confiscó todos los diarios de Lima y anunció su intención de crear la propiedad social y de hacer entrega de ellos a las comunidades laborales organizadas, tales como las de los campesinos, de los trabajadores fabriles, de los maestros, etc. Por

²² Ob. cit. Beltrán, Luis Ramiro (1993)

otra parte, reorganizó e intentó robustecer y mejorar el potencial de la comunicación estatal y cambió la legislación sobre radiodifusión.

Hacia mediados de los años ochenta la investigación en comunicación experimentó un crecimiento muy veloz y ciertos cambios de orientación en línea con la tendencia hacia la democratización que caracterizaba el período. Mucha de la literatura así producida se centró en la verificación de las condiciones de fuerte dependencia de la región en cuanto a la información internacional, por una parte, y en la denuncia de la dominación cultural interna canalizada a través de los medios masivos de comunicación de propiedad privada y orientación comercial, por otra. La situación revelada desfavorecía tanto al estrato más bajo de la sociedad que los investigadores consideraron que las masas, en particular las rurales, vivían en condiciones de virtual incomunicación.

Más adelante, con la creación del Instituto para América Latina (IPAL) en el Perú, se dotó a la región de una nueva institución surgida bajo el credo de la comunicación democrática para el desarrollo. Encabezada por el sociólogo y periodista Rafael Roncagliolo, ha realizado diversas y muy productivas actividades en investigación, capacitación, intercambio y publicaciones. Ha concedido especial atención a las políticas de comunicación, así como al cine, a la televisión y al video. En servicio de este último, ha creado y actualmente opera una red regional y publica un boletín informativo sobre el video, como también estudios y manuales. Por otra parte, ha establecido nexos prometedores con organismos de desarrollo regional e integración tales como el SELA, el Pacto Andino y CEPAL-ILPES. El IPAL ha adquirido rápidamente una reputación que se extiende más allá de la región y así ha recibido el apoyo de varias fuentes internacionales de financiamiento.²³

²³ Ibid

En otro campo de acción, la construcción teórica de modelos de comunicación democrática tuvo numerosos y talentosos contribuyentes a lo largo de los 80, que se sumaron a aquellos que iniciaron esta práctica en los setenta. Entre los últimos se destacan, en Perú, Rafael Roncagliolo, Juan Gargurevich, Luis Peirano y Rosa María Alfaro.²⁴

A pesar de su naturaleza esquemática, el recuento aquí presentado demuestra que nuestra actividad ha sido intensa, variada, sostenida y refinada en lo que a Comunicación para el Desarrollo. En el campo de la Comunicación en Salud, reitero que nuestra realidad no dista de la otros países de la Región, por lo que sólo concluiré anotando que el uso de la comunicación aplicada a la salud ha representando para muchas organizaciones peruanas, internarse en un campo apasionante y que da muchos frutos: no sólo mensajes para medios tradicionales, sino sobre todo materiales educativos con contenidos claramente definidos y diseños que permiten a las y los usuarios acceder a información de calidad en lo que respecta a su salud integral. Esperamos que estas contribuciones se mantengan.

²⁴ Ibid

Capítulo V

Informe de la Experiencia

Capítulo V

Informe de la Experiencia

5.1. Trayectoria profesional

a) Proyecto YES!! (1999 – 2001)

- » Coordinadora de la Estación Educativa Juvenil, con labores de monitoreo y evaluación de actividades de IEC relativas a la Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes y Jóvenes de Lima.
- » Participación en la validación de contenidos y diseño gráfico del CD Multimedia Interactivo «**Inesperado**», que desarrolla el tema de Prevención de Embarazo No Deseado en Adolescentes.
- » Autora del **Manual de Resonancia Comunitaria**, el cual desarrolla contenidos de difusión de actividades de IEC, trabajo con diferentes poblaciones (adolescentes, padres, docentes, medios de comunicación), organización de charlas, talleres, entrevistas con medios, etc.
- » Diseño creativo y conceptual, así como validación de **Juegos Educativos** en los siguientes temas: Derechos Sexuales y Reproductivos, Toma de Decisiones y Resolución de Conflictos, Autoestima, Sexualidad, Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y SIDA, entre otros.

b) Proyecto de Colaboración Sur Norte (2001)

- » Coautora del **Manual para Trabajo con Jóvenes «Aprendiendo Juntos Prevención de Riesgo»**, que desarrolla este tema desde una perspectiva de integración de las propias experiencias de las y los jóvenes sobre lo que significa el riesgo para ellas y ellos.

c) Proyecto Fortalecimiento Estratégico de Servicios para Jóvenes en 2 Ciudades del Perú: Lima y Chiclayo (Abril 2001 – Junio 2003)

- ▶▶ Coautora (diseño creativo y conceptual) de la **Estrategia Educativa Fuerza Joven**, que como parte de este proyecto busca desarrollar una metodología de trabajo innovadora en el campo de la Educación Sexual, dirigida a involucrar en el proceso educativo a adolescentes, sus padres, madres y docentes durante el periodo escolar, y desde una perspectiva que integre sus propias experiencias y conocimientos en el tema.
- ▶▶ Responsable de la capacitación y selección de los **Educadores Fuerza Joven**.
- ▶▶ Responsable del **Proceso de Aplicación de la Estrategia Educativa Fuerza Joven** en 8 colegios de Lima.

d) Proyecto Mejoramiento de las Condiciones de Salud, Educación, Empleo y Participación Social de las y los Jóvenes de Lima Metropolitana (2000 hasta la actualidad)

- ▶▶ Apoyo en Monitoreo del Proyecto como Asistente Administrativa.
- ▶▶ Organización de Actividades de IEC.
- ▶▶ Elaboración de materiales educativos, entre los que destaca el CD Multimedia Interactivo **«Evoluseis»**, que aborda el tema de desarrollo integral del adolescente desde seis campos: corporalidad, afectividad, creatividad, espiritualidad, carácter y sociabilidad.

e) Estrategia Educativa Fuerza Joven (en la actualidad)

- ▶▶ Diseño continuo de componentes alternativos para la estrategia, dirigidos a públicos diversos (jóvenes en las comunidades, que viven en calle, usuarios de servicios, etc.)

» Promoción y venta de las Estrategias Fuerza Joven a instituciones educativas.

» Diseño de proyectos y búsqueda de donantes.

f) Dirección de Operaciones del INPPARES (1996 hasta la actualidad)

» Diseño creativo y de contenidos del folleto de presentación institucional del INPPARES.

» Revisión de contenidos del CD Multimedia para Profesionales que trabajan el tema de Violencia Basada en Género.

» Miembro del equipo encargado de la reorganización de la Estructura de Voluntarios Jóvenes del INPPARES.

» Sistematización de Contenidos en SSR, dirigidos a profesionales en el área.

» Revisión de contenidos del folleto de presentación del Centro de Información y Capacitación en Salud Sexual y Reproductiva CISRE (actual Centro de Formación Integral – CFI), del INPPARES.

» Miembro del equipo que diseñó el Manual para Educadores en Salud Sexual y Reproductiva.

» Apoyo en Monitoreo de Servicios y Comunicación Intrainstitucional.

- Representación en Mesas Interinstitucionales (Mesa de Adolescencia y Juventud; Comisión Multisectorial de Escuelas Promotoras de Salud)

g) Otros:

» Elaboración de materiales educativos en el área de trabajo con adolescentes y jóvenes, desde 1996.

» Revisión para corrección de la edición de la versión en español del **Manual sobre Masculinidad desarrollado por la ONG Promundo, Brasil.**

- ▶▶ Publicación de artículos sobre IEC, derechos sexuales y reproductivos, SIDA en jóvenes, entre otros, tanto en medios locales, como en boletines internacionales.

5.2. El Instituto Peruano de Paternidad Responsable – INPPARES: Breve Historia

El Instituto Peruano de Paternidad Responsable, INPPARES, es una organización no gubernamental con labor en salud sexual y reproductiva, ejercida a través de diversos programas informativo-educativos y médico-clínicos dirigidos a empresas, colegios, universidades, gobiernos locales, organizaciones de base, parlamentarios y otros, utilizando para ello estrategias que conlleven a una mayor sensibilización hacia el tema.

El movimiento de planificación familiar en el Perú surge en 1966 con la entonces llamada Asociación Peruana de Protección Familiar (APPF), que posteriormente, el 12 de septiembre de 1976, sentó las bases para la fundación del Instituto Peruano de Paternidad Responsable – INPPARES.

A lo largo de su permanencia institucional, INPPARES ha logrado llevar la planificación familiar como derecho humano hasta el último rincón del país, y ha contribuido en el desarrollo y la evolución de indicadores de salud de la mujer (por ejemplo, tasa de fecundidad). En los últimos 10 años, la organización ha tenido grandes cambios asociados en especial a su Misión y Visión institucionales, orientadas al desarrollo de la salud sexual y reproductiva de la población.

En este sentido, se han diseñado y ejecutado **Programas Especiales orientados al Desarrollo Humano** (generación de recursos humanos y financieros; mujer; hombre; jóvenes; niños y niñas; servicios integrales); se

han desarrollado **proyectos clave para satisfacer las necesidades de la población** (IEC sin Letras en Salud Sexual y Reproductiva; uso de tecnologías apropiadas para la educación en salud y desarrollo; nutrición materno infantil; mejoramiento de las condiciones de educación, salud, empleo y participación juvenil; prevención de la violencia basada en género; prevención del cáncer ginecológico; prevención de las infecciones de transmisión sexual y el SIDA; entre otros); por último, también se han desarrollado y continúan en ejecución **servicios integrales** –sean estos directos o a través de convenios– en todo el país, con énfasis o especialización en poblaciones (mujer; hombre; niños, niñas y adolescentes).

Para un mejor desenvolvimiento de sus programas comunitarios, **INPPARES tiene el invaluable apoyo de los promotores de salud**, quienes colaboran en la difusión de la salud sexual y reproductiva, tanto en Lima como en provincias. Estos promotores incluyen voluntarios juveniles de ambos sexos, integrados en los diferentes programas y proyectos.

La labor del INPPARES ha sido reconocida mundialmente con la entrega de galardones como el instaurado por la Región del Hemisferio Occidental de la IPPF (International Planned Parenthood Federation), denominado **Premio Información «Rosa Cisneros»** (en los años 1993 y 2001), en mérito a sus esfuerzos en la difusión de información sobre planificación familiar. Asimismo, cuenta con la distinción **«Excelencia en Promoción y Defensa de la Planificación Familiar»**, en virtud a su trabajo con medios de comunicación y la sensibilización del público en aspectos de salud sexual y reproductiva. Por otro lado, en 1999 obtuvo una mención honrosa, y en el 2001 el primer premio, como **«Programa Destacado De Adolescentes»**.

5.2.1. Misión:

INPPARES es una institución privada, sin fines de lucro; cuya misión es contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas, en especial de aquellas social y económicamente menos favorecidas, brindándoles educación y servicios integrales con énfasis en salud sexual y reproductiva.

Para lograr sus fines desarrolla sus actividades sobre la base de la percepción de donaciones y la generación de recursos propios en el campo del desarrollo, además de promover la participación de voluntarios y personal profundamente comprometidos con sus principios rectores.

5.2.2. Principios:

1. INPPARES promueve y defiende el derecho de adultos y jóvenes de ambos sexos, a decidir libremente el número y espaciamiento de sus hijos y a disfrutar en el grado más alto posible de salud sexual y reproductiva, entendiéndose ésta como *«el estado de completo bienestar físico, relacionado con la sexualidad y la reproducción, sus funciones y procesos»*.
2. INPPARES contribuye a la salud pública a través de programas de salud materno infantil, la prevención del aborto y la prevención de la violencia intrafamiliar.
3. INPPARES promueve la incorporación de los hombres en programas y servicios de salud integral con énfasis en salud sexual y reproductiva.
4. INPPARES incorpora la perspectiva de género en su organización y en el diseño e implementación de sus programas.
5. INPPARES promueve el desarrollo de los y las jóvenes, propiciando su participación directa en el diseño e implementación de los programas

dirigidos a este grupo, con el fin de revalorizar el rol de los mismos dentro de la sociedad.

6. INPPARES desarrolla actividades para personas adultas mayores, promoviendo su salud física, mental, sexual y social.
7. INPPARES promueve la defensa de los Derechos Humanos, en especial de los Derechos Sexuales y Reproductivos.
8. INPPARES investiga e identifica necesidades reales y sentidas de la población, ofreciendo productos y servicios prioritariamente en los campos de la salud y la educación, realizando actividades generadoras de ingresos y captación de recursos, con tendencia a la sustentabilidad.
9. INPPARES promueve la incorporación de voluntarios y personal con compromiso, competencia y capacidad para el cumplimiento de su Misión.
10. INPPARES desarrolla sus actividades sin discriminación de género, raza, condición socio económica, nacionalidad e ideología. Exige de todos sus integrantes la adhesión a la misión de la institución y el compromiso de ejecutar programas con calidad, calidez, responsabilidad, eficiencia y efectividad.

5.3. El Programa de Jóvenes del INPPARES: Estructura y Proyectos

El Programa de Jóvenes del INPPARES forma parte de la Dirección de Operaciones desde hace casi 17 años. En la actualidad consta de 6 proyectos dirigidos a satisfacer las necesidades de la población joven (entre los 10 y 24 años), que son:

a) Proyecto Centro de Adolescentes y Jóvenes «Futuro»:

Este proyecto es el pionero en el trabajo con población adolescente y joven, y ha sido desarrollado por el INPPARES de manera estructurada desde 1986, con la creación de la Unidad de Adolescencia y Juventud actual Centro Juvenil «Futuro».

«Futuro» cubre diferentes áreas de acción dirigidas a apoyar de manera creciente las necesidades de los jóvenes en cuanto a la comprensión de su sexualidad y la provisión de información, educación y servicios acordes con su demanda, ayudando a los jóvenes a vivir su sexualidad de manera positiva, sana y responsable en el marco de sus derechos sexuales y reproductivos.

Tiene como objetivo principal, poner al alcance de las y los jóvenes servicios y actividades integrales y multidisciplinarias diseñadas para favorecer el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos, con el fin de lograr su desarrollo pleno en el ámbito personal, familiar y social.

Está dividido en las siguientes áreas:

- ▶▶ **DE PREVENCIÓN:** Proporciona información y capacitación a jóvenes, padres de familia, maestros o profesionales con relación al maltrato y trabajo con adolescentes.
- ▶▶ **DE ACTIVIDADES CULTURALES:** Orienta a los jóvenes en sus propios problemas e inquietudes a través de talleres, charlas, conferencias y jornadas motivacionales.
- ▶▶ **DE VOLUNTARIADO JUVENIL:** Incentiva la participación voluntaria de los y las jóvenes, a través del apoyo a las acciones del Centro Juvenil «Futuro», promoviendo los servicios del mismo, conduciendo los talleres educativos y elaborando materiales para jóvenes.

- ▶▶ **DE COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL:** Fomenta la comunicación y coordinación con las organizaciones juveniles que abarcan todos los aspectos del desarrollo de las y los jóvenes; así como coordina con profesionales de diferentes organizaciones para conocer mejor y atender las necesidades de la población joven.
- ▶▶ **DE DIFUSIÓN:** Difunde y promueve las actividades efectuadas por el Centro, a través de notas de prensa y entrevistas en diferentes medios de comunicación; asimismo, prestar apoyo profesional y hacer referencia al Centro y otros lugares para servicios que no son ofrecidos en el mismo.
- **DE ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN:** Diseña e implementa investigaciones que permitan un mayor conocimiento de la población objetivo (esta actividad está sujeta a financiamiento)

b) Proyecto Fortalecimiento Estratégico de Servicios para Jóvenes en 2 ciudades de Lima:

Este proyecto busca fortalecer y replicar las estrategias exitosas utilizadas en los proyectos juveniles del INPPARES, los cuales están enfocados a favorecer el desarrollo integral de las y los jóvenes con énfasis en su salud sexual y reproductiva, a través de las siguientes estrategias específicas:

- ▶▶ Brindar información, productos y servicios de calidad a los y las jóvenes que lo requieran.
- ▶▶ Reforzar la consejería en las diferentes áreas del proyecto.
- ▶▶ Utilizar espacios de comunicación dentro de los servicios, en las escuelas y en la calle, para fortalecer la relación entre padres e hijos.

- ▶▶ Crear un puente entre las/los jóvenes y los servicios, a través de actividades educativas y promocionales realizadas en sus propios espacios (por ejemplo, la calle)
- ▶▶ Utilizar una red de soporte social en atención integral de las diferentes organizaciones que trabajan con esta población objetivo.
- ▶▶ Promover la sostenibilidad y sustentabilidad de las acciones.
- ▶▶ Monitorear permanentemente las actividades del proyecto con énfasis en la medición de resultados.

Su objetivo principal es contribuir a mejorar la Salud Sexual y Reproductiva de las y los jóvenes a través de la expansión y/o fortalecimiento de los programas de jóvenes en 2 sedes del INPPARES – Perú (Lima y Chiclayo).

c) Proyecto YES!!®:

Este proyecto está diseñado para favorecer el acceso de las y los jóvenes a servicios integrales de salud, con énfasis en salud sexual y reproductiva. Trabaja sobre la base de estaciones educativas juveniles (Módulos YES!!), que están ubicadas en puntos estratégicos de la ciudad de Lima, en lugares donde frecuentemente se encuentran las y los jóvenes.

YES!!® busca incrementar en un 30% las consultas de adolescentes de ambos sexos a las clínicas periféricas del INPPARES, al funcionar como puente entre las y los jóvenes y los servicios médico-clínicos de la institución.

d) Proyecto Niños de la Calle:

Este proyecto busca contribuir con el desarrollo integral de los niños(as) y adolescentes que viven en la calle, en la Ciudad de Lima Metropolitana. Su principal objetivo es aumentar en 150 el número de niños(as) y adolescentes que, viviendo en la calle, reciben atención médica, psicosocial y educativa.

A través de este proyecto se brindan servicios médicos, psicosociales y educativos a 150 niños(as) y adolescentes y se busca sensibilizar a padres y madres de familia, para que apoyen a la reinserción en su hogar de las y los niños y adolescentes que viven actualmente en la calle.

e) Proyecto Mejoramiento de las condiciones de salud, educación, empleo y participación social de los jóvenes de Lima Metropolitana:

Este proyecto presenta un modelo de atenciones brindadas por organizaciones que trabajan con jóvenes en diferentes áreas (la Asociación de Scouts del Perú, el Colectivo Integral de Desarrollo y el INPPARES) y que se adicionan al trabajo que se viene desarrollando en el ámbito de políticas públicas y privadas. Se ha considerado el proyecto desde diferentes líneas de acción, con una visión global que ofrezca a las y los jóvenes diferentes alternativas de solución a problemas que ellas y ellos suelen vivir: desempleo, violencia, salud (en especial lo relacionado a la salud sexual y reproductiva), limitada o baja participación juvenil, entre otras.

Su objetivo principal es contribuir a elevar el nivel de Calidad de Vida de las y los jóvenes de estructuras socioeconómicas y culturales deprimidas de Lima Metropolitana, mejorando sus condiciones de salud (física y mental), socio-culturales y económicas.

Entre sus actividades podemos mencionar el desarrollo de Seminarios por los Derechos Juveniles, Cursos de Liderazgo, Seminarios de Desarrollo de la Comunidad, Charlas de motivación en Cultura Emprendedora, Desarrollo de campañas de promoción de salud integral, entre otros.

5.4. Experiencia personal en el Programa de Jóvenes del INPPARES

Mi experiencia profesional ha recibido una gran influencia de la mística de trabajo que envuelve al INPPARES en general, y al Programa de Jóvenes en especial.

Pertenezco a esta institución desde hace poco más de 14 años, cuando ingresé al entonces Centro Juvenil Futuro (actual Programa de Jóvenes) como promotora juvenil voluntaria, y desde entonces he seguido –casi sin proponérmelo—un proceso de especialización en temas relativos a jóvenes, que comprenden desde su salud sexual y reproductiva hasta la defensa y promoción de sus derechos sexuales y reproductivos.

Al contrario de muchos jóvenes que inician su paso por aulas universitarias desde los 17 ó 18 años, para posteriormente buscar espacios en los cuales poner en práctica lo aprendido; en mi caso, lo primero fue ganar la experiencia en el campo de trabajo y luego seguir la carrera que –desde mi perspectiva— podría darme un ordenamiento teórico que me permitiese sistematizar lo aprendido de manera adecuada.

Hasta 1996, recibí capacitaciones en temas relativos a salud sexual y salud reproductiva, prevención de embarazo no deseado y de ITS/VIH/SIDA, toma de decisiones, negociación y resolución de conflictos, entre otros. Esta capacitación me permitió, asimismo, manejar información que compartía con otras personas en charlas, talleres y otras actividades educativas en las que

era facilitadora o educadora. También me sirvió para representar al INPPARES en eventos internacionales como la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (Cairo, 1994) o la Reunión Regional sobre Sexualidad Adolescente (San José, 1996) por mencionar dos de carácter trascendental para las políticas mundiales y regionales en materia de población y juventud.

Fue en 1999 que ingresé al Proyecto YES!!® como Coordinadora de la Estación Educativa Juvenil de Ate Vitarte. En este cargo pude afinar mis habilidades de trabajo en equipo, así como de diseño de materiales educativos y estrategias de intervención con jóvenes. Desde entonces, he desempeñado otras labores ligadas al trabajo con este grupo etéreo (según consta en el punto 5.1. Trayectoria Profesional, de este Capítulo), y actualmente me desempeño como Responsable de la Estrategia Educativa Fuerza Joven, de la que soy coautora junto con la Lic. Angela Sebastiani, Directora de Operaciones de Inppares.

Fuerza Joven me ha permitido poner en práctica todo lo aprendido en la universidad respecto a mi especialidad, Comunicación Organizacional. El manejo de teorías de la comunicación en salud y de la comunicación educativa ha sido básico para el desarrollo de la metodología como tal, ya que ésta incluye no sólo la transmisión de información sino –más aún—la retroalimentación de experiencias y contenidos que vamos aprendiendo a lo largo de la vida.

Estoy segura que puedo desenvolverme con profesionalismo en mi campo, debido a que cuento con la experiencia del trabajo y los componentes teórico formativos me permiten diseñar proyectos y estrategias sobre una base científica concreta.

5.5. Problemática y contexto

5.5.1. Organizaciones paralelas

Como ya hemos mencionado, INPPARES es una organización no gubernamental que desarrolla programas y proyectos referidos a salud integral con énfasis en salud sexual y reproductiva.

Entre otras organizaciones que se desarrollan en temas similares, mencionaremos sólo algunos:

- ▶▶ Movimiento Manuela Ramos (mujer, salud, sexualidad, derechos)
- ▶▶ Asociación Flora Tristán (mujer, salud, sexualidad, derechos, ciudadanía)
- ▶▶ Movimiento El Pozo (mujer, sexualidad, derechos)
- ▶▶ Asociación Vía Libre (VIH / SIDA, salud sexual)
- ▶▶ Instituto de Educación y Salud – IES (jóvenes, salud, educación)
- ▶▶ Redess Jóvenes (jóvenes, derechos, políticas, salud)
- ▶▶ Movimiento Homosexual de Lima – MHOL (homosexualidad, derechos, VIH / SIDA)

Estas instituciones, como otras en el campo de la salud y sexualidad, integran en sus estrategias de intervención actividades dirigidas al empoderamiento²⁵ de grupos poblacionales que se consideran vulnerables por diversos motivos, estos son: mujeres, adolescentes y jóvenes, niñas y niños. Aunque los hombres no son considerados como población vulnerable, INPPARES es la única institución que ha desarrollado un programa médico clínico dirigido a esta población, debido justamente a sus características de invulnerabilidad que los exponen a situaciones de riesgo no controladas (accidentes de tránsito, enfermedades del aparato reproductivo, etc)

²⁵ «Empoderamiento», del inglés *Empowerment*, es un término utilizado en salud y desarrollo, así como en otras áreas del desarrollo social actual. Significa *dar el poder*, y su uso está muy ligado a poblaciones específicas en continuo estado de vulnerabilidad (jóvenes, mujeres y/o niños)

5.5.2. Problemas comunes en el campo de trabajo

Los problemas que con más frecuencia se observan en este campo de trabajo, son los relacionados con la poca sostenibilidad de las actividades y el financiamiento cada vez más reducido de las agencias donantes a proyectos de carácter social.

Los proyectos que se aprueban en la actualidad, por lo general, deben reunir ciertas características que aseguren al donante la continuidad de las acciones una vez finalizados los fondos. En el Perú, lamentablemente, son pocos los casos en los que las comunidades beneficiarias asumen la responsabilidad sobre la resolución de sus problemas, lo que hace prácticamente imposible la transferencia de la experiencia para su administración directa por parte de una comunidad. Esto se debe, sobre todo, a la política asistencialista establecida por cada uno de los gobiernos que asumieron la conducción del Estado en los últimos 30 años.

Por otro lado, la reciente coyuntura social y política que involucró acciones de desacreditación por parte del gobierno a las ONG que desarrollan proyectos referidos a salud sexual y reproductiva, derechos de mujeres y jóvenes, promoción y defensa de la anticoncepción de emergencia, etc., han hecho que nos encontremos con una campaña masiva de desinformación sobre la relevancia de trabajar estos temas. Para el común de la población tal vez parezca innecesario, pero los cada vez más elevados índices de embarazos no deseados y/o abortos, así como el número de personas con infecciones de transmisión sexual (que no sólo se reducen al SIDA) en aumento –por mencionar la *punta del iceberg* de esta problemática—nos indican que el trabajo en salud sexual y reproductiva sí es necesario para promover el

desarrollo social de los países del Tercer Mundo. Esperemos que la actual coyuntura se torne más favorable.

5.6. Descripción de Materiales Educativos para la Promoción de la Salud y Desarrollo Integral de Adolescentes y Jóvenes: Manual para la Prevención del Riesgo y CD Evoluseis.

Los materiales educativos del Programa de Jóvenes del INPPARES, han sido desarrollados con el aporte de diversas teorías para el cambio de comportamientos, cuyos aportes metodológicos y de contenidos han permitido el diseño y producción de manuales, CD interactivos y juegos educativos, de comprobado impacto y gran atractivo para nuestra población objetivo.

Quien suscribe el presente informe, ha sido activa partícipe en el diseño de materiales educativos dirigidos a la prevención de embarazos no deseados, infecciones de transmisión sexual (ITS) incluido el VIH/SIDA, abuso sexual, abortos, entre otros temas. Dos de los materiales con contenidos referentes a estos temas, serán explicados a continuación.

5.6.1. Manual para Jóvenes «Aprendiendo Juntos Prevención del Riesgo»

Este material fue desarrollado en el 2001, como parte de la Iniciativa de Cooperación Norte – Sur (financiada por IPPF / RHO²⁶), proyecto con el cual se hermanaron el Latin American Youth Center (Washington DC) y el Centro Juvenil Futuro del INPPARES (Lima) En ambos países se conformó un comité de adolescentes, quienes contribuyeron en la primera recopilación de

²⁶ IPPF, International Planned Parenthood Federation (Federación Internacional de Planificación Familiar), a la que INPPARES se encuentra afiliada en la Región Hemisferio Occidental (RHO).

contenidos, el diseño de la propuesta y la validación de las experiencias en sus propias comunidades. Las autoras finales del producto en mención son: Lic. Angela Sebastiani²⁷, Lic. Cristina Encinas, Psic. Patricia Espinoza y Com. Claudia Montalvo.

El Manual como tal es una herramienta que busca propiciar la reflexión en adolescentes y jóvenes sobre diferentes aspectos relacionados al riesgo, sus causas y consecuencias. Incluye actividades sobre estos temas, para ser realizadas entre jóvenes, de manera que se contribuya a fortalecerlos para enfrentar los riesgos de una manera saludable para sus vidas.

Pero, ¿porqué trabajar en el tema de riesgo? A lo largo de nuestras vidas asumimos diferentes riesgos que nos van dirigiendo a nuestro futuro. Lo ideal es que al afrontar un riesgo, estemos preparados ya sea para evitarlo –cuando es necesario—o enfrentarlo de la manera más informada y proactiva posible, con dos finalidades:

- Evitar las consecuencias negativas que éste pueda tener sobre nuestro desarrollo y nuestros planes.
- Saber cuándo y cómo tomar riesgos que son necesarios para superarnos en la vida.

Además, un aspecto importante de mencionar es que cuando se trabaja en prevención de riesgo, tendemos a olvidar que existen también «riesgos positivos» y que la vida consiste en tomar riesgos y decisiones diariamente. Por otro lado, todos tenemos el potencial para tener mayor o menor riesgo frente a las cosas; en la medida que identifiquemos este potencial de riesgo, podremos prevenir y actuar de acuerdo a nuestras necesidades, ya que la mayor parte de los factores de riesgo son o pueden ser modificables.

²⁷ La Lic. Angela Sebastiani es Directora de Operaciones del INPPARES y mi jefa inmediata superior.

Las nuevas tendencias del trabajo de prevención en la salud integral están dirigidas a trabajar en «Enfoque de Riesgo», esto significa que:

- Debemos reconocer en nosotros mismos qué tan expuestos estamos a determinados riesgos.
- Debemos aprender a detectar en nuestra comunidad a qué riesgos nos exponemos como individuos y como grupo humano.
- Debemos focalizar o concentrar nuestro trabajo en aquellos grupos o personas más expuestas al riesgo.

El Enfoque de Riesgo se basa en la probabilidad de que se produzca un hecho o daño en la salud en general de una persona y en cómo evitar esta posibilidad. La combinación de varios factores de riesgo en una misma persona, aumenta la posibilidad de experimentar daño en la salud. Por ejemplo: alguien que fuma, no hace ejercicios y toma alcohol, tiene mayor riesgo de sufrir un problema cardíaco.

En esta óptica se diseñó el Manual para Jóvenes Aprendiendo Juntos Prevención del Riesgo, el mismo que puede ser usado:

- Para organizar un pequeño curso, colocando un promedio de dos sesiones o ejercicios por día (cada sesión o ejercicio puede tomar un promedio de hora y media)
- Para dar una charla de introducción en alguna localidad, haciendo que por sorteo los participantes escojan el tema que desean trabajar. En ese caso se debe reducir el ejercicio para que tome un promedio de 45 minutos (una hora académica)

Cada sesión de trabajo y sus actividades, se plantean de manera sugerida, así que las y los jóvenes que decidan utilizar el Manual podrán hacer todas las

adaptaciones y mejoras que deseen, tratando en lo posible de no perder el espíritu del tema.

Un aspecto interesante de mencionar, es que una de las sesiones de este Manual consiste en una escala de autovaloración de riesgo (*Midiendo nuestro riesgo...*), la cual puede ser aplicada indistintamente al inicio y/o al final del conjunto de sesiones para que las y los jóvenes participantes puedan realizar una autorreflexión sobre el nivel de riesgo en el que se encuentran, con el fin de tomar las decisiones pertinentes para mejorar o fortalecer su situación (de ser necesario)

Además, cada sesión, tema o fascículo de este Manual, está dividido de la siguiente forma:

- ▶▶ Una pequeña introducción al tema.
- ▶▶ Definiciones básicas sobre el tema.
- ▶▶ Una o dos preguntas que introducen al ejercicio y que deben ser resueltas de manera general.
- ▶▶ Una sección que invita a realizar una actividad específica, explicándola paso a paso.
- ▶▶ Una sección de recursos e ideas para la actividad.
- ▶▶ Dos o tres preguntas para el final de la actividad, a las que debe dárseles suficiente espacio para el análisis.
- ▶▶ Una sección con los conocimientos mínimos con los que deben salir los participantes de la sesión (*Asegúrate de decir...*) El responsable de la actividad podrá copiar estas frases en láminas y exponerlas al final de la sesión.
- ▶▶ Por último, tiene una frase de algún personaje famoso relacionada al tema tratado en la sesión, que podemos usar como mensaje final para el grupo.

Por ejemplo: *No quiero estar libre de peligros, sólo quiero valor para afrontarlos (Marcel)*

Este Manual fue desarrollado en un formato especial e innovador²⁸, utilizando como estuche una caja vacía de CD, cuyo contenido consta de 13 fascículos impresos en colores vivaces y llamativos (todo esto con el fin de resultarle atractivo a las y los jóvenes beneficiarios de esta estrategia) Los temas que desarrolla en cada fascículo, son:

- 1** Herramienta para la prevención del riesgo (Introducción al tema para usuarios del Manual)
- 2** El riesgo... (Conceptos de Riesgo Positivo y Riesgo Negativo)
- 3** El riesgo en mi comunidad... (Análisis de los riesgos a los que se pueden ver expuestos en sus comunidades y cómo hacerles frente)
- 4** El riesgo de la violencia... (Tipos de violencia, mitos y tabúes respecto a este tema)
- 5** Nosotros frente al riesgo... (Autoestima, salud y aprobación social, con énfasis en el autocuidado)
- 6** El riesgo de no tener una visión de nuestro futuro... (Cómo trazar un Plan o Proyecto de vida)
- 7** El riesgo de no controlar nuestras emociones... (Aspectos relativos al comportamiento emocional de las y los jóvenes, con énfasis en manejo de emociones)
- 8** Riesgo en nuestras relaciones con los demás... (Tanto las relaciones de pareja, como aquellas que establecemos con amigos, familiares, etc.)
- 9** El riesgo de las relaciones sexuales... (Enfoque preventivo para evitar embarazos no deseados, abortos, ITS/VIH/SIDA, etc.)

²⁸ Se adjunta una muestra de este material.

10 El riesgo del consumo de drogas y alcohol... (Dirigido a reflexionar sobre todas las demás acciones que se pueden desarrollar para sentirnos bien, sin necesidad de recurrir a las drogas legales o ilegales)

11 El riesgo en las conductas temerarias... (Análisis de la sensación de invulnerabilidad que pueden tener las y los jóvenes, con el fin de reconocer los riesgos a los que puede llevarlos esta actitud)

12 Otros riesgos... (Desempleo, enfermedad, bancarrota, ser despreciados por quien(es) amamos, todo aquello que puede ponernos en aprietos y cómo podemos hacer para no sentirnos incapaces de afrontar y resolver estas situaciones)

Midiendo nuestro riesgo... (Cuestionario de autoevaluación del riesgo)

Este Manual se utiliza actualmente en varios Proyectos del INPPARES dirigidos a jóvenes, como estrategia educativa que permite la participación activa de esta población en un proceso de formación y autoaprendizaje.

5.6.2. CD Evoluseis

El trabajo con tecnología multimedia ha demostrado ser efectivo para lograr un impacto positivo en los conocimientos y actitudes de las y los jóvenes. Es por ello que en INPPARES se considera importante para efectos de la consecución de los objetivos de los proyectos dirigidos a jóvenes, elaborar CD Educativos Interactivos. Nuestra experiencia en este campo incluye los siguientes productos:

► **Isabel, tu consejera informática.** Módulo interactivo que permite a los usuarios y usuarias acceder a información sobre sexualidad desde una perspectiva general, incluyendo temas como autoestima, paternidad / maternidad responsable, machismo, aspectos físicos y biológicos del hombre y la mujer, etc.²⁹

²⁹ El módulo se construyó para hacer que esta estrategia educativa fuera de fácil acceso a públicos variados, de manera que se traslada de un servicio del INPPARES a otro y permanece en éste por un tiempo determinado, antes de volver a cambiar de ubicación.

» **Planeta Riesgo X.** CD interactivo que trata el tema de prevención de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), incluyendo el VIH / SIDA. Este CD permite a los usuarios navegar por un mundo imaginario en el que dos jóvenes cibernéticos exploran planetas en el espacio exterior. Uno de esos planetas, es *Riesgo X*. El CD como tal, ha resultado ser una herramienta sumamente didáctica para el trabajo con jóvenes, ya que les permite decidir qué información recibir y, con la base de lo aprendido, acercarse a las y los consejeros para resolver sus dudas en forma más específica.

» **Inesperado.** CD interactivo que trata el tema de prevención del embarazo no deseado con tres tipos de público adolescente y joven: el primero, aquellos que aún no son sexualmente activos; el segundo, aquellos que son sexualmente activos; y el tercero, mujeres que sospechan estar embarazadas y hombres que sospechan haber embarazado a su pareja. *Inesperado* fue desarrollado en el marco del Proyecto YES!!®; quien suscribe el presente Informe fue miembro del equipo de validación de contenidos y diseño gráfico para este material.

El CD Evoluseis —llamado así porque trabaja en seis etapas y en forma de juego los aspectos de desarrollo integral de las y los jóvenes— también fue diseñado con el fin de permitir a esta población el acceso a información confiable y entretenida sobre su desarrollo personal. En la realización de este material, estuve a cargo —junto con la Lic. Angela Sebastiani— de los contenidos y metodología con que se desarrollarían los juegos. La parte creativa y de multimedia estuvo a cargo de la Lic. Maricel Gonzales. La diferencia entre este material y los anteriormente mencionados, radica en que Evoluseis es, en su totalidad, un juego que le plantea retos a cada

participante, todos relacionados con aspectos que pueden adaptarse a diferentes circunstancias de la vida diaria.

Evoluseis fue desarrollado en el marco del «Proyecto Mejoramiento de las condiciones de salud, educación, empleo y participación social de las y los jóvenes de Lima Metropolitana», financiado por la Unión Europea.³⁰ El diseño de los objetivos educativos se basó en el MACPRO (Metodología de Actualización Constante del Programa de Jóvenes), elaborado por la Oficina Scout Iberoamericana – OSI. Los temas seleccionados para el diseño de Evoluseis son Corporalidad, Carácter, Sociabilidad, Creatividad, Espiritualidad y Afectividad.

La idea principal sobre este CD interactivo, es que las y los jóvenes que lo jueguen puedan aprender más de sí mismos a medida que avanzan en la consecución del Gran Reto (o premio final), lo que les permitirá conocerse con el fin de lograr un desarrollo personal óptimo. Cuando un o una joven concluyen el juego (previsto para 4 horas, aunque no es necesario que se juegue de corrido), recibe los siguientes mensajes que refuerzan su autoestima y promueven el deseo de superación:

¡Felicitaciones! Lo has logrado... has descubierto tu verdadero ser...

[En Corporalidad] *Has aprendido a valorar y cuidar tu cuerpo, reconoces los cambios por los que estás atravesando y buscas siempre un desarrollo armónico y sano.*

[En Carácter] *Eres una persona íntegra, libre, noble de pensamiento y recta de corazón, de voluntad fuerte, responsable de ti mismo(a) Has optado por un proyecto personal para tu vida y tratas siempre de ser coherente entre lo que dices ser y lo que en realidad eres. Reconoces tus puntos débiles y tratas de corregirlos; te aceptas tal y como eres.*

³⁰ El Proyecto «Mejoramiento de las condiciones de salud, educación, empleo y participación social de las y los jóvenes de Lima Metropolitana», fue ejecutado por INPPARES en convenio con dos organizaciones que trabajan con y para jóvenes: Colectivo Integral de Desarrollo (CID) y Asociación Scouts del Perú.

[En Sociabilidad] *Tienes capacidad de servicio, eres solidaria(o) con tu comunidad, defensor(a) de tus derechos y respetuosa(a) de los derechos de los demás. Estás comprometido(a) con la democracia y el desarrollo de tu país, amas la justicia, promueves la paz y valoras el trabajo humano, te esfuerzas por ser cada día un mejor ciudadano(a)*

[En Creatividad] *Eres una persona creativa, que se esfuerza por dejar el mundo mejor de como lo encontraste. Estás comprometida(o) con la defensa de la naturaleza. Te interesa aprender continuamente y siempre estás en búsqueda de pistas aún no exploradas. Te gusta hacer bien tu trabajo.*

[En Espiritualidad] *Sabes lo importante que es tu lado espiritual y te encaminas al encuentro con tu fe, sea cual fuere. Manifiestas tu rectitud a través de una vivencia acorde entre tu conducta y tu pensamiento. No dependes de las cosas materiales. Estás siempre abierto al diálogo y la comprensión. Respetas las opciones de fe de los demás.*

[En Afectividad] *Eres una persona capaz de dar y recibir afecto y compartir sentimientos profundos con otros. Te gusta relacionarte con los demás en un marco de respeto y aceptación. Si en el futuro formas una familia lo harás sobre la base del amor, comunicación y responsabilidad. Reconoces tu dignidad como ser humano y aceptas, valoras y respetas la dignidad de los demás.*

Sigue el camino de tu evolución como hasta ahora... Recuerda que los seres humanos jamás dejamos de aprender y crecer como personas. Ahora ya sabes cuál es tu verdadera esencia... sólo recurre a ella cuando la necesites.

Nuestra meta al crear Evoluseis es conseguir que las y los jóvenes que accedan a esta herramienta educativa, puedan llegar a tener un perfil que les permita avanzar en su evolución hacia seres humanos cada vez mejores. Somos conscientes que

esto no es algo que se pueda conseguir de la noche a la mañana, sin embargo, como estrategia innovadora, Evoluseis se presenta como una opción interesante para «enseñar» –o simplemente abordar— el tema de valores.

5.7. Descripción de Metodología Innovadora en el trabajo con jóvenes: Estrategia Educativa Fuerza Joven.

Fuerza Joven es una estrategia educativa que abarca diferentes temas clave para el desarrollo integral juvenil, y que busca involucrar en este proceso a padres, madres y docentes, como personas influyentes e importantes en el entorno de los y las jóvenes.

Se llama Fuerza Joven porque se refiere a la capacidad que tenemos las personas de enfocar nuestra energía y esfuerzo en lograr lo que queremos (característica sumamente asociada a los jóvenes), y que en este caso se refiere a ser personas íntegras con valores y conocimientos sólidos en los temas trabajados.

Fuerza Joven fue diseñada como una alternativa educativa para el sistema formal de educación (colegios), en respuesta a la demanda continua por información confiable, de calidad y –sobre todo—con una metodología divertida que acercara a jóvenes y adultos al tema de sexualidad.

Lo que se busca es que las y los jóvenes puedan detectar cuáles son sus necesidades concretas, así como las estrategias de autocuidado que requieren para su desarrollo personal; que incrementen los niveles de promoción y prevención, partiendo de la base de que ellas y ellos estarán capacitados para ejercer una labor preventiva en favor de sí mismos y de su entorno (esta estrategia enfatiza la importancia de la participación social juvenil);

finalmente, se espera permitir el análisis y reducir la desigualdad de oportunidades basadas en la inequidad de género.

La aplicación piloto de esta estrategia fue realizada en 16 colegios del Perú (8 en Lima y 8 en Chiclayo) en un periodo de 8 meses, con jóvenes de 3º a 5º de secundaria cuya edad promedio es 15 años. En total llegamos a más de 400 jóvenes.

En el siguiente cuadro³¹ se explica el total de atenciones³² realizadas a lo largo de esta aplicación piloto:

Los ejes temáticos clave de esta estrategia, son:

1. DESARROLLO PERSONAL: referido a la capacidad de los individuos

de conocerse y establecer un vínculo individual, familiar y social, en a

2. DERECHOS: se refiere a la capacidad de las personas para acceder

un marco de respeto a sí mismo y a los demás. Existen muchos derechos,

pero no todas las personas los conocen y los ejercen plenamente, entendiendo este proceso como **ejercicio ciudadano**. Si una persona no aprende a lo largo de su vida a ser ciudadano, no contribuye para nada a su desarrollo ni al de su comunidad.

Lima	64	226	888	98	226	
Chiclayo	64	212	643	92	278	

³¹ Este cuadro fue desarrollado para su inclusión en cada informe dirigido al donante. La información consignada variaba de semestre a semestre. La información actual corresponde al Informe Final presentado en julio de este año.

³² Por «atenciones realizadas» se entiende al número de veces que una misma persona utiliza un mismo servicio o programa. Esto se utiliza para evitar duplicar la información, haciendo constar que una vez que un/a usuario/a deja de nuevo/a y pasa a ser control, no se considera persona atendida sino atenciones realizadas.

3. EQUIDAD DE GENERO: entendida como la capacidad de desarrollar el máximo potencial como seres humanos de manera independiente a nuestro sexo físico (hombre / mujer) Así, una **educación en equidad de genero** permitirá que los hombres puedan expresar emociones y afectos, y que las mujeres tengan las mismas posibilidades de acceso a recursos como la educación y el empleo.

Cada eje es transversal a la Estrategia y es abordado en todas las sesiones de trabajo tanto con jóvenes como con adultos (4 con jóvenes, 3 con adultos y 1 conjunta). El programa cuenta con las siguientes sesiones:

Con jóvenes:

Sesión 1: Conociéndome

Sesión 2: Cuidándome

Sesión 3: Mis relaciones

Sesión 4: Mi futuro

Con adultos:

Sesión 1: Conociendo a las y los adolescentes

Sesión 2: Comunicándonos con nuestros jóvenes

Sesión 3: Educando para la vida sexual y afectiva

Con jóvenes y adultos:

Sesión Especial Conjunta: Aprendamos a negociar y resolver conflictos

Fuerza Joven también busca favorecer mecanismos de promoción de la salud, bienestar y desarrollo, entre los que podemos mencionar:

1. REFUERZO DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES Y PREVENCIÓN

DEL RIESGO: una de las actividades que debe ser desarrollada permanentemente por los jóvenes –así como por los adultos que los rodean—es reforzar los estilos de vida saludables, entendidos estos como aquellos en los cuales las y los jóvenes reconocen sus debilidades, refuerzan

sus fortalezas y aprenden a evitar y/o enfrentar los riesgos a los que están expuestos. Implica además la creación y promoción de un medio ambiente saludable, en el que se vuelve sumamente importante el papel de los adultos y de la comunidad en general.

2. REFUERZO DE LA PARTICIPACIÓN SOCIAL JUVENIL: está referida a la capacidad y potencial de los y las jóvenes, de ser agentes de su propio desarrollo. Con las herramientas adecuadas, un grupo de jóvenes puede desarrollar cambios en su comunidad y entorno inmediato, los mismos que se reflejarán en un mejor ejercicio ciudadano.

3. REFUERZO DE ENFOQUES INTEGRADOS DE TRABAJO ENTRE JÓVENES Y ADULTOS: uno de los ejes principales de Fuerza Joven se relaciona con la capacidad de jóvenes y adultos de interactuar positivamente entre sí. Fuerza Joven espera ayudar a cerrar la brecha entre las generaciones y establecer puentes de comunicación, afecto y respeto.

Esta propuesta educativa se ejecuta con educadores profesionales (mayores de 25 años) y jóvenes (menores de 25 años) capacitados en temas relativos a desarrollo integral del adolescente y en el manejo de metodologías apropiadas para lograr el mayor impacto por sesión. Sin embargo, es necesario recalcar que son los mismos jóvenes, padres, madres y docentes participantes del Fuerza Joven, quienes tienen un papel protagonista en la ejecución del mismo, ya que es sobre la base de sus experiencias que se obtiene la riqueza y éxito del programa. Asimismo, los educadores y educadoras de Fuerza Joven son:

- Personas con un gran interés por promover el desarrollo integral de las y los adolescentes.

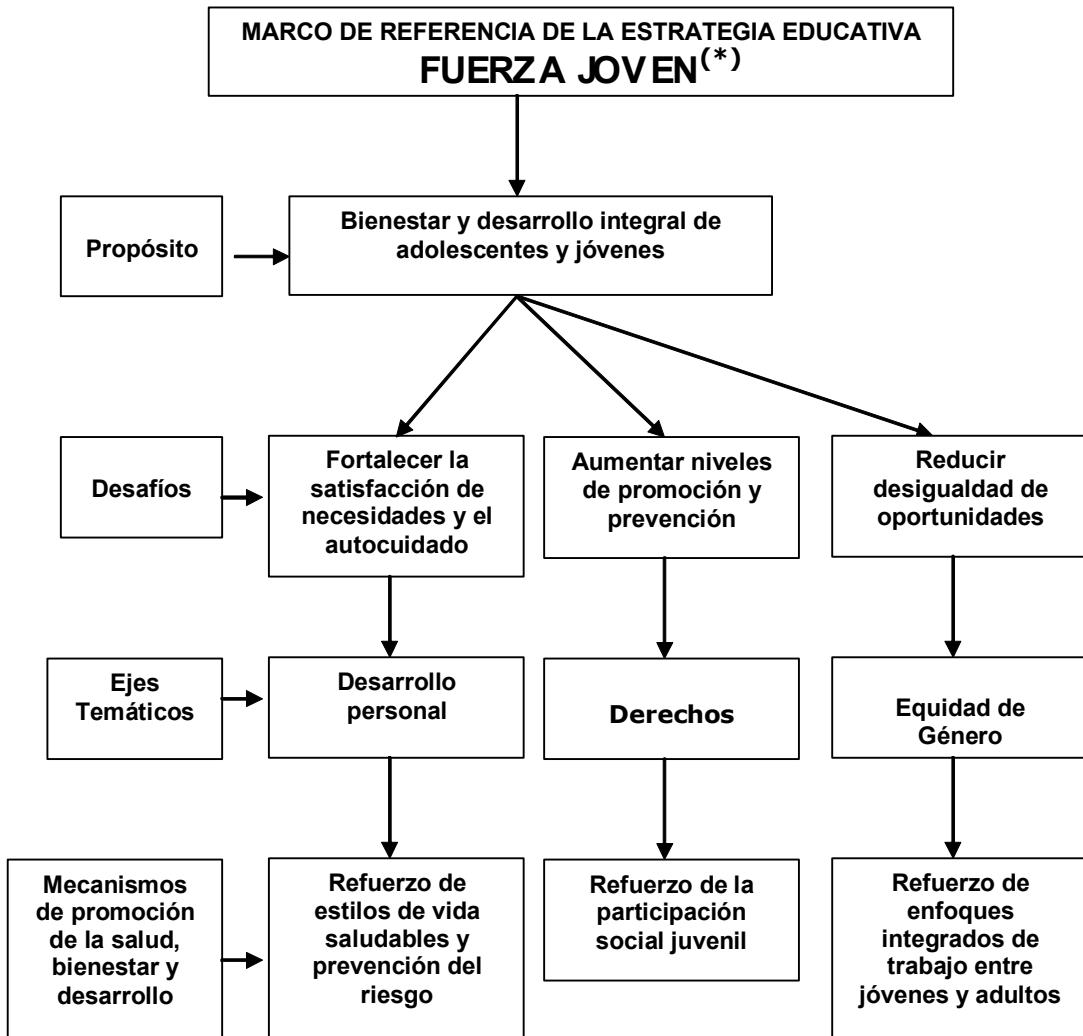
- Que reconocen la importancia de involucrar activamente en este proceso a quienes forman parte del entorno de las y los jóvenes (familia, escuela, sociedad, etc.).
- Que promueven los derechos sexuales y reproductivos de las y los jóvenes.
- Que tienen un manejo amplio de temas como: sexualidad, salud sexual y reproductiva, derechos sexuales y reproductivos, habilidades para la vida, comunicación asertiva, entre otros.
- Que se autocapacitan permanentemente para poder brindar la mejor información a quienes se lo soliciten.
- Que no tienen prejuicios ni emiten juicios de valor sobre los pensamientos, actitudes y prácticas de las y los jóvenes (y otros públicos) con los cuales trabajan.
- Que son honestos consigo mismos y con los demás.
- Que demuestran perseverancia.
- Que son confiables.
- Con capacidad de comunicación y cualidades de asertividad.
- Que se comprometen cabalmente en su labor educativa y asumen plenamente la responsabilidad en sus actos.
- Que respetan y se hacen respetar.

En la figura 6 se muestra el Marco de referencia de la Estrategia Educativa, sobre el que se basa el desarrollo del programa educativo como tal.

Como Programa Educativo, Fuerza Joven está dirigido a un público objetivo principal y a dos públicos objetivos secundarios:

A) Público Objetivo Principal: adolescentes hombres y mujeres, que se encuentran dentro del sistema escolar, y que pueden o no haber recibido capacitación previa en temas de sexualidad y salud sexual y reproductiva

FIGURA N° 6



(*) Basado en: **Marco de referencia para la promoción de la salud integral del adolescente. OPS.**

(además de lo establecido por la currícula escolar del Ministerio de Educación)

B) Público Objetivo Secundario: padres / madres y docentes³³ de los adolescentes que forman parte del público objetivo principal.

La idea es llegar al núcleo en el que se desarrollan las y los adolescentes, motivarlos para su participación en la estrategia e involucrar activa y directamente a sus padres, madres y docentes en el proceso de enseñanza-aprendizaje.

La estructura metodológica de Fuerza Joven está basada en los siguientes pilares teóricos:

- » Experiencia Demostrativa (ED)
- » Teoría constructivista de la educación
- » Desarrollo de comunidades saludables
- » Escuelas promotoras de salud
- » Estilos de vida saludables y habilidades para la vida
- » Teoría de resiliencia y riesgo

La Experiencia Demostrativa ya fue explicada en el marco teórico del presente Informe. A continuación brindaremos una breve explicación de cada de las otras teorías.

a) Teoría Constructivista de la Educación

La Teoría Constructivista de la Educación supone centrar el conocimiento en el sujeto, reconociéndole un rol activo en la construcción de nuevos aprendizajes y aceptando también la influencia que éste tiene en su entorno inmediato sobre la base de los conocimientos generados.

³³ Consideramos a padres / madres y docentes como público secundario, debido a que su participación está directamente relacionada con el lazo que los une a los y las adolescentes que participan de la estrategia.

Esta teoría tiene sus bases en la psicología constructivista, la misma que plantea que «el desarrollo individual, incluyendo las facultades mentales superiores, está radicado en interacciones sociales... Por lo tanto, el desarrollo del conocimiento no se centra sólo en el individuo, sino en lo que éste llega a aprender y comprender mediante las interacciones sociales».³⁴

Asimismo, esta teoría nos dice que la interacción social e involucrar al adolescente en la solución de problemas con sus pares y adultos, es la base para la mente en desarrollo, y que esta misma interacción puede facilitar su participación en el desarrollo de prácticas culturales y normas sociales.

b) Desarrollo de comunidades saludables

Como parte de su estrategia de intervención, Fuerza Joven apoya la iniciativa de Municipios y Comunidades Saludables de la OPS, entendida ésta como la promoción de la salud en un espacio geográfico y con los grupos de población involucrados asumiendo compromisos y ejecutando acciones que mejorarán continuamente las condiciones sociales que producen la salud y el bienestar para todas las personas que viven en ese ambiente.

Este programa sienta las bases de la participación comunitaria a través de la formación ciudadana y promueve el liderazgo en la promoción de la salud y el desarrollo; contribuye también a los procesos de descentralización de la salud y la educación, generando procesos educativos locales que parten de la base de las necesidades específicas de esta población.

El movimiento de comunidades saludables, procura construir y fortalecer las alianzas multisectoriales para mejorar las condiciones sociales y sanitarias en los espacios donde viven las personas, abogando por la formulación de una política pública saludable, el mantenimiento de ambientes sanos y la promoción de estilos de vida saludables.

³⁴ L. Mangrulkar; C.V. Whitman; M. Posner (2001). Fundamentos teóricos del enfoque de habilidades para la vida. En: *Enfoque de habilidades para la vida para un desarrollo saludable de niños y adolescentes*. OPS. ASDI – Agencia Sueca de Cooperación Internacional para el Desarrollo.

c) Escuelas promotoras de salud

Del mismo modo, y enmarcado en su estrategia educativa, Fuerza Joven apoya la iniciativa de la OPS sobre Escuelas Promotoras de Salud. El fin de esta iniciativa es el de formar futuras generaciones que dispongan del conocimiento, las habilidades y destrezas necesarias para promover y cuidar su salud, así como la de su familia y comunidad; asimismo, busca crear y mantener ambientes de estudio, trabajo y convivencia saludables.

Esta iniciativa tiene un enfoque integral e innovador que responde a las nuevas dinámicas sociales, políticas y económicas en las que están inmersos nuestros jóvenes, utilizando metodologías educativas formadoras de habilidades y destrezas que hacen de la vida escolar una oportunidad para el desarrollo humano, la paz y la equidad.

Las escuelas promotoras de salud se basan en las necesidades de alumnos y alumnas en cada etapa de su desarrollo y acorde a las características individuales, culturales y de género. La educación integral y participativa, favorece así la autoestima y la capacidad de los jóvenes para formar hábitos y estilos de vida saludables y su potencial para insertarse productivamente en la sociedad. Por ello busca desarrollar conocimientos, habilidades y destrezas, y no sólo impartir información. El enfoque de la educación en salud se basa en valores positivos para fortalecer con los adolescentes sus habilidades para la vida.

d) Estilos de vida saludables

Los estilos de vida saludables están referidos al análisis de las formas de ser, el comportamiento, los sentimientos y las interrelaciones que establecen las personas consigo mismas y con su medio. Obviamente, los estilos de vida están marcados por aspectos culturales, económicos, políticos, sociales, así como por características individuales.

La importancia de trabajar los estilos de vida es que estos son flexibles, educables y pueden cambiarse de modo tal que la persona pueda desarrollar una vida sana y productiva. Es en la etapa escolar en donde se refuerzan las bases (adquiridas en el hogar) para un determinado estilo de vida. Desarrollar un estilo de vida saludable requerirá de una intervención específica en el caso de jóvenes urbanos o rurales, con o sin capacidad adquisitiva, etc.

e) **Habilidades para la vida**

Como estrategia educativa, Fuerza Joven busca propiciar el desarrollo de habilidades para la vida, tanto de las y los jóvenes como de quienes forman parte de su entorno familiar, educativo y social. La OPS (Organización Panamericana de la Salud) destaca tres categorías de habilidades, las mismas que no se emplean en forma separada, sino que cada una se complementa y refuerza.³⁵ El cuadro 8 describe cada una de estas categorías:

CUADRO N° 8

Habilidades para la vida			
	Habilidades sociales	Habilidades cognitivas	Habilidades para el control de las emociones
HABILIDADES	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Habilidades de comunicación <input type="checkbox"/> Habilidades de negociación / rechazo <input type="checkbox"/> Habilidades de aserción <input type="checkbox"/> Habilidades interpersonales (para desarrollar relaciones sanas) <input type="checkbox"/> Habilidades de cooperación <input type="checkbox"/> Empatía y toma de perspectivas 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Habilidades de toma de decisiones / solución de problemas <input type="checkbox"/> Comprensión de las consecuencias de las acciones <input type="checkbox"/> Determinación de soluciones alternas para los problemas <input type="checkbox"/> Habilidades de pensamiento crítico <input type="checkbox"/> Análisis de la influencia de sus pares y de los medios de comunicación <input type="checkbox"/> Análisis de las propias percepciones de las normas y creencias sociales <input type="checkbox"/> Autoevaluación y clarificación de valores 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Control del estrés <input type="checkbox"/> Control de los sentimientos, incluyendo la ira <input type="checkbox"/> Habilidades para aumentar el locus de control interno (manejo de sí mismo, monitoreo de sí mismo)

³⁵ Ibid.

En Fuerza Joven se parte de la teoría del aprendizaje vivencial, es decir, desde la perspectiva que las personas con las cuales interactuamos en el proceso educativo, tienen sus propios contenidos (conocimientos, creencias, mitos, realidades, etc.) aprendidos y desarrollados en espacios como el hogar, la escuela y la calle, los mismos que se buscará sean expuestos en cada sesión. En este marco, la metodología para desarrollar habilidades resulta más efectiva no sólo por el uso de métodos de enseñanza interactivos, sino que las habilidades aprendidas a través de la interacción, el uso de los juegos de rol, los debates abiertos, las actividades en grupos pequeños y otras técnicas, son parte integrante del enfoque.³⁶

Como resultado de la interacción, tendremos que los participantes (jóvenes y adultos) saldrán de este proceso con una fuerte motivación al cambio y a la exploración personal.

f) Teoría de resiliencia y riesgo³⁷

La teoría de resiliencia y riesgo trata de explicar porqué algunas personas responden mejor al estrés y la adversidad que otras. La teoría de resiliencia supone que hay factores internos y externos que protegen contra el estrés social o el riesgo de la pobreza, la ansiedad o el abuso. Si un adolescente cuenta con factores protectores fuertes, podrá resistir las conductas poco saludables que a menudo resultan de estos elementos de estrés o de riesgo. Los factores de protección interna incluyen la autoestima y el control interno, mientras que los factores externos son principalmente el apoyo social de la familia y la comunidad, tales como modelos positivos o servicios de salud. Las características que distinguen a los jóvenes adaptables son la capacidad social, las habilidades de resolución de conflictos, autonomía y tener un sentido

³⁶ Al respecto de actividades interactivas, entendemos por éstas a las que involucran a los participantes en modos activos y positivos y en las que estos prestan atención, reflexionan y están activamente involucrados.

³⁷ Ob. Cit. L. Mangrulkar; C.V. Whitman; M. Posner. (2001)

de propósito. Aunque el medio social de estos individuos está marcado por el riesgo, también tienen cualidades protectoras, incluyendo personas que se preocupan y les apoyan, así como grandes expectativas y oportunidades de participación y compromiso.

Comprender la relación del adolescente con su medio ambiente es la base de lo que a menudo se llama un enfoque amplio de prevención. Tal enfoque emplea estrategias que aumentan al máximo la resiliencia y minimizan el riesgo, involucrando no sólo al joven, sino también a la familia y la comunidad, a los proveedores y otros profesionales en el servicio de salud.

El **Programa Educativo Fuerza Joven** que se desarrolla en cada colegio de intervención, cuenta con el siguiente esquema:

1. Reglas de juego o Compromiso para cada Sesión³⁸:

Estas son las reglas para cada sesión:

- El Programa Fuerza Joven está diseñado para ser desarrollado en un ambiente de respeto mutuo en el que TODOS tenemos algo que decir y algo que aprender,
- Escucharemos a los demás con RESPETO y expondremos nuestras ideas sin herir los sentimientos de los demás,
- Nuestra participación no sólo es importante sino NECESARIA, porque nuestro colegio ha sido seleccionado entre muchos otros para recibir una preparación que los demás no tienen, entonces ES NUESTRO DEBER sacarle el máximo provecho a esta oportunidad,
- ES NUESTRO DERECHO decirle al coordinador o coordinadora de sesión cuando no entendemos algo, para poder discutirlo hasta que sea claro para todos,

³⁸ Este texto debe ser ubicado en un lugar visible, para que quede establecido como las reglas básicas de desarrollo del Programa Educativo.

- ❑ ES NUESTRO DEBER ser puntuales y asistir a todas las sesiones, para poder obtener el máximo beneficio de lo que en éstas se trabaje.

2. Duración de cada sesión: Cada sesión está programada para realizarse en 3 horas académicas de 45 minutos cada una (135 minutos en total).

En el caso de los jóvenes, se recomienda que sean las 3 últimas horas de un día habitual de clases o que se programe fuera de este horario, con el fin de evitar que el Programa Educativo Fuerza Joven interfiera con sus cotidianas labores de aprendizaje y para propiciar que los participantes puedan estar concentrados en los temas. Se recomienda una sesión por semana hasta llegar a cuatro (aproximadamente un mes)

En el caso de los padres, madres y docentes, se recomienda dos sesiones por mes durante mes y medio (3 sesiones en total).

Para la sesión en conjunto, ésta puede planearse una vez finalizada la aplicación de las sesiones de jóvenes y adultos por separado.

Se hace hincapié en que el facilitador debe manejar apropiadamente los tiempos disponibles para el desarrollo de cada dinámica por sesión.

3. Sesión Modelo:

Fase 1: DE INTRODUCCIÓN

El facilitador pone en algún lugar visible el tema a trabajar en la sesión y las preguntas que se buscará resolver con el desarrollo de la misma desde las ópticas de Desarrollo Personal, Derechos y Equidad de Género (Preguntas Clave de la Sesión). También debe recordarle a los participantes las «Reglas de la Sesión». Esta fase no toma más de 5 minutos.

Fase 2: DE EXPLORACIÓN

En esta etapa el facilitador dedica 10 minutos a explorar qué conocen las y los participantes sobre el tema a tratar en la sesión, para lo cual utiliza diferentes técnicas, en especial la lluvia de ideas (conversación sobre el tema de la sesión). En la medida de lo posible hace preguntas abiertas con las cuales los participantes no se sientan directamente evaluados, por ejemplo: *¿Qué se entiende por conocerse a sí mismo?*

Fase 3: DE EXPERIENCIA

En esta etapa –la más larga de la sesión—se desarrollan las dinámicas de acuerdo a lo programado. En total, se dedica por lo menos 1 hora 20 minutos a esta fase. Cada una de las dinámicas o ejercicios que se trabajan tienen un objetivo que busca desarrollar una habilidad en las y los participantes. Las técnicas son participativas, reflexivas y hacen énfasis en lo lúdico sin dejar de lado los aprendizajes conceptuales directos. Para cerrar cada dinámica el facilitador cuenta en el Manual con dos o tres preguntas que permiten el análisis sobre los temas trabajados. En necesario anotar que el 95% de las dinámicas cuentan con *Hojas de Recursos para el Facilitador*, las mismas que pueden servir tanto para ejercicios individuales como grupales, dependiendo del tipo de metodología empleada.

Fase 4: DE ANÁLISIS Y RECAPITULACIÓN

En esta etapa se recogen los aprendizajes obtenidos y se resuelven las dudas que las y los participantes puedan tener sobre el tema. También se lee con ellas y ellos la *Información para el Cierre de la Sesión* que cuenta con los contenidos clave de la misma. Esta información les es entregada en fotocopias

junto con uno de los ejercicios escritos sobre los temas desarrollados. Esta etapa toma no más de 20 minutos.

Fase 5: DE EVALUACIÓN

Además de buscar la forma para que el grupo transmita realmente qué aspectos clave quedaron, se recogen opiniones y sugerencias para llevar este tema a otros grupos. Junto con la evaluación (que no dura más de 10 minutos) se hace una actividad de 10 minutos (*¿Qué aprendimos hoy?*) para dar a los participantes la oportunidad de expresar de la manera que ellos elijan (gráfica, artística, verbal, escrita) el tema que más les haya impactado en términos de aprendizaje del taller realizado.

Lo más importante del Programa Fuerza Joven es que, como programa educativo, debe ser entendido como un proceso de aprendizaje mutuo y continuo, en el que el facilitador no tiene un papel protagónico (sólo debe transmitir mensajes clave) Fuerza Joven, entonces, parte de la base de lo que sabe el grupo y qué es lo importante para éste –y sólo éste—grupo. Por ello es necesario buscar la forma de que la experiencia de los participantes (lo aprendido o interiorizado) se exprese a través de alguna actividad que pueda ser sistematizada para futuros talleres.

Es importante puntualizar, sin embargo, que Fuerza Joven está concebido como un espacio de conversación en el que no está previsto solucionar todas las dudas e inquietudes de las y los participantes, mas sí motivarlos a la búsqueda personal de información y cambio de comportamientos.

Lo ideal es que Fuerza Joven no se desarrolle de corrido (es decir, un día tras otro), lo que permitirá brindar espacios para que el grupo intercambie experiencias y opiniones, y haga llegar éstas a los demás miembros del ambiente educativo (padres, maestros, otros alumnos/as). Una sesión por semana sería lo adecuado, ya que los programas educativos que tienen un

mayor impacto son aquellos que se mantienen en el largo plazo; esto favorecería también la evaluación, ya que entre la primera y la última sesión habría en promedio de 3 a 4 semanas (dependiendo del público objetivo).

Otro aspecto importante es que la evaluación es también en sí un proceso de aprendizaje, ya que no consiste en aprobar o reprobar a nadie. Es importante que luego de las evaluaciones al final de cada sesión, se dedique un espacio de tiempo para permitir que los participantes expresen sus dudas y/o preguntas, así como en qué medida se sienten satisfechos con el proceso en el cual están participando (lo cual les permitirá reconocer cuántos conocimientos, conceptos e ideas nuevas han adquirido, y cuánto ha cambiado su forma de pensar sobre determinados temas, luego de lo experimentado en cada sesión).

5.7.1. Cuadros Marco para la Programación de cada Sesión

CON JÓVENES		Tema 1: Conociéndome	Tema 2: Cuidándome	Tema 3: Mis relaciones	Tema 4: Mi futuro
Habilidad a desarrollar / Desafío a cumplir		Ser capaz de reconocer en mí mismo mis virtudes y defectos y apreciarme como un ser integral con aspectos físicos, emocionales y sociales.	Ser capaz de reconocer los riesgos a los que estoy expuesto y las herramientas que me pueden ayudar a enfrentar apropiadamente estos riesgos.	Ser capaz de entender los diferentes tipos de relaciones que establecemos con otros seres humanos y lo que necesito para que éstas sean saludables y duraderas.	Ser capaz de entender que las cosas que haga o decida ahora tendrán impacto en mi futuro a corto y mediano plazo, por eso es importante que tenga plan de vida y que ejercite mis habilidades para elaborar planes.
Contenidos y ejes	Desarrollo Personal	¿Quién y cómo soy desde los ámbitos físico, psicológico y social?	¿Qué cosas me fortalecen o debilitan en mi desarrollo personal?	¿Qué debo hacer para mejorar mi forma de comunicación con los demás?	¿Cómo puedo elaborar y ejecutar un plan de vida?
	Derechos	¿Cuáles son mis derechos y obligaciones como ciudadano?	¿De qué manera conocer y ejercer mis derechos me ayuda a enfrentar riesgos?	¿Cómo puedo relacionarme mejor con las personas en mi comunidad, para tener un mejor ejercicio de mis derechos?	¿A qué tengo derecho, en mi comunidad, que me ayude a construir mi plan de vida?
	Equidad de Género	¿Cómo desarrollar mi máximo potencial sin limitarme por ser hombre o mujer?	¿Hombres y mujeres vivimos los riesgos en forma diferente?	¿Cómo el género influye en la forma como compartimos lo que somos?	¿De qué manera ser hombre o mujer influye en mi plan de vida?
Dinámicas		1. Fotografía personal 2. El Defensor 3. Actuando al revés (roles hombre – mujer)	1. Ser o no ser 2. Cuánto conozco sobre... 3. Mujeres y hombres frente al riesgo	1. ¿Me escuchas...? 2. Nuestra relación con la comunidad 3. Mis Círculos de Privacidad	1. Aprendamos a hacer nuestro plan de vida 2. Con qué cuento para lograr mis metas 3. Periodistas y entrevistados
Qué aprendimos hoy		<ul style="list-style-type: none"> ▶▶ Crear o adaptar una canción sobre el proceso de cambios por el que están pasando. ▶▶ Hacer una composición sobre Mis Derechos. ▶▶ Hacer un Periódico Mural para el colegio, con contenidos sobre derechos. ▶▶ Pintar o hacer un dibujo libre sobre lo que debería significar ser hombre o ser mujer. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶▶ Pintar o hacer un dibujo libre sobre los riesgos a los que las y los jóvenes se ven expuestos. ▶▶ Crear o adaptar una canción sobre los diferentes métodos anticonceptivos. ▶▶ Escribir un ensayo breve sobre cómo afrontar los diferentes riesgos a los que se ven expuestos. ▶▶ Hacer una campaña sobre la prevención del abuso sexual junto con la comunidad educativa. ▶▶ Acordar una visita guiada a un servicio de salud sexual y reproductiva. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶▶ Adaptar el ejercicio de comunicación con otros ejemplos de descripción, incluso de sí mismos. ▶▶ Formar grupos y hacer un afiche donde planteen gráficamente las soluciones a los problemas de su comunidad. ▶▶ Hacer un collage donde expresen cómo deben ser las relaciones entre los géneros. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶▶ Hacer mensajes para los amigos sobre las claves para alcanzar sus metas y pegarlos en diferentes lugares de la comunidad o colegio. ▶▶ Formar grupos y hacer un afiche donde planteen gráficamente las herramientas con las que desean contar en su comunidad para lograr el desarrollo de sus planes de vida. ▶▶ Escribir un breve ensayo sobre cómo las relaciones entre los géneros pueden contribuir a desarrollar planes de vida en un marco de equidad y exhibirlo en el periódico mural del colegio.

CON ADULTOS		Tema 1: Conociendo a los y las adolescentes	Tema 2: Comunicándonos con nuestros jóvenes	Tema 3: Educando para la vida sexual y afectiva
Habilidad a desarrollar / Desafío a cumplir		Ser capaces de identificar y comprender los cambios por los que están pasando nuestros hijos / alumnos, así como las necesidades que implican estos cambios para ellos y ellas.	Ser capaces de hacer uso de una comunicación afectiva y efectiva que nos permita identificar los problemas por los que pueden pasar nuestros adolescentes, así como las mejores maneras de enfrentarlos.	Ser capaces de aceptar el reto para desarrollar nuestro potencial como educadores en los contextos familiar y escolar.
Contenidos y ejes	Desarrollo personal	¿Son iguales las necesidades y cambios que viven nuestros adolescentes, en comparación a los que yo viví en esa etapa?	¿Cómo puedo comunicarme con las personas que forman parte de mi entorno y hacer que mi comunicación con quienes quiero sea afectiva y efectiva?	¿De qué manera la educación sexual y afectiva puede ayudarme en mi desarrollo personal y en el de quienes me rodean?
	Derechos	¿De qué manera el conocer y entender cómo los demás ejercen sus derechos nos ayuda a crecer como personas y ayuda a los y las jóvenes que me rodean?	¿Cómo puedo aprender a comunicarme en un marco de respeto a mis derechos y los de los demás, y apoyar el ejercicio de derechos en las y los jóvenes que me rodean?	¿Cómo puedo entender la sexualidad adolescente en un marco de respeto por los derechos?
	Equidad de Género	¿Cómo los estereotipos de género y otros factores restringen mi desarrollo y el de los y las jóvenes sobre los que influyo?	¿Cómo puedo lograr que mi comunicación con personas del sexo opuesto sea efectiva, respetuosa y enriquecedora, y proyectar esto a los jóvenes que me rodean?	¿Cómo la educación sexual y afectiva puede contribuir a la equidad de género?
Dinámicas		1. Tren del tiempo. 2. Yo creo que es un derecho... 3. Todos somos diferentes, todos somos iguales.	1. Análisis de casos. 2. Hasta qué punto hay derecho... 3. Construyendo una sociedad ideal.	1. Mitos y realidades sobre sexualidad. 2. Preocupaciones juveniles y adultas 3. Es verdadero... es falso...
Qué aprendimos hoy		<ul style="list-style-type: none"> ▶▶ Hacer un dibujo en el que describan cómo era la vida durante su adolescencia y cómo es la vida de un adolescente ahora. ▶▶ Hacer una declaración conjunta en donde se comprometan a velar por el respeto de los derechos de sus hijos / hijas / alumnos. ▶▶ Hacer un collage donde expresen cómo les gustaría que sus hijos / hijas / alumnos vivan las relaciones sin la influencia de los roles sociales y otros estereotipos. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶▶ Hacer un periódico mural o en el refrigerador de sus casas dejar un mensaje sobre sus perspectivas y preocupaciones sobre los riesgos a los que están expuestos las y los adolescentes de hoy. ▶▶ Hacer una carta especial a algún adolescente que conozcan, sobre la importancia de conocer y ejercer sus derechos en un marco de equidad y respeto. ▶▶ En ese mismo Periódico Mural, poner frases cortas que inviten a sus adolescentes y jóvenes a expresar sus puntos de vista sobre estos mismos temas. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶▶ Diseñar una sesión especial para las y los adolescentes en que un panel de padres relaten su posición sobre la sexualidad. ▶▶ Dibujar un pergamino en el que figuren los Derechos Sexuales y Reproductivos de las y los adolescentes y jóvenes. ▶▶ Hacer una carta especial a sus hijos / hijas / alumnos en la que les expresen lo que realmente deseamos que sea para ellas y ellos el desarrollo pleno de su sexualidad y afectividad.

CON JÓVENES Y ADULTOS		Tema 1: Aprendamos a negociar y resolver conflictos
Habilidad a desarrollar / Desafío a cumplir		Ser capaz de entender la importancia de analizar los pro y contra de todas las situaciones, así como de desarrollar habilidades para negociar acuerdos satisfactorios ante circunstancias conflictivas.
Contenidos y ejes	Desarrollo personal	¿Qué debo tener para ser capaz de resolver situaciones conflictivas con los demás?
	Derechos	¿Cómo mis derechos y los de los demás se hacen presentes en la solución de conflictos?
	Equidad de Género	¿Cómo las relaciones equitativas entre los géneros pueden contribuir a la resolución efectiva de conflictos?
Dinámicas		1. Si alguien dice... yo diré... 2. Resolviendo conflictos en grupo 3. Historias de amor: el antes, el ahora, el mañana...
Qué aprendimos hoy		<ul style="list-style-type: none"> ▶▶ Crear o adaptar un poema o canción sobre las formas de respuesta asertiva ante situaciones conflictivas. ▶▶ Crear una carta de compromiso para su uso futuro, en la que rescaten los puntos clave de la negociación (incluyendo la posibilidad de ceder para resolver). ▶▶ Hacer un Periódico Mural que rescate los aspectos positivos del antes, el ahora y el mañana en las vidas de los y las jóvenes, padres y docentes del colegio.

La Estrategia Educativa Fuerza Joven se publicará en formato de Manual impreso, con el fin de facilitar un instrumento guía muy completo y sencillo de usar para las y los educadores que hagan uso de esta herramienta, en el que se dé prioridad a las actividades prácticas por sobre la teoría.

Conclusiones

Conclusiones

El uso de materiales educativos y metodologías innovadoras en salud integral (con énfasis en salud sexual y reproductiva), en el trabajo con adolescentes y jóvenes, ha demostrado ser sumamente efectivo para la consecución de los objetivos de proyectos elaborados para este fin.

Por citar un ejemplo, el Informe de Evaluación de la Estrategia Educativa Fuerza Joven (realizada entre abril y diciembre 2002), dice que:

«La Estrategia Educativa Fuerza Joven ha demostrado tener efecto en los cambios de actitudes y conocimientos en salud sexual y reproductiva de los y las jóvenes. Las y los adolescentes que participaron de la intervención, mostraron mejores conocimientos y actitudes favorables que aquellos que no participaron de FJ.»³⁹

Los resultados de la evaluación mostraron que después de la intervención, las y los adolescentes de los colegios experimentales mejoraron sus habilidades en el área de desarrollo personal, logrando identificar sus fortalezas y sus debilidades, así como desarrollaron actitudes positivas hacia su futuro.

En el área de derecho, se determinó efecto de la intervención de la estrategia educativa en las actitudes de las y los jóvenes. A raíz de la experiencia, estos adolescentes reconocen la importancia de conocer y ejercer sus derechos; por otro lado se logró fortalecer su confianza en la capacidad que tienen para relacionarse con los demás.

Los resultados de la evaluación también mostraron que las y los adolescentes reconocen que tanto hombres como mujeres están expuestos a riesgos como el

³⁹ La evaluación se realizó con un grupo de intervención y un grupo control. En éste último, sólo se aplicaron los cuestionarios pre y pos intervención, mas no se llevó a cabo el Programa Fuerza Joven. El informe en mención fue redactado por la Lic. Betty Manrique (responsable de evaluación del Programa de Jóvenes del INPPARES).

embarazo no deseado en la adolescencia, los abusos sexuales y el contagio de una Infección de Transmisión Sexual (ITS).

Los y las jóvenes que participaron de la Estrategia Educativa Fuerza Joven mejoraron sus conocimientos tanto sobre las vías de transmisión como sobre las formas de evitar el contagio del VIH/SIDA. También mostraron mejora de conocimientos con relación al uso correcto de los métodos anticonceptivos, en especial del condón.

Se encontraron diferencias entre el grupo de intervención y el de control con relación a actitudes positivas de las y los jóvenes para evitar un embarazo no deseado: reconocer que son demasiado jóvenes para embarazarse o embarazar a su pareja, que un hijo podría truncar sus aspiraciones futuras y que la madre joven puede morir durante o después del parto. Además, hubo un efecto positivo en las actitudes de las y los jóvenes con relación a sus intenciones de utilizar los servicios de salud en caso de tener algún problema relacionado a salud sexual y reproductiva.

Todo lo anteriormente mencionado se resume en lo siguiente: los resultados de la evaluación indican que la Estrategia Educativa Fuerza Joven puede ser utilizada en los colegios para incrementar los conocimientos y mejorar actitudes de la y los jóvenes en temas relacionados con salud sexual y reproductiva.

Sin embargo, no se trata sólo de elaborar metodologías o materiales con criterios técnicos que redundan en información, pero que carecen de técnicas de impacto. Es importante –en realidad, es la piedra angular—el involucramiento en todo el proceso creativo (diseño, objetivos, metodología, validación, aplicación) de las y los beneficiarios de cada producto. De lo contrario, se corre el riesgo de invertir esfuerzos y fondos en materiales que no llegan a ser utilizados o cuyos objetivos educativos no se comprenden.

Recomendaciones

Recomendaciones

Para el diseño de metodologías y materiales educativos, debe considerarse:

1. Hacer un diagnóstico de necesidades para priorizar aquellas en las que es necesario intervenir.
2. Diseñar estrategias basadas en los diagnósticos y no en supuestos.
3. Involucrar en el proceso creativo a las y los beneficiarios del proyecto (con énfasis en la validación)
4. Trabajar de manera multidisciplinaria, de modo que los productos finales engloben las diferentes perspectivas de intervención que pueden ser efectivas.
5. Socializar (compartir) las experiencias con otras organizaciones, con el fin de evitar duplicar esfuerzos cuando se trabajan los mismos temas.
6. Por último, no hay que pensar que se está «inventando a la madre del cordero»; es bueno crear cosas nuevas, pero también es importante utilizar las experiencias similares producidas en otras organizaciones o países, para adaptarlas a nuestras propias necesidades de materiales y metodologías.

Bibliografía

Bibliografía

Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*. Prentice Hall, Englewood Cliffs, New Jersey.

Beltrán, Luis Ramiro (1993). *Comunicación para el desarrollo en Latinoamérica*. Una evaluación sucinta al cabo de 40 años. En: <http://www.comminit.com/la/lasth/sld-1554.html>. (Página consultada el 15/01/03)

Bandura, A. (1962). *Social Learning Through Imitation*. Nebraska Symposium on Motivation.

Beltrán, Luis Ramiro (1999). *Salud Pública y comunicación social*. En: <http://www.cepis.ops-oms.org/eswww/fulltext/pciudada/saludpub/saludpub.html> (Página consultada el 25/02/03)

Coe, Gloria A. (1998) *Comunicación y promoción de la salud*. Revista Electrónica Chasqui, Nº 63. En: <http://www.comunica.org/chasqui/coe.htm>. (Página consultada el 28/01/03)

El Proceso P. En: www.jhuccp.org/sp/index.shtml#8 (Página consultada el 24/02/03)

Glanz, K. y Rimer, B.K. (1995) *Teorías de un Vistazo: Guía para la Práctica de la Promoción de la Salud*. En el documento Reproducción de Documentos Serie #19, *Modelos y Teorías de Comunicación en Salud: Promoción de la Salud* (1996) División de Promoción y Protección de la Salud, OPS: Washington, DC.

Hacia la formación de periodistas en salud. Propuesta de bases curriculares para América Latina. En: <http://www.paho.org/Spanish/HSP/HSR/HSR05/peysa.htm>. (Página consultada el 25/02/03)

<http://www.cepis.ops-oms.org>

<http://www.comunica.org/chasqui>

<http://www.felafacs.org>

INPPARES (2000) *Manual de Producción y Uso de Materiales de IEC sin letras en salud sexual y reproductiva desde la perspectiva de género para zonas rurales*.

INPPARES (2001) *Informe de Evaluación Final de la Estrategia Educativa Fuerza Joven*. Subdirección de Evaluación.

L. Mangrulkar; C.V. Whitman; M. Posner (2001). *Fundamentos teóricos del enfoque de habilidades para la vida*. En: Enfoque de habilidades para la vida para un desarrollo saludable de niños y adolescentes. OPS. ASDI – Agencia Sueca de Cooperación Internacional para el Desarrollo.

OPS (2001) *Manual de comunicación social para programas de promoción de la salud de los adolescentes.*

OPS (1996) *Modelos y teorías de comunicación en salud.* Reproducción de Documentos, Serie #19. División de Promoción y Protección de la Salud.

Rodríguez Martínez y Aguilar Gil (1998) Manual sobre Evaluación y Distribución de Materiales Educativos para la Salud Sexual Juvenil.

Tilson, Kincaid, Rimón II y Rinehart (1997) Health Communication. Lessons from family planning and reproductive health.