

PERCEPCIÓN DEL MENSAJE EDUCATIVO EMITIDO POR EL INSTITUTO
MUNICIPAL DE SALUD EN EL PLEGABLE SOBRE CÁNCER DE MAMA Y
CÉRVIX. PEREIRA 2005

Autores

VIOLETA GÓMEZ BAENA 440250
MONICA GUERRERO DELGADO 440233
LUISA FERNANDA GUTIERREZ GARCIA 440248
ALEJANDRA MARIA MURIEL CANO 440201
ALEJANDRA MARIA PATIÑO ORTEGA 440240

UNIVERSIDAD LIBRE, SECCIONAL PEREIRA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
PEREIRA, 2005

PERCEPCIÓN DEL MENSAJE EDUCATIVO EMITIDO POR EL INSTITUTO
MUNICIPAL DE SALUD EN EL PLEGABLE SOBRE CÁNCER DE MAMA Y
CÉRVIX. PEREIRA 2005

Autores

VIOLETA GÓMEZ BAENA
MONICA GUERRERO DELGADO
LUISA FERNANDA GUTIERREZ GARCIA
ALEJANDRA MARIA MURIEL CANO
ALEJANDRA MARIA PATIÑO ORTEGA

Trabajo presentado como requisito de grado en el programa de enfermería

Asesora

JULIA INES ESCOBAR MONTOYA

UNIVERSIDAD LIBRE, SECCIONAL PEREIRA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
PEREIRA, 2005

CONTENIDO

Pág.

INTRODUCCIÓN

1	EL PROBLEMA	1
1.1	DELIMITACIÓN	1
1.2	JUSTIFICACIÓN	3
1.3	OBJETIVOS	4
1.3.1	Objetivo General	4
1.3.2	Objetivos Específicos	4
2	MARCO DE REFERENCIA	6
2.1	COMUNICACIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD	6
2.1.2	COMUNICACIÓN PARA LA SALUD	7
2.1.2	Metodología de la comunicación para la salud	10
2.1.3	Educación para la salud.	12
2.1.4	Metodología de la educación para la salud.	13
2.2	EL MERCADEO SOCIAL. CAMBIOS QUE LO REQUIEREN	14
2.2.1	Tipos de cambios que requieren del Mercadeo Social.	16
2.2.2	Actualización del mercadeo social a la promoción de la salud.	17
2.3	LOS MENSAJES EDUCATIVOS	17
2.4	PERCEPCIÓN, MOTIVACIÓN Y COMPORTAMIENTO	19
2.4.1	El comportamiento como un estilo de vida.	21
2.5	MITOS Y CREENCIAS	23
2.6	LA EDUCACIÓN A LA COMUNIDAD SOBRE EL CÁNCER	25
2.6.1	Educación acerca del cáncer de mama.	25
2.6.2	Educación acerca del cáncer de cérvix.	29
2.7	EL PROFESIONAL DE ENFERMERIA Y LA PROMOCIÓN DE LA SALUD	32
2.7.1	Aspectos ético - legales	34
2.8	TEORIA DEL DEFICIT DE AUTOCUIDADO DE DOROTHEA OREM	37
3	DISEÑO METODOLÓGICO	40
3.1	TIPO DE ESTUDIO	40
3.2	POBLACIÓN ESTUDIO	40
3.3	MUESTRA	40
3.4	RECOLECCIÓN DE DATOS	40
3.5	FUENTE DE DATOS	40
4	RESULTADOS	41

5.
6.

53
54

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Total de la población que recibió el plegable	41
Figura 2. Distribución de muestra según barrio	41
Figura 3. Distribución de la muestra según nivel educativo	42
Figura 4. Distribución de la muestra según lectura del mensaje	42
Figura 5. Distribución de la muestra según la practica de autoexamen de mama	43
Figura 6. Realización del autoexamen de mama 10 dias después de la menstruación	43
Figura 7. Distribución de la muestra según solicitud de enseñanza al personal capacitado	44
Figura 8. Modo de realizar el autoexamen de mama	44
Figura 9. Conocimiento de factores de riesgo	45
Figura 10. Conocimiento de acciones a realizar después de los 40 años de edad	45
Figura 11. Conocimiento sobre mortalidad de cáncer de cérvix	46
Figura 12. Claridad sobre cáncer de cérvix	46
Figura 13. Conocimiento sobre factores protectores	47
Figura 14. Conocimiento sobre factores de riesgo	47
Figura 15. Conocimientos sobre aspectos a tener en cuenta para realizarse la citología	48
Figura 16. Conocimiento sobre el tiempo para la realización de la citología	48
Figura 17. Palabras desconocidas en el plegable	49
Figura 18. Palabras desconocidas en el plegable	49
Figura 19. Claridad del mensaje	50
Figura 20. Realización del autoexamen de mama	50
Figura 21. Realización de la citología	51
Figura 22. Porque no se realizan la citología	51
Figura 23. Como prefiere que le brinden la información	52

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo identifica la percepción que tiene una población femenina de adultos mayores acerca del mensaje educativo sobre prevención de cáncer de mama y cérvix emitido en un plegable distribuido por el Instituto Municipal de Salud de Pereira durante el año 2005 en algunos sectores de la ciudad.

Se realizó un estudio de tipo evaluativo con la población a la cual se le impartió el plegable, se rescatan como hallazgos importantes que la población objeto presenta mayor aceptación hacia la educación personalizada como talleres y charlas educativas. De igual manera sugieren que el plegable debe ser apoyado por otro medio de educación.

Finalmente se deja una recomendación para la realización de un mensaje educativo.

ANEXOS

ANEXO 1

UNIVERSIDAD LIBRE SECCIONAL PEREIRA. FACULTAD DE ENFERMERIA ENCUESTA SOBRE PERCEPCIÓN DE MENSAJE EDUCATIVO CÁNCER DE MAMA Y CÁNCER DE CERVIX. PEREIRA 2005

1. **Barrio:** _____
2. **Edad:** _____
3. **Nivel educativo:** Ninguno ___ Primaria incompleta ___ Primaria completa ___
 Secundaria incompleta ___ Secundaria completa ___ Universidad ___
4. **¿Recibió el plegable?** SI ___ NO ___
5. **¿Leyó el mensaje?** SI ___ NO ___
 En caso afirmativo:
6. **¿Encontró palabras desconocidas en el plegable?** SI ___ NO ___
 En caso afirmativo, ¿cuáles? _____
7. **¿Considera que el mensaje del plegable es claro?** SI ___ NO ___

¿Que recuerda Usted acerca del mensaje sobre cáncer de mama?

ITEM	CORRECTO	MEDIANAMENTE CORRECTO	INCORRECTO
8. ¿Cada cuánto tiempo se debe realizar Usted misma el examen de mama?			
9. ¿Cuándo debe realizarse el examen de mama?			
10. ¿Cuáles son algunos factores de riesgo para cáncer de mama?			
11. ¿Que otro examen que se realiza después de los 40 años de edad le permite saber si tiene cáncer de mama?			
12. ¿Usted solicitó al personal de salud educación sobre el mensaje del plegable?.			
13. ¿Cómo se realiza Usted el examen de mama?			

Con respecto al mensaje sobre la prevención del cáncer del cérvix:

ITEM	CORRECTO	MEDIANAMENTE CORRECTO	INCORRECTO
14. ¿Considera que el cáncer del cuello de la matriz es muy común?			
15. ¿Qué es el cáncer de cuello de la matriz?			
16. ¿Qué factores la protegen de este cáncer?			
17. ¿Cuáles son los factores de riesgo?.			
18. ¿Que se debe tener en cuenta para realizarse la citología?.			
19. ¿Cada cuanto tiempo se debe practicar la citología?.			

20. ¿Después de leer este mensaje se realizo el autoexamen de mama?
 SI ___ NO ___ Porqué? _____
21. ¿Después de leer este mensaje se realizo la citología?
 SI ___ NO ___ Porqué? _____
22. ¿Como le gustaría recibir esta información en un futuro?
 Radio___ Plegable___ Afiches___ Televisión___ Talleres___ Vallas___ Otros_____

ANEXO 1
UNIVERSIDAD LIBRE SECCIONAL PEREIRA. FACULTAD DE ENFERMERIA
INSTRUCTIVO DE LA ENCUESTA SOBRE PERCEPCIÓN DE MENSAJE EDUCATIVO
CÁNCER DE MAMA Y CÁNCER DE CERVIX. PEREIRA 2005

1. Barrio: Nombre del barrio de la vivienda
2. Edad: en años de la mujer que responde la encuesta
3. Nivel educativo de la mujer que responde la encuesta y responde a la pregunta:
 Hasta qué año estudió? se registra con una X en el espacio correspondiente al nivel alcanzado

Las preguntas 4, 5, 6 y 7 se registra una X en el espacio correspondiente
 En la pregunta 6 describa las palabras desconocidas del plegable.

Respecto al mensaje sobre cáncer de mama registre en la casilla correspondiente una X si cumple los siguientes criterios:

ITEM	CORRECTO	MEDIANAMENTE CORRECTO	INCORRECTO
8. ¿Cada cuánto tiempo se debe realizar Usted misma el examen de mama?	Es correcto cuando responde cada mes	No aplica	Cuando responde cualquier dia
9. ¿Cuándo debe realizarse el examen de mama?	Es correcto cuando responde 10 dias después de la menstruación	No aplica	Cuando responde cualquier dia
10. ¿Cuáles son algunos factores de riesgo para cáncer de mama?	Es correcto cuando enuncia de 5 – 6 factores de riesgo	Es medianamente correcto cuando enuncia de 3 – 4 factores de riesgo	Es incorrecto cuando enuncia menos de 2 factores de riesgo
11. ¿Que otro examen que se realiza después de los 40 años de edad le permite saber si tiene cáncer de mama?	Es correcto cuando responde la mamografía	No aplica	Es incorrecto cuando no sabe
12. ¿Usted solicitó al personal de salud educación sobre el mensaje del plegable?.	Es correcto cuando responde que sí	No aplica	Es incorrecto cuando responde que no
13. ¿Cómo se realiza usted el examen de mama?	Es correcto cuando sigue los tres pasos descritos en el plegable	Es medianamente correcto cuando realiza por lo menos 2 pasos descritos en el plegable	Es incorrecto cuando no realiza ningún paso

Con respecto al mensaje sobre la prevención del cáncer del cérvix:

ITEM	CORRECTO	MEDIANAMENTE CORRECTO	INCORRECTO
14. ¿Considera que el cáncer del cuello de la matriz es muy común?	Es correcto cuando responden que ocupa uno de los primeros lugares entre los canceres	No aplica	Es incorrecto cuando no responden
15. ¿Qué es el cáncer de cuello de la matriz?	Es correcto cuando tiene un concepto básico de la enfermedad	No aplica	Es incorrecto cuando no responden

16. ¿Qué factores la protegen de este cáncer?	Es correcto cuando enuncian de 5 – 6 factores protectores	Es medianamente correcto cuando enuncian de 3 – 4 factores protectores	Es incorrecto cuando enuncian menos de 2 factores protectores
17. ¿Cuáles son los factores de riesgo?	Es correcto cuando enuncian de 4 – 5 factores de riesgo	Es medianamente correcto cuando enuncian de 2 – 3 factores de riesgo	Es incorrecto cuando enuncian menos de 2 factores de riesgo
18. ¿Que se debe tener en cuenta para realizarse la citología?	Es correcto cuando enuncian de 4 – 5 aspectos a tener en cuenta para el examen	Es medianamente correcto cuando enuncian de 2 – 3 aspectos a tener en cuenta para el examen	Es incorrecto cuando enuncian menos de 2 aspectos a tener en cuenta para el examen
19. ¿Cada cuanto tiempo se debe practicar la citología?	Es correcto cuando responden cada año	No aplica	Es incorrecto cuando no saben que debe ser cada año

Las preguntas 20, 21 y 22 se registra una X en el espacio correspondiente
 En las preguntas 20 y 21 en caso de respuesta negativa se describe el porque.

ANEXO 2.

Factores de riesgo para tener en cuenta

¿Qué se debe tener en cuenta al practicarse el examen?

- Inicio temprano de la actividad sexual.
- Tener en un año, más de un Compañero sexual o que la pareja tenga a la vez varios compañeros sexuales sin protegerse (No usa condón)
- Hábito de fumar.
- Antecedentes de flujos vaginales crónicos o enfermedades de transmisión sexual.
- Herencia
- Presentarse vestida con falda para mayor comodidad.
- Bañarse normalmente el cuerpo.
- No debe tener la menstruación.
- No haber tenido relaciones sexuales el día anterior.
- No haber utilizado óvulos o tabletas vaginales en los últimos tres días previos a la toma de la citología.

PRACTIQUESE LA CITOLOGIA VAGINAL POR LO MENOS UNA VEZ AL AÑO

El Cáncer de cuello uterino es la primera causa de muerte de las mujeres colombianas

Av. De las Américas, Calle 98
Casa de la Salud Pública
320 5657 - Fax 320 5082
www.pereira.saludable.gov.co

INSTITUTO MUNICIPAL DE SALUD • PEREIRA

"El Cáncer es curable si se diagnostica a tiempo"

Salud es...

"Cuidar tu cuerpo practicándote la citología y el autoexamen de seno"

División de Promoción y Prevención

• ¿Qué es el cáncer de seno o de mama?

Es una enfermedad maligna muy frecuente en las mujeres y puede ocasionar la muerte.

• ¿Factores protectores?

Toda mujer debe practicarse el autoexamen de seno cada mes, diez días después de que le pase la menstruación, la mujer debe solicitarle al personal de salud que le enseñe a hacerse el autoexamen de seno.

Este se hace en tres pasos:

1.

Observación: Mirarse los senos en un espejo, se observa la altura, el tamaño y la piel.



2.

Palpación: Al bañarse se examina en forma circular el seno, hasta la axila con mano derecha el seno izquierdo y con la mano izquierda el seno derecho, se oprime el pezón en busca de secreciones anormales.



3.

Acostada: se coloca una almohada debajo de los hombros y se realiza el mismo procedimiento anterior.



Si encuentra algo anormal como masa, dolor, cambios en el tamaño de los senos, cambios en la piel, salida de líquidos extraños por los pezones, pezones sumidos hacia adentro. Consulte rápidamente al médico.

• Factores de Riesgo

- Antecedentes familiares de cáncer de mama (madre, hermanas, tías...)
- Cigarrillo.
- Obesidad.
- Exposición a radiaciones (Rayos X)
- Mujeres sin hijos
- Estrés

Recuerde que después de los 40 años debe solicitar que se le practique una mamografía cada año. Su E.P.S. Se la debe ordenar...

Exija su derecho!

Cáncer de cervix o cuello uterino

• ¿Qué es?

Este tipo de cáncer ocupa uno de los primeros lugares dentro de los diferentes tipos de cáncer. Se caracteriza por un crecimiento anormal y desordenado de las células del cuello de la matriz, estas células se reproducen demasiado rápido y puede invadir otras partes del cuerpo.

• ¿Factores protectores?

• Tomarse la citología vaginal anualmente o cuando el médico lo indique. Se la debe practicar toda mujer que tenga o haya tenido relaciones sexuales (aunque hayan pasado muchos años)

• Tener un compañero sexual estable y utilizar condón.

• No fumar

• Alimentarse sanamente, es decir consumir alimentos preparados en casa, frutas y verduras frescas.

• Hacerse los tratamientos indicados por su médico.

• Practicar buena higiene personal.

El cáncer es curable si se diagnostica a Tiempo... El cáncer es curable si se diagnostica a Tiempo...



BIBLIOGRAFÍA

1. ABAD, Nebot. "Curso de Lengua Española". Orientación Universitaria. Editorial Alahambra. Madrid, 1981.
2. Cortés Yepes, Hernán. "Papilomavirus Y Cáncer De Cérvix", 2002. (Formato PDF) Disponible en Internet. <http://scielo-co.bvs.br/pdf/rcog/v54n2/v54n2a05.pdf>.
3. Cáncer de mama. Sitio en Internet. <http://elmundosalud.elmundo.es/elmundosalud/especiales/cancer/mama.html> (07/05/2003)
4. Thomas Cox. HPV Prevalence, Virology and Epidemiology. (Formato PDF) Sitio en Internet: http://www.baylorcme.org/hpv/presentations/cox/presentation_text.html (10/05/2003)
5. Norma Técnica Para La Detección Temprana Del Cáncer De Cuello Uterino Y Guía De Atención De Lesiones Preneoplásicas De Cuello Uterino. Disponible en Internet: http://medicosgeneralescolombianos.com/Ca_Cuello_Uterino.htm
6. Cortés Yepes, Hernán, Op.cit., p.2
7. BENITEZ, Hernan Salamanca Uribe, CORTEZ, Mirian. Cartilla, "Ministerio de Comunicación-División del Desarrollo Social-Ministerio de Salud-Programa de Educación en Salud", Santafé de Bogota, D.C., Marzo de 1999.
8. Coe, Gloria A., Comunicación y promoción de la salud. sitio en Internet disponible en: www.comunica.org/chasqui/coe.html (19/08/2004)
9. Comunicación y educación en salud. Sitio en Internet: [http://www.proyectoefectividad.com/archivos/COMUNICACION Y EDUCACION EN SALUD 2005.doc](http://www.proyectoefectividad.com/archivos/COMUNICACION_Y_EDUCACION_EN_SALUD_2005.doc)
10. Ibid., p. 11
11. Giraldo López, José Ariel, El mercadeo. Sitio en Internet: <http://www.gestiopolis.com/recursos/documentos/fulldocs/mal/mcdeojagl.htm>

12. TEJEDOR Francisco Javier, GARCÍA Valcárcel Ana. Perspectivas de las nuevas tecnologías en la educación. Ed, Narcea S.A. Ediciones Madrid.
13. S. HAWWARD Bartley. Principios de percepción. Ed F. Trillas S.A., México 1969.
14. PARSONS, Michael J, "The Place of a Cognitive Development Approach to Aesthetic Response". 1988.
15. Motivacion, sitio en internet:
<http://www.monografias.com/trabajos/lamotivacion/lamotivacion.shtml>
(20/05/2002)
16. Motivación. (Formato Pdf) Sitio en Internet:
<http://www.saber.ula.ve/db/ssaber/Edocs/pubelectronicas/medula/Vol7num1-4/articulo9.pdf> (20/05/2002)
17. Comunicación y educación en salud. Op.cit., p. 11
18. Mitos y creencias. Sitio en Internet: <http://www.rcadena.net/Mito.htm>
(20/05/2002)
19. Cáncer. Sitio en Internet:
<http://press2.nci.nih.gov/sciencebehind/cancersp/cancersp00.htm>
(17/03/2003)
20. Cáncer de mama. Sitio en Internet:
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000913.htm>
(14/09/2004)
21. Cáncer de cérvix. Sitio en Internet:
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000893.htm>
(14/09/2004)
22. Enfermería en la comunidad. Sitio en Internet:
<http://www.enfermeriaconexion.com/%20comunitaria1.htm> (10/10/2004)
23. Ley 100 de 1993 Sistema General de Seguridad Social en Salud
24. Ley 266 de 1996 (Enero 25), Por la cual se reglamenta la profesión de enfermería en Colombia y se dictan otras disposiciones. Disponible en Internet: http://www.secretariasenado.gov.co/leyes/L0266_96.HTM

25. Ley 911 de 2004 (Octubre 5), Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones. Disponible en Internet: <http://www.secretariasenado.gov.co/leyes/L0911004.HTM>
26. Enfermería en la comunidad. Op. cit., p. 34
27. MODELOS CONCEPTUALES DE GRANDES TEORIAS con autorización de Orem D.E. (1991). Nursing: concepts of practice. San Luis: Mosby.
28. PAUTAS PARA EL DISEÑO DE MENSAJES. Disponible en Internet: <http://www.ucc.edu.co/columbus/monografias/m0002/mono3.htm>

1. EL PROBLEMA

1.1 DELIMITACION

Las investigaciones de salud con mucha frecuencia utilizan medios masivos de comunicación y material educativo para transmitir los mensajes en salud.

Los mensajes educativos son todos aquellos gestos, palabras, señales, símbolos, que son enviados de forma verbal o escrita, por una persona o entidad, a la sociedad para transmitir conocimientos orientados a promover el desenvolvimiento y la integración de cada persona, mediante unas pautas brindadas por aquellas que tienen un conocimiento.

Los actos comunicativos por los cuales se dan a conocer estos mensajes tendrán éxito solo si el usuario o el receptor capta la información; en estas situaciones comunicativas se establece una asimetría entre el educador o informador y la audiencia, que proviene de la autoridad que les confiere la situación de información a ambos agentes.

El mensaje cumple eficientemente su función cuando con muy pocos recursos consigue satisfacer el mayor número posible de necesidades informativas del mayor número de usuarios que tienen diferentes niveles de conocimiento.

Para la difusión de estos mensajes es importante conocer los instrumentos que permiten potenciar las posibilidades comunicativas de los medios de comunicación como son: telégrafo, teléfono, fax, televisión, radio, vallas, plegables, etc., los cuales son viables si se tiene en cuenta la capacidad de transmisión, el tipo de señal al transmitir y el uso de estos canales por parte del receptor.

Los mensajes deben cumplir una serie de requisitos como:

- **Credibilidad:** Propiedad histórica del agente educativo, que cambia con el tiempo.
- **Transparencia:** Se adquiere con experiencia y técnicas de expresión, trata de la claridad de las intenciones del mensaje.

- Veracidad o fiabilidad informativa: Relación entre el contenido de la interacción informativa del informador y la situación fuente.¹

Los mensajes educativos en salud, en el marco de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, van destinados a mejorar algunos hábitos y estilos de vida para disminuir la morbilidad por causas específicas. Esto sólo ocurre si el mensaje logra captar el interés de la población a la cual va dirigido, si es claro, sencillo, invita a un comportamiento concreto y está elaborado teniendo en cuenta las características de esa población.

Entre las enfermedades que más interesan actualmente a la Salud Pública de Colombia están los tumores y específicamente el cáncer de mama y el de cervix, que se ubican entre los primeros lugares, como causa de muerte en la población femenina en Colombia. El conocimiento de la distribución de los factores de riesgo para ambas enfermedades y la incorporación de intervenciones preventivas en la práctica del equipo de salud, son elementos claves para la disminución de los índices de morbilidad, de allí que se consideren una prioridad para las acciones educativas.

El cáncer de mama es el primero más común en el mundo. En 1996 se estimaron 910,000 nuevos casos en mujeres, considerándose 9% de todos los casos nuevos de cáncer; además es el cáncer más común en la mujer.²

Los diversos estudios apuntan a tres series de influencias que pueden ser importantes en el cáncer de mama:

- 1) factores genéticos.
- 2) desequilibrios hormonales.
- 3) factores ambientales.

Entre los factores genéticos se han encontrado mutaciones en genes supresores de tumores y la presencia de genes de susceptibilidad para cáncer de mama. El desequilibrio hormonal (exceso de estrógeno endógeno) desempeña claramente un papel significativo. Las influencias ambientales se han considerado debido a las diferencias encontradas en la incidencia del cáncer en grupos homogéneos genéticamente y a la diversa distribución geográfica del mismo. Dentro de estos factores se encuentra la dieta, principalmente la alta ingesta de grasas y posiblemente el consumo de alcohol, pudiendo este último alterar el metabolismo de los estrógenos (hígado, sistema reproductor femenino), llevando a un aumento de estos.³

Es de gran valor que las mujeres incorporen prácticas preventivas como el autoexamen de mama y la realización periódica de la citología. Esto solo se logra mediante un proceso educativo que integre y articule la información brindada por el personal de salud, con las creencias y conocimientos populares de la enfermedad, así como los temores y fantasías que el tema genera. Tanto médicos

generales y ginecólogos como personal de enfermería, promotores comunitarios y otros agentes educativos, pueden jugar un papel muy importante en este sentido.

Atendiendo a lo anterior, en el Instituto Municipal de Salud de Pereira existe la inquietud de evaluar la metodología educativa utilizada por medio de plegables, relacionados a los cánceres de mama y cérvix, los cuales son enfermedades de alta prioridad para la institución considerando la posición que ocupan dentro del perfil epidemiológico del municipio y teniendo en cuenta que es un estudio que no se ha realizado dentro de la institución. Por lo tanto se plantea la siguiente pregunta: ¿Cual es la percepción que tiene la población del barrio Cuba de Pereira del mensaje educativo sobre cáncer de mama y cervix, brindado a través de un plegable distribuido por el Instituto Municipal de Salud de Pereira, durante el año 2005?

1.2. JUSTIFICACIÓN

Según el Ministerio de Salud de Colombia, los tumores en general ocupan el tercer lugar de mortalidad en el país. El cáncer de cuello uterino constituye la primera causa de muerte. El cáncer de seno es el segundo tumor de incidencia en mujeres.

Otro dato preocupante es el hecho de que 80.6% de los casos de cáncer de seno que se presentaron en el Instituto Nacional de Cancerología eran estados avanzados (III y IV). Se acepta por la Organización Mundial de la Salud que un tercio de los cánceres son prevenibles y que otro tercio son potencialmente curables, si se detectan a tiempo.⁴

Desde los años 60, en una gran cantidad de países incluido Colombia, se ha promovido con fines de prevención secundaria, la realización de la citología cérvico uterina –CCU- o prueba de Papanicolau. La recomendación sobre la periodicidad de realización de esta prueba depende de los recursos con los que se cuenta para el desarrollo del programa de tamización y los hallazgos en la citología previa. Para los países con bajos recursos, se recomienda su práctica; En Colombia se aplica actualmente el esquema 1-1-3, el cual consiste en la realización de una citología anual y luego cada tres años si los dos primeros reportes están dentro de límites normales dando prioridad a las mujeres entre los 35 y 60 años, por ser las de mayor riesgo. Este lapso entre una citología y otra permite una reducción potencial del 64% de las tasas acumuladas de cáncer.⁵

Considerando, que a pesar de ofertar el recurso de salud y tratar de crear conciencia de los factores de riesgo entre la población, no se aprecia disminución en los indicadores de morbimortalidad, existe una inquietud en el sector salud con respecto al impacto real que tienen los mensajes educativos para transformar el

comportamiento de las personas y en este caso específicamente frente al cáncer. Por ejemplo, en el cáncer de cérvix se espera que las mujeres se hagan la citología para poder detectarlo a tiempo, e igualmente para el cáncer de mama que las mujeres se realicen periódicamente el autoexamen de seno y en caso de encontrar signos que las alerte, soliciten la mamografía.

Hasta fines de la década del 60, el grupo etáreo de mayor prevalencia se encontraba entre los 50 y 65 años, donde los factores de riesgo estaban solamente vinculados a los de orden socioeconómico y a la multiparidad propia observada en las zonas rurales. Posteriormente, otro factor, de tipo infeccioso y epidemiológico, modificó el rango a edades más bajas, puesto que, el virus Papiloma Humano, surgió como un posible agente causal, vinculado al inicio temprano de las relaciones sexuales y a pareja inestable.⁶

Con base a lo anterior se considera importante evaluar las metodologías educativas que utilizan los profesionales de enfermería para la promoción y prevención de cáncer de mama y cérvix. Esta investigación ofrecerá pautas para la elaboración de mensajes educativos que capten la atención de la comunidad local, teniendo en cuenta el diseño, el tipo de mensaje y el modo de transmitirlo. Estos aspectos son indispensables para que el mensaje cumpla su objetivo de educar para la salud.

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. Objetivo general.

Identificar la percepción que tiene la población del barrio Cuba de Pereira, del mensaje educativo sobre cáncer de mama y cervix, transmitido a través de un plegable distribuido por el Instituto Municipal de Salud de Pereira, durante el año 2005, para el logro y fortalecimiento de una comunicación efectiva en los procesos educativos con la comunidad.

1.3.2. Objetivos específicos.

- Describir la edad y el nivel educativo de la población a estudio.
- Definir la aceptación que tiene el plegable entre la población, por su claridad y presentación.
- Identificar los conocimientos de la población, con respecto a los mensajes educativos transmitidos en el plegable

- Establecer la frecuencia con que la población se realiza el autoexamen de mama, a partir de la recepción del mensaje.
- Determinar la proporción de citologías realizadas entre la población, con posterioridad a la recepción del mensaje.

2. MARCO DE REFERENCIA

En el proceso de esta investigación se tienen en cuenta la forma cómo una comunidad capta y aprehende los mensajes educativos de cáncer de seno y cuello uterino y los interioriza hasta fortalecer sus concepciones y tener comportamientos favorables para la salud.

2.1 COMUNICACIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD

La comunicación es “un proceso mediante el cual dos o más personas, en un contexto determinado, ponen en común una información, ideas, emociones, habilidades mediante palabras, imágenes, etc., que les pueden permitir obtener, reafirmar o ampliar conocimientos anteriores”, y es además “complementario al de participación”. En el campo de la salud, comunicación y participación son fundamentales, pues a través de una participación activa y conciente de la comunidad se logra fomentar el autocuidado de la salud.

La comunicación para la salud es “el proceso social, educativo y político que incrementa y promueve la conciencia pública sobre la salud, promueve estilos de vida saludables y la acción comunitaria a favor de la salud, brindando oportunidades y ofreciendo a la gente poder ejercer sus derechos y responsabilidades para formar ambientes, sistemas y políticas favorables a la salud y al bienestar”. Partiendo de esta premisa de educar, informar, convencer y explicar, así como de escuchar, la comunicación para la salud proporciona a individuos y comunidades las ventajas y recursos necesarios para prevenir enfermedades y mejorar su calidad de vida.⁷

Es el proceso por el cual hay un intercambio de saberes que, alimentados por flujos adecuados de información, ayudan a comprender la realidad y construir nuevos saberes. La comunicación lleva a plantear tres tareas o funciones, que son fundamentales en los procesos de desarrollo, las cuales son:

- **Función informativa:** Es aquella que permite distribuir los datos útiles para el logro de determinados objetivos.
- **Función educativa:** Es la capacidad pedagógica de la comunicación que permite la construcción de nuevos saberes y trascender de la información a la formación.

- **Función movilizadora:** Es aquella que nos incita a la acción en diversas áreas y campos. (La participación social y comunitaria, la gestión de recursos, la vigilancia y el control de servicios y el autocuidado entre otros.)

Teniendo en cuenta estas funciones se comprende la manera como la comunicación puede afectar el comportamiento humano, si se tienen los elementos para definir con claridad el papel que debe jugar la comunicación frente al fenómeno de la salud. Los elementos de la comunicación son:

- **Comunicador:** Es aquel que debe hablar con palabras claras y sencillas.
- **Receptor:** Es quien escucha, entiende y comprende un mensaje; puede ser una persona analfabeta, indígena, con educación incompleta, un grupo de personas, etc.
- **Mensaje:** Es lo que se trasmite a través de diversos medios de comunicación; como trabajadores de salud es uno de los elementos que debemos considerar que llegue con claridad y sencillez a la población.
- **Medios de comunicación:** Es aquel medio que nos sirve para canalizar el mensaje, como por ejemplo medios escritos, hablados o sonidos.⁸

2.1.1 Comunicación para la salud. El trabajo que se ha hecho en salud siempre ha estado conectado a acciones de comunicación que, en principio, cobijan formas de comunicación interpersonal y, además de cobijar a estas incluyen acciones de carácter más amplio, apoyadas en los medios masivos de comunicación. El uso de estos medios de comunicación es fundamental para extender el conocimiento técnico-científico a la población no especializada. Estas acciones de comunicación, constituyen el antecedente más importante en lo que se refiere a la utilización de la comunicación al servicio de la salud.

El fin de la comunicación es llevar actividades de promoción de la salud, la cual consiste fundamentalmente, en desarrollar capacidades y destrezas para mantenerse sano, como individuo y como comunidad. La promoción de la salud debe proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre esta. Para lograr la promoción de la salud se requiere de unos mensajes educativos propuestos para tal fin.

La comunicación para la salud 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.⁹

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 setenta. 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.

La investigación sobre el público destinatario, clave para elaborar programas exitosos de comunicación para la salud, se usa para preparar mensajes, información y materiales pertinentes y para identificar los canales que tienen más probabilidades de llegar a los que se encuentran en gran riesgo y, así, tener alguna influencia sobre ellos. El público destinatario se segmenta para identificar grupos más amplios de personas que comparten valores similares, tienen las mismas creencias o tienen en común otros atributos claves que repercutirán en su atención y en su respuesta a la información sanitaria.

Los programas de comunicación para la salud se planifican, se ejecutan y se evalúan después de un proceso sistemático. La División de Promoción y Protección de la Salud de la OPS utiliza un proceso de seis etapas, con la intención de comprender las percepciones, las creencias, los valores y las prácticas de la población en riesgo, para desarrollar programas de comunicación que atraigan y persuadan al público destinatario a que adopte modos de vida sanos.

La información y la comunicación en salud son fundamentales para la adopción de modos de vida sanos, en forma individual y colectiva. Dado que el comportamiento humano es un factor primordial en los resultados de salud, las inversiones sanitarias deben centrarse tanto en los comportamientos como en los establecimientos de salud y la prestación de servicios. La solución de los problemas de salud requiere que las personas comprendan y estén motivadas para adoptar o cambiar ciertos comportamientos. Por lo tanto, la comunicación eficaz debe formar parte de cualquier estrategia de inversión sanitaria.

Debido al éxito de los programas con buenos fundamentos teóricos, el 80% de los préstamos del Banco Mundial en la esfera sanitaria incluyen un componente de comunicación para la salud; por ejemplo, un préstamo por 500 millones de dólares, concedido recientemente a Argentina, incluía 50 millones para este componente; un proyecto similar en el Perú incluyó cerca de 12 millones de

dólares. Todas las subvenciones de salud y nutrición otorgadas por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (AID) incluyen fondos destinados a la comunicación para la salud equivalente a aproximadamente 20 millones de dólares para América Latina y el Caribe.

La comunicación para la salud abarca varias áreas programáticas, las principales son:

- **Comunicación organizacional.** Abarca los procedimientos internos de comunicación de una organización para asegurar que su misión, metas, objetivos, prioridades programáticas y estrategias sean entendidos y promovidos por los miembros del personal a todos los niveles y luego transmitidos a la comunidad y a los pacientes. Las buenas estrategias de comunicación en las organizaciones también facilitan las comunicaciones entre los gobiernos para beneficio de la cooperación técnica entre países.
- **La educación de los medios.** También conocido como educación sobre los medios de comunicación. El ABC de los medios es el proceso de enseñar a niños y adolescentes aptitudes de pensamiento crítico acerca de los medios (televisión, películas, video, radio, impresos, publicidad). Debido al atractivo y al poder de penetración que tienen, los medios se han convertido en un canal fundamental del enriquecimiento cultural; aunque algunos autores indican que el medio ya no se considera como parte de la cultura, sino que es cultura. Los educadores especializados en medios se esfuerzan por enseñar a los jóvenes a que evalúen, descodifiquen, analicen, y critiquen los mensajes mediáticos y comprendan cómo influyen los medios en las costumbres, las actitudes y los comportamientos sociales.
- **Periodismo especializado en salud.** Es la presentación de la información sanitaria en la prensa y los medios electrónicos. Se calcula que cerca de una cuarta parte de todos los artículos de los periódicos en los Estados Unidos incluyen algún aspecto de la salud. En encuestas realizadas en este país se determinó que había 25 veces más probabilidades de que los entrevistados identificaran a los medios como fuente de información sobre el SIDA que a los médicos.
- **Mercadeo social.** Se define como la aplicación de las prácticas de mercadeo a actividades sociales y sin fines de lucro. El mercadeo social se basa en cuatro principios de la comercialización: producto, precio, lugar y promoción; utiliza los canales de la amplia gama de medios para persuadir al público a adoptar una idea, un producto, una práctica, o las tres. El mercadeo social también puede aplicar las teorías del comportamiento y de investigación del público, pero generalmente no pone en práctica las estrategias de comunicación interpersonal.

- **Comunicación sobre los riesgos.** Es definida por el Consejo de Investigación Nacional como "... un proceso interactivo de intercambio de información y opinión entre individuos, grupos e instituciones. La base teórica de la comunicación sobre los riesgos se basa en las teorías del comportamiento, en particular las que se relacionan con la forma en que las personas eligen opciones en situaciones que crean estrés. La investigación indica que las percepciones individuales, tanto de la salud como de los riesgos financieros, se basan en un análisis de probabilidades de ganancia, pérdida, y beneficios esperados. Además, los individuos tienden a ser optimistas, y piensan que unas personas corren menos peligros que otras similares frente a amenazas concretas para la salud.
- **"Eduentretenimiento".** La educación por medio del entretenimiento tiene sus orígenes en América Latina, concretamente en una telenovela peruana que promueve la costura, en la telenovela mexicana Ven Conmigo que promueve la alfabetización de adultos, y otros. Una premisa básica de la programación entretenimiento-educación es que la información sanitaria orientada al entretenimiento sea atractiva, fácil de entender y capaz de influir en los comportamientos.

Casi una tercera parte de los hogares mexicanos con televisión vieron el programa "Ven conmigo". El año anterior a la serie, la matrícula en los programas de alfabetización de adultos patrocinados por el gobierno fue de 7%; esta cifra aumentó a 63% durante la programación que duró 13 meses y bajó a 2% un año después del programa. Hasta la fecha, los programas de "edurrecreación" han promovido la alfabetización de adultos, la planificación de la familia, el uso de anticonceptivos y condones, la crianza responsable de los niños, el control del abuso de sustancias y la reducción de la violencia, entre otros.

- **Comunicación social.** Estos programas empezaron a aparecer a fines de los años sesenta, principalmente en América Latina, como respuesta a una mayor centralización de los medios de comunicación comerciales. Su objetivo principal era promover la participación comunitaria y la programación cultural y educativa para mejorar la estructura de la sociedad.¹⁰

2.1.2 Metodología de la comunicación para la salud

Para implementar eficientemente las acciones de comunicación en salud, se tiene pleno conocimiento que los "programas de comunicación en salud pueden informar, convencer, fortalecer y educar", y para ello requieren una metodología adecuada. "La metodología que se utilice para la comunicación en salud debe ser sistemática, estableciendo claramente los pasos a seguir para crear un enfoque

comunicativo que funcione; multidisciplinaria, basándose en los medios de comunicación y los campos de mercadeo social, educación informal, análisis de conductas y antropología médica, entre otras áreas; destinada a lograr cambios de comportamiento, logrando no sólo una toma de conciencia o compartir información y flexible, permitiendo su aplicación a una variedad de problemas de salud".¹¹

Con esa premisa un plan de comunicación en salud deberá contener los siguientes puntos:

1.- Diagnóstico ¿Dónde estamos?

Esta primera etapa es un proceso de investigación que permite recoger, seleccionar, sistematizar y analizar información sobre el público al cual se quiere llegar y el contexto o ambientes que intervienen.

El diagnóstico permitirá identificar claramente el problema de salud, realizar el análisis situacional a partir del conocimiento del contexto en el cual se ejecuta una intervención comunicacional y caracterizar el público al que se dirige la intervención de comunicación. Los diagnósticos no son fotos de la realidad, no recogen todo de ella, sólo aquello que interesa. Se tiene que conocer los factores económicos, socioculturales, políticos y evaluar la capacidad de intervención institucional. Asimismo permite analizar los conocimientos, actitudes, prácticas, preferencias, espacios y modos de comunicación del público objetivo.

2.- Estrategia: ¿Hacia dónde vamos y cómo lo lograremos?

En función a los resultados del diagnóstico permite: Segmentar la audiencia objetivo, priorizar los comportamientos, formular los objetivos de comunicación, elaborar los mensajes, seleccionar los medios y determinar el plan de trabajo: organigrama, cronograma y presupuesto.

3.- Intervención: ¿Qué hacemos?

Es la puesta en marcha de la estrategia. En esta etapa se hacen los ajustes necesarios en cuanto a los mensajes y materiales que se piensa elaborar mediante la producción y validación de los mismos. En esta etapa se revisan los criterios básicos que se deben tomar en cuenta para la producción de los diferentes materiales, en función a los componentes de eficacia que intervienen en la misma: atracción, comprensión, identificación, aceptación e inducción a la acción.

Es importante señalar que la validación de los materiales comunicacionales se realice en los dos tipos que existen: técnica y con población. La primera se refiere a la validación técnica de los contenidos que se difundirán a través de los mensajes y actividades durante la intervención. En la segunda se prueba si el

contenido y la forma de nuestros mensajes, funcionan en la población, tomando en cuenta los componentes de eficacia.

4.- Monitoreo y evaluación: ¿Qué y cómo evaluamos?

El monitoreo y la evaluación son un canal de retroalimentación con el público objetivo. El monitoreo suministra la información necesaria sobre la marcha del proceso y de las actividades. La evaluación permite medir los resultados que se van produciendo en relación con los objetivos planteados, para de acuerdo a ello, tomar decisiones a fin de realizar las correcciones necesarias.

Toda estrategia que no esté sometida a un proceso permanente de seguimiento (monitoreo) y de medición u observación (evaluación) de los cambios inducidos, pone en riesgo el logro de los objetivos planteados.

Los tipos de evaluación son los siguientes: Evaluación participativa de necesidades (en el diagnóstico), evaluación participativa de proceso (monitoreo) y evaluación participativa de resultados (logro de objetivos).¹²

2.1.3 Educación para la salud. La educación es un derecho para todas las personas, hombres y mujeres, de todas las edades. La educación es capaz de ayudar a garantizar un mundo más seguro, más sano, más próspero y ambientalmente más puro y que simultáneamente contribuye al progreso social, económico y cultural. La educación es una condición indispensable, aunque no suficiente, para el desarrollo personal y el mejoramiento social.

La educación busca el desarrollo de las capacidades humanas para formar una persona plena. Este desarrollo adquiere un doble movimiento, el de extraer, sacar, desplegar del interior de la persona sus grandes potencialidades y el de conducir esas potencialidades para el logro de una personalidad completa en sus diversas dimensiones humanas.

La educación para la salud es un proceso de desarrollo del fomento de la motivación, las habilidades personales y la autoestima, necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud. La educación para la salud incluye no sólo la información relativa a las condiciones sociales, económicas y ambientales que influyen en la salud, sino también la que se refiere a los factores de riesgo y comportamientos de riesgo.

La educación para la salud designa “las ocasiones de aprendizaje deliberadamente puestas en marcha para facilitar los cambios de comportamiento en vista de alcanzar un objetivo determinado con anticipación”. Tal proceso ayuda a los individuos y a los grupos a tomar conciencia de los problemas que pueden constituir una amenaza a su calidad de vida y los incita a crear y a reivindicar

condiciones favorables a su salud. Además “la educación para la salud es un proceso planificado y sistemático de comunicación y de enseñanza aprendizaje orientado a hacer fácil la adquisición, elección y mantenimiento de las prácticas saludables y hacer difíciles las prácticas de riesgo”.¹³

En este contexto la educación para la salud es una estrategia fundamental para la promoción de la salud y específicamente para promover comportamientos y por ende estilos de vida saludables en la población. En un sentido amplio “La educación para la salud es toda actividad libremente elegida que participa en un aprendizaje de la salud o de la enfermedad, es decir, es un cambio relativamente permanente de las disposiciones o de las capacidades del sujeto. Una educación para la salud, eficaz, puede así producir cambios a nivel de los conocimientos, de la comprensión o de las maneras de pensar; puede influenciar o clarificar los valores; puede determinar cambios de actitudes y de creencias; puede facilitar la adquisición de competencias; incluso puede producir cambios de comportamientos o de modos de vida”.

Considerar que los cambios de comportamiento que pretende lograr la educación para la salud han de ser “voluntarios” implica una percepción antropológica de que todo individuo posee un modo de vida propio que viene condicionado por su herencia, su desarrollo, su cultura y su entorno y que, por tanto, cada persona tiene su propia forma de comportarse, sus actitudes, sus valores, sus experiencias y sus conocimientos específicos. Pero, al mismo tiempo, supone una concepción de la educación para la salud como proceso facilitador de cambios en los estilos de vida de los sujetos, que éstos podrán asumir o no, sin ejercer ningún tipo de manipulación conductual sobre ellos.

Los “comportamientos saludables” que se pretende conseguir con los proyectos educativos para la salud son aquellos que nos permiten mejorar nuestro estado de salud. Con ello se alude no sólo al resultado de las actividades educativas sino también a la influencia de las acciones emanantes de diversas instancias sobre la salud, esto es, sobre las condiciones de vida, ambientales o de servicios prestados a la población.¹⁴

2.1.4 Metodología de la educación para la salud. Para aplicar la educación para la salud es necesario aplicar una metodología adecuada que incorporen métodos de aprendizaje activos, que vayan dirigidos hacia las influencias sociales y la de los medios de comunicación de masas, que refuercen los valores individuales y las normas grupales, que promuevan el desarrollo de habilidades sociales fundamentalmente.

Una estrategia especialmente efectiva es el trabajo en grupo de iguales. Sus principales ventajas son: Mayor adecuación de los contenidos y estrategias, mayor motivación y crédito de la información. Los adolescentes conceden mucho mayor valor a la información obtenida en el grupo que a la suministrada desde arriba. El

alumno debe llegar a hacer suya la actividad de aprendizaje, y el educador debe jugar el papel de facilitador del aprendizaje. En este sentido, se debe procurar siempre por usar métodos participativos que potencien la adquisición de habilidades sociales, la competencia en la comunicación, la resolución de conflictos; que incidan en la responsabilidad, en la toma de decisiones y que faciliten la práctica de las habilidades aprendidas.

En este sentido decía la OMS (1983): Si enfocamos la educación sanitaria desde un modelo participativo, y adaptado a las necesidades, la población adquirirá una responsabilidad en su aprendizaje y éste no estará centrado en el saber, sino también en el saber hacer.

La educación para la salud, se realiza en la educación formal a través de la incorporación en el currículo educativo de contenidos de promoción de la salud, asimismo en la educación no formal desarrollando sesiones de aprendizaje en organizaciones de base, comunidades, grupos, etc.

En el campo de la educación para la salud se viene promoviendo las escuelas saludables a fin de propiciar acciones integrales de promoción de la salud, en torno al centro educativo como una oportunidad para la vida, el trabajo y el aprendizaje, promoviendo el desarrollo humano sostenible de las niñas, los niños y los jóvenes a través del desarrollo de habilidades y destrezas para cuidar su salud, la de su familia y comunidad y apropiarse críticamente de los saberes, competencias, actitudes y destrezas necesarios para comprender y transformar la realidad. Forma personas creativas, seguras de sí mismas, críticas e innovadoras, crea valores de autoestima, autovaloración y asertividad.

2.2 EL MERCADEO SOCIAL. CAMBIOS QUE LO REQUIEREN

Ante todo es un área del mercado que excede el ámbito comercial ya que su metodología se basa en investigar y satisfacer necesidades de tipo social, humano y espiritual lo que implica que su campo de acción se extiende a asociaciones y fundaciones públicas y privadas sin ánimo de lucro, organizaciones no gubernamentales, entidades del estado, organizaciones internacionales de servicio humanitario y organismos multilaterales de cooperación.

Aquí cabe aclarar que algunas empresas privadas y emporios multinacionales han abierto departamentos especializados en hacer obras generosas, a los cuales han llamado de marketing o mercadeo social, y aunque en esencia lo hacen, en el fondo su labor se basa en la internacionalidad de posiciones como marca en la mente de los consumidores, lo cual sigue siendo un objetivo comercial, por eso hoy a este tipo de publicidad se le ha asignado mas bien el nombre de publicidad cívica o publicidad del bien social, para hacer una separación exacta de los fines de cada una de las asociaciones.

El mercadeo o marketing social es una estrategia que permite el cambio de ideas, creencias, hábitos, mitos, actitudes, acciones, comportamientos, conductas, valores o prácticas sociales para mejorar y desarrollar integralmente la salud de los individuos y las comunidades intervenidas por los planeadores de la salud, mediante la investigación de necesidades, la planeación, la ejecución y control de programas de comunicación y educación social en salud; basado en las mismas técnicas analíticas del mercadeo comercial que permiten el análisis y conocimiento ordenado y sistematizado del producto social a promover (la salud), la comunidad (audiencia o grupo objetivo a intervenir), y las diferentes variables que median entre estos dos (factores individuales, colectivos, ambientales y culturales), para diseñar mensajes, seleccionar los medios de difusión, difundir los mensajes, y controlar y evaluar el impacto de los mismos, que reforzaran los hábitos y los comportamientos saludables.

Como se puede percibir, es una definición que no se queda solo en los aspectos puntuales del marketing sino que de una vez considera las variables comunicativas y de aprendizaje que envuelven el entorno de la promoción de la salud y que podrían resumirse en una tecnología de cambio democrático, basada en programas que parten de la base de objetivos con ideales sociales y apoyada en la investigación de necesidades sociales de desarrollo político, económico, social y cultural para producir o reforzar hábitos y conductas saludables.

Contrario a lo que ofrece el marketing comercial, el mercadeo social “vende” beneficios abstractos tales como: ideas, hábitos, actitudes, creencias, mitos, principios, acciones, valores, comportamientos, actos, prácticas y conductas; es por tal razón, que sus resultados son difíciles de obtener y cuantificar, pues se trata de cambiar radicalmente estilos culturales, formas de vida, visiones del mundo y esto solo se logra en el mediano o largo plazo y con un trabajo metódico y constante; de ahí que a muchos no les interesa este tipo de trabajo, terminen interrumpiéndolo o a numerosas entidades no les importe su aplicación o financiación.¹⁵

Además de lo anterior, es necesario subrayar que a los productos sociales los pueden acompañar los productos tangibles y estos tangibles se pueden empaquetar de una forma física que el empaquetado permita reforzar el producto social; por ejemplo, en una campaña de planificación familiar se pueden donar píldoras anticonceptivas, condones, etc. y a los empaques colocar textos que ayuden a fortalecer la idea de la planificación; en una campaña de rehidratación oral se pueden obsequiar los sobres de sales hidratantes; en una campaña de salud oral se puede entregar el kit de aseo dental (cepillo, ceda y vaso) o cartillas, plegables, manuales, afiches, calcomanías, en fin, la limitante está en la creatividad y el presupuesto.

Se debe utilizar el mercadeo cuando la falta de información o educación es el principal obstáculo para cambiar, ya que esto produce temores, ansiedades y

desconfianzas que en el fondo obstaculizan la actuación de la audiencia; cuando es afectada la cultura tradicional, porque romper esquemas y arraigos culturales de toda una vida o generaciones no es fácil; y cuando las diferentes instituciones responsables de impulsar el desarrollo social actúan de forma dispersa, es decir, no realizan labores de forma conjunta en torno a una misma causa, sino que cada organización lo hace por su cuenta, esto provoca suspicacias y temores que desorientan y confunden a la audiencia, la que ante tal circunstancia no sabe que hacer y termina prefiriendo seguir con lo tradicional.

2.2.1 Tipos de cambios que requieren del Mercadeo Social. Los cambios que busca el mercadeo social van desde lo racional hasta las acciones, pasando por los valores y patrones de comportamiento.

- **Cognitivos:** En cuanto a la aplicación de la inteligencia en el cambio, es necesaria porque el cambio parte de la buena información que posea la audiencia, esta información le permitirá comprender, adquirir conocimiento y educarse en lo que está haciendo y en los que debe hacer.
- **De valores:** Una vez informada y educada la audiencia, lo que se espera es que ésta altere sus creencias y valores, es decir, adopte una nueva cultura.
- **De patrones de comportamiento:** Al haber superado la audiencia sus barreras de información y conocimiento y haber logrado cambiar o invertir sus valores, el siguiente paso a favor del cambio y en la obtención de una mejor calidad de vida es el cambio del viejo y la adopción del nuevo modelo de acción.
- **De acción:** Todo el esfuerzo de los planeadores e interventores en promoción de la salud, la colaboración de las diferentes instancias e instituciones a quienes se recurrió para darle viabilidad al proyecto y el dinero invertido encuentran justificación cuando se logra que la audiencia emprenda una acción específica, a la que se le ha persuadido, pues ella ha sido la razón de ser de todo el trabajo.

Los principales enemigos del cambio son dos, de un parte la falta de información y preparación adecuada, ya que todas las personas experimentan temores ante lo desconocido o sienten ansiedad por lo nuevo, sobre todo, por lo que se van a encontrar, situación apenas natural. De otra parte, la resistencia, promovida por la tradición que cada uno lleva dentro de si u ocasionada pro la misma falta de información y preparación.

La investigación en el mercadeo social y la promoción de la salud se convierte en estrategia porque es un proceso que permite conocer las variables antropológicas, psicológicas, sociológicas y las necesidades de la comunidad; porque provee

información determinante que puede ser analizada y utilizada en el proceso de cambio como gustos, afinidades, imaginarios, fantasías, deseos, motivaciones, creencias, mitos, ideas, costumbres, hábitos, practicas, conductas, simbolismos, lenguajes, usos y gratificaciones, factores personales y ambientales; porque es un proceso que identifica expectativas, creencias y hasta las tergiversaciones de seguidores, opositores y personas neutras al cambio.

2.2.2 Actualización del mercadeo social a la promoción de la salud. Por mucho tiempo la ONU, la OMS, la OPS, y la UNICEF invirtieron grandes cantidades de dinero, miles de millones de dólares, en campañas y proyectos de promoción, preservación o mejoramiento de las condiciones de salud de los pobladores del tercer mundo, dinero que estas mismas organizaciones consideran en gran parte perdido por no haber tenido herramientas que les permitieran ser tácticos y estratégicos a la hora de diseñar, ejecutar, controlar y evaluar para ajustar sus proyectos a las condiciones específicas de cada comunidad intervenida para obtener éxito.

De hecho, puede que no sea la única ni la última técnica para alcanzar los objetivos propuestos en este tipo de proyectos, pero a pesar de su embrionario y aun desconocido potencial, ya ha presentado grandes beneficios y satisfacciones a quienes la han utilizado, tanto que las empresas privadas tan utilitaristas y exigentes de los resultados y las ganancias están haciendo uso del mercadeo social patrocinando eventos y campañas para obtener beneficios de posicionamiento en la mente de los consumidores como “agentes solidarios”, y con ello influir en la mente de éstos a la hora de la elección y compra de productos, para que prefieran los suyos, y así obtener mayores ingresos.¹⁶

2.3 LOS MENSAJES EDUCATIVOS

Conociendo los factores que hacen que un mensaje tenga el suficiente impacto, se puede definir que un mensaje educativo es todo gesto, palabra, señal, símbolo, que es enviado de forma verbal o escrita, por una persona o entidad, a la sociedad. La percepción de los mensajes puede ser, auditiva en el caso de la radio, visual en la prensa y en los carteles, audiovisual en el cine y en la televisión. Los mensajes se pueden dividir en:

- **Mensaje lingüístico:** Está formado por una o más palabras.
- **Mensaje icónico:** Las imágenes son signos que guardan semejanza con los objetos que representan. La representación fotográfica nunca coincide totalmente con la percepción visual de la realidad. Es un mensaje continuo o

global constituido por la imagen entera de la fotografía que nos representa el escenario, los personajes y los seres. Es un mensaje denotativo.

- **Mensaje icnográfico:** Al mismo tiempo que percibe el mensaje icónico, el espectador también interpreta una serie de connotaciones asociadas a la imagen fotográfica. Interpreta objetos, colores, enfoque, etc.

Para que los mensajes educativos sean efectivos es necesario seleccionarlos y jerarquizarlos. Es así que hay dos tipos de mensajes definidos de acuerdo a su importancia.

- **Mensaje principal:** Es aquel que tiene que estar presente en primer lugar en el discurso educativo. De su transmisión depende el logro de los objetivos del aprendizaje.
- **Mensaje secundario:** Es aquel que refuerza el mensaje principal y ayuda a que puedan cumplirse los objetivos.

Todo mensaje debe cumplir una serie de objetivos:

- Responder a la formulación de los objetivos de aprendizaje y los ejes temáticos.
- Motivar a los ciudadanos para que interioricen los nuevos conocimientos de manera directa y breve.

En su formulación, los mensajes de salud deben ser claros, sencillos, directos y motivadores. De allí que sea necesario considerar, entre otros los siguientes aspectos:

- **La respuesta:** Permite saber si los mensajes son entendidos por la población; estas respuestas pueden ser adecuadas o inadecuadas.
- **La repetición:** Luego de dar un mensaje se debe repetir varias veces para que quien lo recibe lo entienda, lo recuerde y lo lleve a la práctica.
- **La interrupción:** Es una ocurrencia que hace que el mensaje se vea interferido, impidiendo que la comunicación sea adecuada y puede ser de tres tipos: la bulla, el ruido mental, el ruido sentimental.

Estos mensajes deben ser evaluados para determinar la manera como la comunicación es capaz de afectar un determinado fenómeno de salud, es preciso evaluar no solo el impacto sino también el proceso del mensaje, para determinar si en la comunidad quedó un aprendizaje útil que implique una conducta esperada, la cual deberá ser ejecutada posteriormente. La evaluación del proceso es necesaria

puesto que ni el éxito ni el fracaso en los logros permiten explicar la manera como la comunicación intervino ni el peso que tuvo en el resultado final. Si en el proceso del diseño del mensaje educativo se han definido claramente los objetivos, es perfectamente posible adelantar acciones evaluativas que reduzcan la incertidumbre sobre los posibles resultados.

La evaluación previa permite reducir la distancia entre la intención del comunicador y la manera como esa intención queda expresada en un pieza final. El comunicador debe reconocer que todo interlocutor es un reinterpretaor que percibe el mensaje desde su contexto y se hace una lectura particular. Así se debe procurar que, de acuerdo con los objetivos trazados, estos se cumplan al menos en los aspectos básicos que garantizan la comunicabilidad al mensaje.

Existe una preocupante tendencia a juzgar los mensajes desde una mirada puramente subjetiva del evaluador. Para hacer una evaluación eficiente de los mensajes contenidos en la comunicación, ésta necesariamente deberá estar referida al objetivo propuesto y al papel que se le definió al mensaje.¹⁷

2.4 PERCEPCIÓN, MOTIVACIÓN Y COMPORTAMIENTO

Percepción. Es el proceso que integra los estímulos sensoriales sobre objetos, hechos o situaciones y los transforma en experiencia útil.

La percepción comprende principalmente dos procesos: selección de toda la información que nos llega del exterior y predicción de acontecimientos futuros para conocer las consecuencias y reducir sorpresas. Estos dos procesos dan una estructura al proceso perceptivo, en el sentido que la percepción no constituye un continuo procesamiento de estímulos caóticos que se almacenan en la memoria sin orden; sino por el contrario, al percibir una persona o un objeto se crea un orden en todo ese caudal de información. Este orden permite reexaminar la información y de esta manera inferir en comportamientos y situaciones.

Todas las percepciones comienzan por los ojos, permitiendo tener una mayor capacidad de las imágenes que de las palabras, ya que es más fácil recordar lo que se ve que lo que se lee. Algunos factores que influyen en la percepción, son:

- La agrupación: Se tiende a organizar los elementos que se perciben en torno a conjuntos organizados.
- Percepción figura-fondo: Se perciben los elementos separados del fondo, aunque también se puede tener la percepción contraria, percibir el fondo como figura.

- Percepción de contorno: El contorno es precisamente lo que hace distinguir o separar la figura del fondo. Está marcado por un cambio de color o de saturación del mismo.
- Pregnancia: Se tiende a rellenar aquellos huecos de información que nos faltan para completar el objeto completo.

Debido a esto se deben tener en cuenta los diferentes tipos de percepción:

- Percepción extrasensorial: Prescinde de los cinco sentidos normales. La percepción extrasensorial es la percepción que tiene lugar independientemente de ver, oír o cualquier otro proceso sensorial. Está dividida en telepatía, clarividencia y precognición.
- Percepción verídica: Esta ajustada a la realidad; Por el contrario las alucinaciones y las desluciones de los sicóticos se consideran percepciones no verídicas. Las percepciones verídicas pueden ser de dos clases:
 - Positivos falsos: Es asignar a un objeto una cualidad que objetivamente no está presente en él.
 - Negativos falsos: Cuando no se asigna al objeto percibido una cualidad que sí está presente en él.¹⁸

La percepción puede ser descrita como la forma en la que se ve el mundo que nos rodea. Dos individuos pueden estar sujetos a los mismos estímulos aparentemente bajo las mismas condiciones, pero las formas en que nos reconocen, seleccionan, organizan e interpretan es un proceso individual basado en las propias necesidades de cada persona, en sus valores y expectativas.

La percepción del momento esta generada por la motivación ya que esta puede describirse como la fuerza impulsora dentro de los individuos que empuja hacia la acción.¹⁹

La motivación hacia la salud. El concepto de motivación es difícil definirlo, puesto que se ha utilizado en diferentes sentidos. De manera amplia, motivo es aquello que impulsa a una persona a actuar de determinada manera, por lo menos, que origina una propensión hacia un comportamiento específico. Este impulso a actuar puede ser provocado por un estímulo externo (que proviene del ambiente) o puede ser generado internamente en los procesos mentales del individuo. La motivación puede ser de dirección positiva o negativa. Se puede sentir una fuerza impulsora hacia algún objeto o condición, o una fuerza impulsora que aleja de un objeto o condición.

Es obvio pensar que las personas son diferentes: como las necesidades varían de individuo a individuo (Necesidades: Todo individuo tiene necesidades, algunas son innatas, y otras son adquiridas. Las necesidades innatas son fisiológicas, incluyen las necesidades de alimentación, aire, agua, ropa, abrigo y sexo. Debido a que son necesarias para el sostenimiento de la vida biológica se consideran necesidades primarias. Las necesidades adquiridas son aquellas que aprendemos en respuesta a nuestra cultura o medio ambiente. Estas pueden incluir necesidades de estima, prestigio, afecto, poder y aprendizaje. Debido a que las necesidades adquiridas son en general psicológicas se consideran necesidades secundarias.). Estas producen diversos patrones de comportamiento.²⁰

La motivación hacia la salud es definida como procesos autoregulatorios que involucran la selección, activación y la dirección sostenida de conductas que contribuyen positivamente en la salud física. Se asume que la motivación hacia la salud es multidimensional. Las conductas dirigidas hacia el mantenimiento de un adecuado estado de salud, deben ser llevadas a cabo por personas que valoren altamente la salud y tengan altas expectativas de que sus conductas servirán para mejorar su condición o para prevenir enfermedad. Igualmente, la salud debe ser considerada como una meta importante y deseada. Teóricamente, un individuo con alta motivación hacia la salud se involucra en su propia salud. Cambios en el estilo de vida y búsqueda de información en asuntos relacionados con la salud constituyen ejemplos de dicho involucramiento.²¹

El comportamiento. El comportamiento es la forma que tiene una persona de actuar; es el conjunto de las actividades de una persona, incluyendo las acciones físicas, observables directamente y la actividad mental que se infiere e interpreta. El ambiente social tiene una gran incidencia en el comportamiento humano, ya que las personas aprenden no solamente por medio de su propia experiencia, sino también observando las acciones de otros y los resultados de dichas acciones.

2.4.1. El comportamiento como un estilo de vida. A pesar de que los patrones de comportamiento varíen, el proceso que los origina es básicamente el mismo para todas las personas. En ese sentido, existen tres premisas que hacen dinámico el comportamiento humano:

- El comportamiento es causado. Existe una causalidad del comportamiento. Tanto la herencia como el ambiente influyen de manera decisiva en el comportamiento de las personas, el cual se origina en estímulos internos o externos.
- El comportamiento es motivado. En todo comportamiento humano existe una finalidad. El comportamiento no es casual ni aleatorio, siempre está dirigido u orientado hacia algún objetivo.

- El comportamiento está orientado hacia objetivos. En todo comportamiento existe un "impulso", un "deseo", una "necesidad", una "tendencia", expresiones que sirven para indicar los "motivos" del comportamiento.

Desde una perspectiva integral, es necesario considerar los estilos de vida como parte de una dimensión colectiva y social, que comprende tres aspectos interrelacionados: el material, el social y el ideológico.

En lo material, el estilo de vida se caracteriza por manifestaciones de la cultura material: vivienda, alimentación, vestido.

En lo social, según las formas y estructuras organizativas: tipo de familia, grupos de parentesco, redes sociales de apoyo y sistemas de soporte como las instituciones y asociaciones.

En el plano ideológico, los estilos de vida se expresan a través de las ideas, valores y creencias que determinan las respuestas o comportamientos a los distintos sucesos de la vida.

En este contexto se definen los estilos de vida como los procesos sociales, las tradiciones, los hábitos, conductas y comportamientos de los individuos y grupos de población que conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar el bienestar y la vida.

Los estilos de vida son determinados por la presencia de factores de riesgo y/o de factores protectores para el bienestar, por lo cual deben ser vistos como un proceso dinámico que no solo se compone de acciones o comportamientos individuales, sino también de acciones de naturaleza social.

Teorías de cambio de comportamiento en salud. Los estilos de vida saludables comprenden aspectos materiales, la forma de organización y los comportamientos. Se puede mencionar como estilos de vida saludables el estar en un ambiente saludable, tener relaciones armoniosas, adecuada autoestima, buena comunicación y conductas saludables.

Existen en la sociedad estilos de vida que no son saludables como el alcoholismo, conductas inadecuadas en la salud como la mala nutrición, el tabaquismo, etc. los cuales se deben de ir cambiando a través de diferentes estrategias y entre las más importantes las comunicativas y educativas en salud, siendo necesario para ello conocer las diferentes teorías de cambio de comportamiento en salud.

No hay una sola teoría que domine la educación sanitaria y la promoción de la salud. Ni debería haberla, ya que los problemas de salud, los comportamientos, las poblaciones, las culturas y los contextos de salud pública son amplios y variados. Para una adecuada ejecución y dirección de las acciones de

comunicación y educación en salud, se sistematiza a continuación las teorías con mayor acercamiento al campo de la salud tanto a nivel individual y grupal.

Teorías para el cambio individual. Las teorías del cambio individual parten del punto de vista en que el individuo es la referencia más importante e inmediata para propiciar los cambios de comportamiento en la población. En este caso se señala que el nivel individual es el nivel básico para empezar a desarrollar la práctica ya que en el otro nivel, los grupos, organizaciones y comunidades se componen de individuos.

1. Teoría de etapas o estados del cambio.- Esta teoría tiene que ver con la disposición de los individuos al cambio o al intento de cambiar hacia comportamientos saludables. Su premisa básica es que el cambio de comportamiento es un proceso y no un acto. Como parte de este proceso se identifican cinco etapas diferentes: precontemplación, contemplación, decisión/determinación, acción y mantenimiento. También se señala que este proceso no es lineal, sino más bien circular; es decir, las personas no pasan por estas etapas y las superan, sino que pueden entrar y salir en cualquier momento del proceso, y con frecuencia reanudarlo.

2. Teoría de creencias en salud.- Este modelo de creencias en salud aborda las percepciones que tiene una persona de la amenaza de un problema de salud y de la evaluación de un comportamiento recomendado para prevenir o manejar un problema. Este modelo resulta útil para analizar la falta de acción o de incumplimiento de las personas, identificando las razones para ello. El modelo de creencias en salud tiene un buen ajuste cuando el comportamiento o la afección que constituye un problema suscitan una motivación de salud, ya que precisamente es su punto central o de partida de todo proceso.²²

2.5. MITOS Y CREENCIAS

La comunicación debe propender por conocer todos aquellos elementos que desde lo cultural (mitos, creencias, valores, etc.) determinan los comportamientos individuales y colectivos. La calidad de la comunicación depende de la capacidad de comprender a los interlocutores, de tal manera que la interlocución se vuelve significativa, es decir afecte la argumentación del otro. Eso solo puede darse si como parte del proceso de comunicación se destinan esfuerzos previos a investigar, a conocer aquellos aspectos provenientes de la cultura que arman la forma de comportarse de los individuos (saber, creer, actuar) frente a la cual actúa el comunicador.

El mito es el compendio de los conocimientos basados en leyendas, cuentos, historias y religiones. Estos conocimientos provienen generalmente de fuentes que se pierden en el remoto pasado. De manera que la comprobación de los hechos, resulta imposible.

La mitología comprende los siguientes temas:

- Religiones.
- Sagas o leyendas heroicas: éstas generalmente tienen algún elemento histórico en su origen, pero el contexto de la historia en sí, esta mezclada con narración ficticia.
- Folktales, o leyendas: fueron creados con el único interés de entretener a la audiencia.
- Tradiciones: se refieren principalmente a ritos y costumbres que conllevan generalmente algunos elementos morales.
- Supersticiones: son generalmente del orden metafísico y se refieren a las narraciones fantásticas de los dioses, de los encantos, y la magia con los que es posible alterar las leyes naturales y desde luego las brujerías, apariciones y curaciones milagrosas.

Es importante mencionar que los mitos pueden estar basados o no, en hechos reales. Solo que no existe la posibilidad de su comprobación. En el caso de que compruebe que un mito es verdadero, deja de serlo para transformarse en historia.

Una creencia es una aceptación o asentimiento de una idea o hecho. Contrarias al pensamiento científico, las creencias son más ideas introspectivas que juicios intelectuales. Las creencias se dividen en racionales e irracionales:

- Racionales: Son objetivas, se fundan en la experiencia y la información científica.
- Irracionales: Son subjetivas, en cuestiones personales (la fe, por ejemplo) y sentimentales.²³

Los mitos y creencias sobre la salud y la enfermedad, regulan en gran medida la motivación de las personas hacia los procesos educativos y los predisponen a aceptar o no los nuevos saberes que se transmiten como contenido científico.

2.6 LA EDUCACIÓN A LA COMUNIDAD SOBRE EL CÁNCER

El término cáncer se refiere a un grupo de enfermedades en las cuales las células crecen y se diseminan libremente por el cuerpo. El cáncer ocurre por un descontrol en el crecimiento normal de las células. En los tejidos normales, las tasas relacionadas con el crecimiento de células nuevas y con la muerte de las células viejas se mantienen en balance. En el cáncer se altera este balance. Esta alteración puede ser el resultado del crecimiento descontrolado de células o la incapacidad de las células para someterse a la “apoptosis”. La apoptosis o el suicidio de las células, es el proceso en el cual las células viejas o dañadas se autodestruyen normalmente.

El aumento gradual en el número de células con capacidad para dividirse crea una masa creciente de tejido que se conoce como “tumor” o “neoplasia”. El tumor crecerá rápidamente de tamaño si la división de las células es relativamente rápida y no hay señales “suicidas” que provoquen la muerte de las células. Si las células se dividen más lentamente, el crecimiento del tumor será más lento. Sin importar la rapidez del crecimiento, los tumores crecen en tamaño porque las nuevas células se producen en cantidades mayores de lo que es necesario. La formación normal del tejido se alterará gradualmente, entre más y más se acumulen las células que se dividen.²⁴

2.6.1 Educación acerca del cáncer de mama. Existen varios tipos diferentes de cáncer de mama. El carcinoma ductal comienza en el revestimiento de los conductos que llevan leche al pezón y es responsable por más de tres cuartos de los cánceres de mama. El carcinoma lobular comienza en las glándulas secretoras de leche del seno pero es, a excepción de esto, muy similar en su comportamiento al carcinoma ductal. Otras variedades de cáncer de mama pueden desarrollarse a partir de la piel, grasa, tejido conectivo y de otras células presentes en los senos.

Los factores de riesgo para el cáncer de mama abarcan:

- **Edad y género:** Como sucede con la mayoría de los cánceres, la edad es un factor muy importante. De hecho, un 77% de los casos nuevos y 84% de las muertes por cáncer de mama ocurren en mujeres de 50 años o más. Más del 80% de todos los casos ocurre en mujeres de más de 50 años y menos del 1% ocurre en hombres. El riesgo de cáncer de mama está claramente relacionado con influencias hormonales, pero no está claro cómo afectan éstas la enfermedad y particularmente los tipos de enfermedad.
- **Factores genéticos y antecedentes familiares de cáncer de mama:** Algunas familias parecen tener una tendencia genética para el cáncer de mama. Los investigadores han identificado otros genes defectuosos que pueden causar cáncer de mama. Estos hechos sugieren que el cáncer de mama se debe al

crecimiento a partir de células genéticamente dañadas. Se sabe que ese daño genético se acumula gradualmente en las células del cuerpo con el tiempo. Las influencias hormonales son importantes, porque estimulan el crecimiento celular. Altos niveles hormonales durante los años reproductivos de una mujer, especialmente cuando éstos no han sido interrumpidos por los cambios hormonales del embarazo, parecen aumentar las posibilidades de que las células genéticamente dañadas crezcan y causen el cáncer.

- Menarquia temprana y menopausia tardía: Las mujeres que inician tempranamente sus períodos menstruales (antes de los 12 años) o llegan a la menopausia después de los 55 tienen un riesgo mayor. Igual sucede con aquellas que no tuvieron hijos o los tuvieron después de los 30 años de edad.
- Anticonceptivos orales: Los anticonceptivos orales pueden aumentar ligeramente el riesgo de sufrir cáncer de mama, dependiendo de la edad, el tiempo de uso y otros factores. Nadie sabe por cuánto tiempo se mantiene este efecto después de suspenderlos.
- Terapia de sustitución hormonal: Se ha demostrado que el uso de terapia de sustitución hormonal aumenta el riesgo de sufrir cáncer de mama.
- Características físicas: El papel de la obesidad como factor de riesgo sigue siendo controvertido. Algunos estudios muestran que sí lo es y que se asocia posiblemente con la producción de altos niveles de estrógenos en las mujeres obesas.
- Consumo de alcohol: El alto consumo de alcohol (más de 1 ó 2 tragos al día) se relaciona con un mayor riesgo de sufrir cáncer de mama.
- Químicos: Varios estudios han señalado que la exposición a sustancias químicas similares a los estrógenos, que se encuentran en pesticidas y ciertos productos industriales, puede aumentar también este riesgo.
- Otros factores de riesgo: Varios estudios han mostrado que el haber tenido tumores previos en las mamas, útero, ovarios o colon, y antecedentes de cáncer en la familia aumentan el riesgo de sufrir cáncer de mama.

Síntomas, son generalmente perceptibles en estadíos avanzados del cáncer, están las protuberancias en las mamas o masas mamarias, las:

- Protuberancias o masas mamarias o en la axila, se identifican durante el auto examen de mama, suelen ser indoloras, de firmes a duras y, por lo general, con bordes irregulares

- Cambio en el tamaño o forma del seno
- Secreción anormal del pezón
 - Suele ser un líquido sanguinolento o de claro a amarillento o verdoso
 - Puede parecer pus (purulento)
- Cambios en el color o sensación de la piel del pezón o de la areola
 - Con orificios, fruncido o escamoso
 - Retracción, apariencia de "concha de naranja"
 - Enrojecimiento
 - Venas acentuadas en la superficie del seno
- Cambios en la apariencia o sensibilidad del pezón
 - hundido (retracción), agrandamiento o picazón
- Dolor, aumento de tamaño o molestia sólo de un lado.
- Cualquier protuberancia en el seno, dolor, sensibilidad u otro cambio en un hombre.
- Los síntomas de enfermedad avanzada son dolor óseo, pérdida de peso, inflamación de un brazo y ulceración cutánea.

Signos y exámenes. Todos los cambios preocupantes en las mamas deben ser confirmados e investigados por un profesional de la medicina. Después de obtener tanta información como sea posible acerca de los síntomas y los factores de riesgo, el médico lleva cabo un examen físico que incluye las dos mamas, axilas y el área del cuello y el tórax. Se pueden recomendar exámenes y tratamientos adicionales luego.

- La mamografía radiológica puede ayudar a identificar la masa mamaria.
- La ultrasonografía (sonograma) puede mostrar si la protuberancia es sólida o contiene líquido.
- La aspiración con aguja o biopsia con aguja de las masas de la mama pueden mostrar si están llenas de líquido y proveer material para enviar al laboratorio para su análisis. En el caso de anomalías muy pequeñas, visibles sólo en la mamografía, son necesarias técnicas especiales.
- Una biopsia quirúrgica o extracción de una masa de la mama brinda una porción o toda una masa de la misma para estudio en el laboratorio.

Si se diagnostica un cáncer de mama deben practicarse otros exámenes, incluyendo radiografías de tórax y exámenes de sangre. Luego puede indicarse cirugía, radiación, quimioterapia o una combinación de éstas, no sólo para el tratamiento, sino para ayudar a determinar la etapa en que está la enfermedad. La definición de dicha etapa es importante para orientar tanto el tratamiento como el seguimiento y para tener una idea acerca de lo que se debe esperar en el futuro.

Tratamiento. La selección del tratamiento inicial está basada en muchos factores. Para los cánceres en etapas I, II ó III, las principales consideraciones son tratar adecuadamente el cáncer y evitar la recurrencia, ya sea en el lugar del tumor original (local) o en cualquier otra parte del cuerpo (metastásica). Para la etapa IV, el objetivo es mejorar los síntomas y prolongar la supervivencia, sin embargo, en la mayoría de los casos el cáncer en etapa IV no se puede curar.

- La cirugía puede consistir sólo en extracción del tumor de la mama (tumorectomía), o mastectomía parcial, total o radical, por lo general con la extracción de uno o más ganglios linfáticos de la axila. A menudo, se utilizan procedimientos especiales para encontrar los ganglios linfáticos a los que más probablemente se ha diseminado el cáncer (ganglios centinela).
- Se puede dirigir terapia por radiación al tumor, la mama, la pared torácica o a otros tejidos que se conoce o se sospecha queden con células cancerosas.
- La quimioterapia se utiliza para ayudar a eliminar las células cancerosas que aún puedan quedar en la mama o que ya se hayan diseminado a otras partes del cuerpo.

La mayoría de las mujeres recibe una combinación de estos tratamientos. Para los tumores en etapa 0, el tratamiento estándar es la mastectomía o tumorectomía más radiación.

Después de la cirugía, se puede recomendar quimioterapia o terapia hormonal o ambas. La presencia de tejido canceroso de la mama en los ganglios linfáticos axilares es muy importante para la definición de la etapa del proceso y el tratamiento y seguimiento apropiados.

Las pacientes en la etapa III por lo general se tratan con cirugía seguida de quimioterapia con o sin terapia hormonal. También se puede considerar la radioterapia bajo circunstancias especiales.

El cáncer de mama en etapa IV se puede tratar con cirugía, radiación, quimioterapia, terapia hormonal o una combinación de éstas (según la situación).

Prevención. Muchos de los factores de riesgo no se pueden controlar. Algunos expertos en el campo de nutrición y cáncer coinciden en que, generalmente, es posible reducir los riesgos a través de cambios en la dieta y en el estilo de vida.

La mayoría de los esfuerzos se han concentrado en la detección temprana, ya que el cáncer de mama se trata más fácilmente y a menudo es curable si se detecta a tiempo. El autoexamen de mamas, el examen clínico de las mamas por parte de un profesional entrenado y la mamografía son las tres herramientas para la detección temprana.

La mayoría recomienda auto exámenes de mama mensuales, la semana siguiente al período menstrual si la persona tiene 20 años o más. Los exámenes clínicos regulares por parte de un profesional de la salud se recomiendan para mujeres entre los 20 y 39 años de edad y al menos cada tres años. A partir de los 40 años de edad, las mujeres deben hacerse un examen clínico regular con un profesional de la salud 1 vez al año.

La mamografía es la forma más efectiva de detectar precozmente el cáncer de mama. La Asociación Estadounidense contra el Cáncer (American Cancer Association) recomienda la realización de mamografías cada año para todas las mujeres de 40 años o más.

El Instituto Nacional de Cáncer de los Estados Unidos (*National Cancer Institute*) la recomienda cada 1 ó 2 años para mujeres mayores de 40 años o más. Para aquellas mujeres con factores de riesgo, entre los que se cuenta la historia de familiares cercanos con cáncer, las mamografías anuales deben comenzar a realizarse 10 años antes de la edad que tenía el pariente afectado al momento de su diagnóstico.²⁵

2.6.2 Educación acerca del cáncer de cérvix. Es un cáncer del cuello uterino, la porción del útero que está unida al extremo superior de la vagina. El 90% de los cánceres cervicales se originan de las células planas o "escamosas" que cubren el cuello uterino. La mayoría del 10% restante se origina en las células glandulares secretoras de moco ubicadas en el conducto cervical que conduce al interior del útero.

Causas, incidencia y factores de riesgo. El desarrollo del cáncer cervical es un proceso gradual que comienza como una condición pre-cancerosa llamada displasia. A este nivel es 100% tratable y, por lo general, no se necesita practicar una histerectomía (extracción quirúrgica del útero).

La displasia, dependiendo de su severidad, puede resolverse sin tratamiento, particularmente en mujeres jóvenes. Sin embargo, con frecuencia evoluciona hasta un verdadero cáncer, llamado "carcinoma in situ" (CIS) cuando todavía no se ha extendido, o "microinvasivo" cuando lo ha hecho sólo unos pocos milímetros hacia el tejido circundante, sin haber penetrado en los vasos sanguíneos ni los canales linfáticos.

Puede tomar muchos años para que la displasia se convierta en carcinoma in situ o en cáncer microinvasivo, pero una vez que se presenta este proceso, el cáncer se puede extender rápidamente hacia el interior de los tejidos vecinos y hacia otros órganos como la vejiga, los intestinos, el hígado o los pulmones.

Por lo general, las pacientes con cáncer cervical no experimentan problemas hasta que la enfermedad ha avanzado y se ha diseminado. Un frotis de Papanicolaou puede detectar la displasia y las formas iniciales de cáncer cervical que aún no se ha diseminado. La mayoría de las mujeres diagnosticadas en la actualidad con cáncer cervical nunca se han hecho el frotis de Papanicolaou o no se les han hecho seguimiento después de tener un frotis anormal.

Los factores de riesgo para cáncer cervical son:

- Infección con el virus que causa las verrugas genitales (virus del papiloma humano o VPH) que puede aumentar el riesgo de desarrollar displasia y cáncer posteriormente. Afortunadamente, no todas las mujeres que han tenido una infección con el VPH o verrugas genitales desarrollan cáncer de cuello uterino. Algunos científicos consideran que otros factores como el fumar pueden aumentar el riesgo de desarrollar cáncer de cuello uterino en aquellas que han tenido VPH.
- Inicio temprano de las relaciones sexuales.
- Tener varios compañeros sexuales o una pareja que a su vez tiene varios compañeros.
- A comienzos de la década de los 70, se descubrió que las mujeres cuyas madres tomaron durante su embarazo un medicamento estrogénico llamado DES (dietilestilbestrol) están en riesgo de sufrir una forma rara de cáncer cervical y vaginal.
- Hay un riesgo ligeramente mayor de resultados anormales en el frotis de Papanicolaou en mujeres que toman pastillas anticonceptivas. Se piensa que esto es debido a que estas mujeres son más activas sexualmente, menos proclives al uso de condones y se practican más exámenes de control para recibir la indicación de las pastillas anticonceptivas.
- Están igualmente en mayor riesgo las mujeres cuyo sistema inmunológico se ha debilitado, como es el caso de las que tienen infección por VIH o las que han recibido trasplantes de órganos y están tomando medicamentos inmunosupresores.
- Las infecciones por herpes genital o infecciones crónicas por Clamidia, que son de transmisión sexual, pueden aumentar el riesgo.

- Las mujeres pobres pueden presentar un riesgo mayor debido a que no están aseguradas o no pueden tener acceso regular al frotis de Papanicolaou.
- Se cree que el frotis de Papanicolau ha reducido la tasa de mortalidad por esta enfermedad en un 70% desde cuando se introdujo en 1941. Sin embargo, se sigue diagnosticando cáncer cervical a muchas mujeres en los Estados Unidos. En el año 2000, se diagnosticó cáncer de cuello uterino en 12.800 mujeres y hubo 4.600 muertes por esta enfermedad.

Síntomas. En sus etapas más tempranas, el cáncer cervical es más tratable y por lo general no produce ningún síntoma.

Cuando los síntomas aparecen, los más comunes son:

- Sangrado vaginal anormal
 - entre períodos menstruales
 - luego del coito
 - luego de una ducha
 - después de la menopausia
- Secreción vaginal pálida, aguada, rosada, marrón o con sangre y persistente; puede ser oscura y con mal olor

Los síntomas de la enfermedad avanzada son:

- anorexia (pérdida del apetito)
- pérdida de peso
- fatiga
- dolor en la espalda o dolor en las piernas
- pérdida involuntaria de orina o heces por la vagina a través de un pasaje anormal tipo tubo (fístula) que conecta la vagina con la vejiga o el recto

Signos y exámenes. El cáncer de cuello uterino invasivo a menudo aparece como un crecimiento carnosos irregular, con frecuencia firme o duro que tiende a sangrar fácilmente. Sin embargo, aún en el examen pélvico por parte de un médico, los pre-cánceres y aún los cánceres de cuello uterino iniciales con frecuencia no son visibles a simple vista. Son necesarios exámenes especiales para diagnosticar los pre-cánceres y los cánceres de cuello uterino:

- El frotis de Papanicolaou selecciona, pero no diagnostica, los pre-cánceres y los cánceres de cuello uterino.
- La colposcopia es un examen del cérvix con aumento con el fin de localizar una anomalía del cuello uterino.
- La biopsia, la colposcopia o algunas veces el uso de LASER (un electrodo de lazo) u otro instrumento permite hacer un diagnóstico.

- Cuando se encuentra un cáncer cervical se utilizan exámenes adicionales como radiografías, utilizando un instrumento para ver dentro de la vejiga (cistoscopia) y el recto y colon (colonoscopia), para determinar cuánto se ha extendido el cáncer y en qué etapa está.

Tratamiento

El tratamiento del cáncer de cuello uterino depende del tipo de cáncer, la etapa, el tamaño y forma del tumor, la edad, la salud general de la mujer y el deseo de embarazos futuros.

En las etapas más tempranas, la enfermedad es curable con la remoción o destrucción de los tejidos pre-cancerosos o cancerosos. Con frecuencia, esto puede hacerse de varias maneras sin extirpar el útero ni dañar el cuello uterino, para que la mujer pueda seguir siendo capaz de tener hijos.

En otros casos, se realiza una remoción simple del útero (histerectomía) con o sin extracción de los ovarios. En casos más avanzados, puede realizarse una histerectomía radical para extirpar el útero y mucho de los tejidos circundantes, incluyendo los ganglios linfáticos internos. En la cirugía más extrema, denominada una exenteración pélvica, se retiran todos los órganos de la pelvis, incluidos la vejiga y el recto.

Es posible utilizar la radioterapia y la quimioterapia para tratar los casos en que el cáncer se ha diseminado más allá de la pelvis. Hay dos tipos de tratamiento con radiaciones: en uno se coloca un instrumento cargado con pastillas radioactivas en la vagina, cerca del cáncer y se conserva en el sitio durante un cierto período de tiempo y, en el otro, un dispositivo externo que irradia las áreas a tratar durante las visitas al radioterapeuta. En lo que a quimioterapia se refiere, se utilizan diversos medicamentos o combinaciones de ellos. En algunas ocasiones, se utiliza radiación y quimioterapia antes o después de la cirugía.²⁶

2.7 EL PROFESIONAL DE ENFERMERIA Y LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

La enfermería como profesión de servicio, se encuentra orientada a brindar los cuidados directos a las personas, de tal manera que sus intervenciones, les permitan recuperar y mantener una situación saludable o curar el problema en caso de que las condiciones propias de la patología que padezca así los permitan, adaptarse a los efectos residuales de una enfermedad o prevenir las complicaciones que pudieran derivarse del manejo inadecuado de su cuadro clínico. Se toma en consideración el papel cumplido por la enfermera como integrante del equipo de salud y como base fundamental en el desarrollo de actividades de prevención, mediante el ejercicio del rol asistencial y el rol docente.

La promoción de la salud constituye un proceso político y social global que abarca las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, y las dirigidas a modificar las condiciones sociales y ambientales, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual, consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma.

Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas. Por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sanas, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario.

La promoción de la salud es una combinación de apoyos comunicativos, educativos y ambientales que favorecen las conductas o acciones que contribuyen a la salud. Cumple los objetivos mediante una variedad de actividades, cuyo fin es fomentar comportamientos y estilos de vida saludables. Se centra en las elecciones y responsabilidades personales, y en el cambio social y del medio.

Las condiciones y requisitos para la salud son: la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad. Cualquier mejora de la salud ha de basarse necesariamente en estos prerequisites.

Una buena salud es el mejor recurso para el progreso personal, económico y social y una dimensión importante de la calidad de la vida. Los factores políticos, económicos, sociales, culturales, de medio ambiente, de conducta y biológicos pueden intervenir bien en favor o en deterioro de la salud. El objetivo de la acción por la salud es hacer que esas condiciones sean favorables para poder promocionar la salud.

La promoción de la salud se centra en alcanzar la equidad sanitaria. Su acción se dirige a reducir las diferencias en el estado actual de la salud y a asegurar la igualdad de oportunidades y proporcionar los medios que permitan a toda la población desarrollar al máximo su salud potencial. Esto implica una base firme en un medio que la apoye, acceso a la información y poseer las aptitudes y oportunidades que la lleven a hacer sus opciones en términos de salud. La gente no podrá alcanzar su plena salud potencial a menos que sean capaces de asumir el control de todo lo que determina su estado de salud. Esto se aplica igualmente a hombres y mujeres.

El sector sanitario no puede por sí mismo proporcionar las condiciones previas ni asegurar las perspectivas favorables para la salud y, lo que es más, la promoción de la salud exige la acción coordinada de todos los implicados: los gobiernos, los sectores sanitarios y otros sectores sociales y económicos, las organizaciones benéficas, las autoridades locales, la industria y los medios de comunicación. Las personas de todos los medios sociales están implicadas en tanto que individuos, familias y comunidades.

A los grupos sociales y profesionales y al personal sanitario les corresponde especialmente asumir la responsabilidad de actuar como mediadores entre los intereses antagónicos y a favor de la salud. Las estrategias y programas de promoción de la salud deben adaptarse a las necesidades locales y a las posibilidades específicas de cada país y región y tener en cuenta los diversos sistemas sociales, culturales y económicos.²⁷

2.7.1 Aspectos ético - legales

- **Ley 100 DE 1993:**

Por la cual se crea el Sistema General de Seguridad Social en Salud. En ello acoge la Seguridad social Integral, la cual hace referencia al conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de los cuales disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad.

El Sistema de Seguridad Social Integral tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana mediante la protección de las contingencias que la afecten.

El Sistema comprende las obligaciones del Estado y la Sociedad, las instituciones y los recursos destinados a garantizar la cobertura de las prestaciones de carácter económico, de salud y servicios complementarios conservando los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación, garantizando que la participación en salud se brinde con la mayor calidad y oportunidad posible.

La Seguridad Social es un servicio público obligatorio, cuya dirección, coordinación y control están a cargo del Estado y será prestado por las entidades públicas o privadas en los términos y condiciones establecidas.²⁸

- **Ley 266 de 1996**

La ley 266 de 1996, por la cual se reglamenta la profesión de enfermería en Colombia y se dictan otras disposiciones, se considera importante en esta investigación ya que, establece el ejercicio de la profesión de enfermería, define la naturaleza y el propósito de la profesión, determina el ámbito del ejercicio profesional, desarrolla los principios que la rigen, determina sus entes rectores de dirección, organización, acreditación y control del ejercicio profesional y las obligaciones y derechos que se derivan de su aplicación.

Se resaltan los artículos 3º y 4º dado que en estos se define la profesión de enfermería y su ámbito de ejercicio.²⁹

- **Ley 911 de 2004**

Teniendo en cuenta que el cuidado es inherente a todas las acciones que el profesional de enfermería realiza, se considera importante rescatar algunos aspectos de la Ley 911 de 2004, correspondiente al código deontológico.

En los Artículos 1 y 2 del Capítulo 1, se establecen los principios y valores éticos, y es claro que los profesionales deben defender el respeto a la vida, a la dignidad de los seres humanos y a sus derechos, sin distinciones de edad, credo, sexo, raza, nacionalidad, lengua, cultura, condición socioeconómica e ideología política, son principios y valores fundamentales que orientan el ejercicio de la enfermería. De igual manera se definen los principios sobre los que se soporta el código de responsabilidad deontológica profesional.

En el Artículo 3 se establece que el acto de cuidado de enfermería es el ser y esencia del ejercicio de la profesión. Se fundamenta en sus propias teorías y tecnologías y en conocimientos actualizados de las ciencias biológicas, sociales y humanísticas. El acto de cuidado se da a partir de la comunicación y relación interpersonal humanizada entre el profesional de enfermería y el ser humano, sujeto de cuidado, la familia o grupo social, en las distintas etapas de la vida, situación de salud y del entorno. Implica un juicio de valor y un proceso dinámico y participativo para identificar y dar prioridad a las necesidades y decidir el plan de cuidado de enfermería, con el propósito de promover la vida, prevenir la enfermedad, intervenir en el tratamiento, en la rehabilitación y dar cuidado paliativo con el fin de desarrollar, en lo posible, las potencialidades individuales y colectivas.³⁰

En este marco legal descansa la responsabilidad de la educación para la salud como práctica social de la Profesión de Enfermería. De igual manera, cabe registrar el encargo social dirigido al Profesional de Enfermería y establecido en la

Resolución 00412/2000 donde se establecen las guías de manejo y las normas técnicas para los eventos de interés en salud Pública, entre los que se destaca el de cáncer de mama y cáncer de cervix. En estas normas se describen claramente las temáticas que deben tratarse en la educación individual y grupal para promover la salud y prevenir la morbimortalidad específica por estas causas y los aspectos metodológicos que se describen a continuación.

En virtud de la mencionada Resolución, las actividades de enfermería son programadas para su ejecución en las áreas de competencia y son sustentadas en los programas de salud.³¹. Las funciones de Enfermería en Salud Pública están centradas en la educación, acciones de promoción, prevención, recuperación y restauración de la salud. Son de aplicación intrahospitalaria y extrahospitalaria, en lo social, demográfico y epidemiológico incorporando la tecnología existente.

Las funciones de enfermería en la salud pública tienen particular importancia porque se relaciona con la planificación, gestión, ejecución, supervisión y evaluación de programas de Salud. Se describen las siguientes:

- Capacitar agentes y líderes comunitarios para que participen en los programas de salud.
- Formular y ejecutar programas de educación comunitaria en calidad de proceso continuo dirigido a lograr cambios de actitudes referidos al derecho de prevenir la enfermedad.
- Capacitar al individuo, al núcleo familiar y la comunidad de modo que puedan identificar necesidades propias y específicas y realizar las acciones de los programas.
- Supervisar la ejecución de los programas en función de evaluar la atención que recibe el usuario.
- Valorar la salud integral del individuo, la familia y la comunidad y variables como hábitos, creencias y formas de vida que influyan en diferentes aspectos de la salud.
- Brindar atención de salud integral al individuo, la familia y otros grupos de la comunidad.
- Desarrollar vigilancia epidemiológica en el área geográfica social y elaborar informes al Servicio de Enfermería, que los remitirá al sistema de salud local.
- Incorporar a los miembros de la comunidad en el proceso de evaluación de resultados de atención primaria de salud con el fin de mantener o modificar la estrategia pertinente.

- Promover el autocuidado, como un conjunto de acciones del propio individuo en distintos niveles de prevención para el cuidado de la salud, solo o con ayuda de la familia.

Como soporte teórico de enfermería se seleccionó a Dorothea Orem, que ofrece un modelo teórico para la comprensión la educación para la salud como acto de cuidado enfermero.

2.8 TEORIA DEL DEFICIT DE AUTOCUIDADO DE DOROTHEA OREM

Dorothea Elizabeth Orem fue una de las primeras teóricas de enfermería, con una experiencia profesional que incluía la enfermería hospitalaria y la docencia. Orem considera su teoría sobre el déficit del autocuidado como una teoría general, constituida por tres teorías relacionadas.

1. Teoría del autocuidado: describe y explica el autocuidado.
2. Teoría del déficit del autocuidado: describe y explica las razones por las que la enfermera puede ayudar a las personas.
3. Teoría de los sistemas de enfermería: Describe y explica las relaciones que es necesario establecer y mantener para que sé de la enfermería. Un sistema de enfermería se construye a través de las actividades del personal de enfermería y de las relaciones entre las enfermeras y los sujetos de su cuidado (persona, familia, comunidad).

En uno de los sistemas de enfermería, Orem resalta la importancia de la educación para la Salud como acto de cuidado: Orem plantea que el sistema de apoyo educativo incluye la ayuda que se le brinda a la persona para que aprenda a realizar por si mismo, las medidas requeridas de autocuidado universal o las derivadas de la terapéuticas.

Los métodos de ayuda incluyen

- Actuar o hacer por.
- Guiar.
- Enseñar.
- Apoyar.
- Proporcionar un entorno que estimule el desarrollo.³²

Como toda estrategia innovadora, la aplicación del Modelo de Orem en lo relacionado con la Educación para la salud, exige cambios en los usuarios del servicio, en los profesionales y en las Instituciones.

- Cambios en los usuarios: Los usuarios necesitan ser ayudados para reconocer sus capacidades, sus derechos y deberes para con su salud y la de los suyos, necesitan dejar de ser consumidores de salud para ser proveedores de salud.
- Cambios en las Instituciones: Romper con los modelos tradicionales e incorporar cambios no es tarea sencilla, se necesita de un proceso lento, gradual y no exento de dificultades. Las Instituciones deberán facilitar la aplicación de ésta modalidad de atención y flexibilizar sus normas.
- Cambios en los profesionales: La implementación de éste modelo y los cambios en la atención de enfermería, deben ser gestionados por los enfermeros, pues su meta profesional es el cuidar la experiencia de la salud humana.

Se necesitan con urgencia cambios en la forma de ser y hacer enfermería en el marco de un modelo propio, adherir al modelo de autocuidado es aceptar una filosofía de atención de salud centrada en la persona no en la enfermedad, persona con capacidades y necesidades de aprendizaje para compartir la experiencia, con valores, conocimientos, costumbres, creencias y formas particulares de resolver sus problemas de salud y satisfacer sus necesidades.

Se necesita pasar de ser expertos en cuidados, poseedores de la verdad a ser facilitadores del proceso de aprendizaje para que cada uno pueda desarrollar sus conocimientos, sus habilidades y sus motivaciones, posibilitando en cada encuentro la participación en la toma de decisiones.

Se necesita desarrollar la creatividad y el arte en cada relación profesional – usuario, independientemente del motivo por el cual se genera el encuentro, del contexto en que se realiza, para posibilitar siempre que esta relación sea una interacción educativa mutua.

En su modelo, Orem explica que el autocuidado es una conducta aprendida que pretende regular o mantener la integridad de la estructura humana, el funcionamiento y desarrollo. Esta conducta se relaciona no sólo con el hombre aislado sino con el contexto, la cultura y los valores del vivir.

Desde otras perspectivas, la educación para el autocuidado es indispensable para el desarrollo de conocimientos, habilidades y actitudes. Se entiende que el proceso educativo debe ser sistematizado. Los modelos teóricos-metodológicos de las diferentes disciplinas constituyen aportes que posibilitan a los profesionales realizar diagnósticos educativos, planificación, implementación y evaluación. Las ciencias psicosociales han hecho aportes para la educación en salud proponiendo

distintos modelos conceptuales que ayudan a los profesionales de Enfermería en las tomas de decisiones, algunos de los modelos son:

Modelo de Creencias en Salud: Explican las motivaciones que llevan a las personas a tener conductas saludables. Los conceptos básicos son: valor asignado a la salud y creencias de la acción que realiza. Los componentes del modelo son las percepciones que cada persona tiene frente a:

- La susceptibilidad que tienen frente a la enfermedad,
- La gravedad que envuelve el proceso de enfermedad,
- Los beneficios que pueden obtenerse para manejar el problema y
- Las barreras que dificultan los comportamientos favorables.

Modelo P.R.E.C.E.D.E (Predisponen, refuerzan y facilitan la conducta saludable, en el contexto de una evaluación y diagnóstico educativo). Es un modelo que aporta elementos para diagnóstico y planeamiento estratégico de toda una comunidad. Las fases del modelo son: diagnóstico social, diagnóstico epidemiológico y diagnóstico educativo.

Modelo Integrativo: Orientado al análisis y solución de los problemas de la comunidad. Es un intento de integrar la psicología en salud con la Salud Pública. Este modelo tiene carácter multinivel (personal, interpersonal, interacción social, y análisis institucional-social) y multiteórico (Teoría del desarrollo y la conducta, dinámica grupal, comunicación, psicología ambiental, Teoría económica y Ciencias Políticas).

Estos tres modelos aportan elementos para disminuir las conductas de riesgo, pero no basta saber que hay que hacer, también hay que creer que uno es capaz de hacerlo, estar motivado para hacerlo y mantenerlo. Todo programa por lo tanto debe estar diseñado no sólo teniendo en cuenta aspectos cognitivos, sino también tener en cuenta los ambientes que contribuyen a reforzar y mantener la conducta deseada o lograda en lo personal, interpersonal, comunitaria y social.³³

En virtud de todo lo descrito en este Marco referencial, es importante recordar que todos estos presupuestos se han consignado básicamente por la importancia que tienen los mismos, en el momento de evaluar la estrategia metodológica utilizada y la posibilidad real que tiene la misma, para modificar los comportamientos.

3. DISEÑO METODOLÓGICO

3.1 TIPO DE ESTUDIO

La presente investigación es de tipo descriptivo cuantitativo.

3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

La población estuvo constituida por 100 mujeres entre 18 y 70 años residentes en el barrio de Cuba en la ciudad de Pereira en el año 2005 que recibieron el plegable con el mensaje educativo sobre prevención de cáncer de mama y de cuello uterino, emitido por el IMS de Pereira en el año 2005.

La muestra correspondió a 45 mujeres que aceptaron voluntariamente participar en el diligenciamiento de la encuesta.

3.3. INSTRUMENTO.

Consta de 5 partes:

Caracterización de la población encuestada:	3 preguntas
Comprensión del mensaje emitido en el plegable:	5 preguntas
Conocimientos obtenidos a través del mensaje del plegable:	12 preguntas
Prácticas de autocuidado derivadas del mensaje:	2 preguntas

Ver Anexo 1: Instrumento e instructivo

3.4 RECOLECCIÓN DE DATOS

El plegable había sido repartido por el personal del Instituto Municipal de Salud (IMS) en 5 barrios del Municipio de Pereira, a saber: Alejandría, Villa del Sur, Villa Ligia, La Unión y el Recreo, pertenecientes a los tres regimenes de seguridad social en salud (contributivo, subsidiado y vinculado).

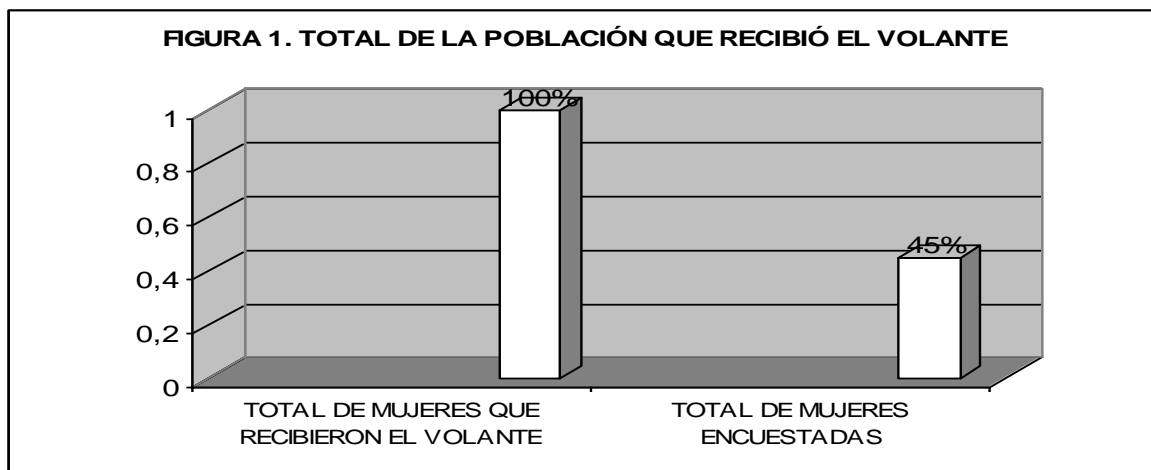
Para la recolección de la información el IMS entregó los listados con los datos personales y las direcciones de las personas que recibieron el plegable y el grupo investigador realizó las visitas en cada casa, para aplicar la encuesta diseñada.

3.5 FUENTE DE DATOS

Se diseño una encuesta basada en el mensaje educativo del plegable impartido por el Instituto Municipal de Salud de Pereira. ANEXO (1).

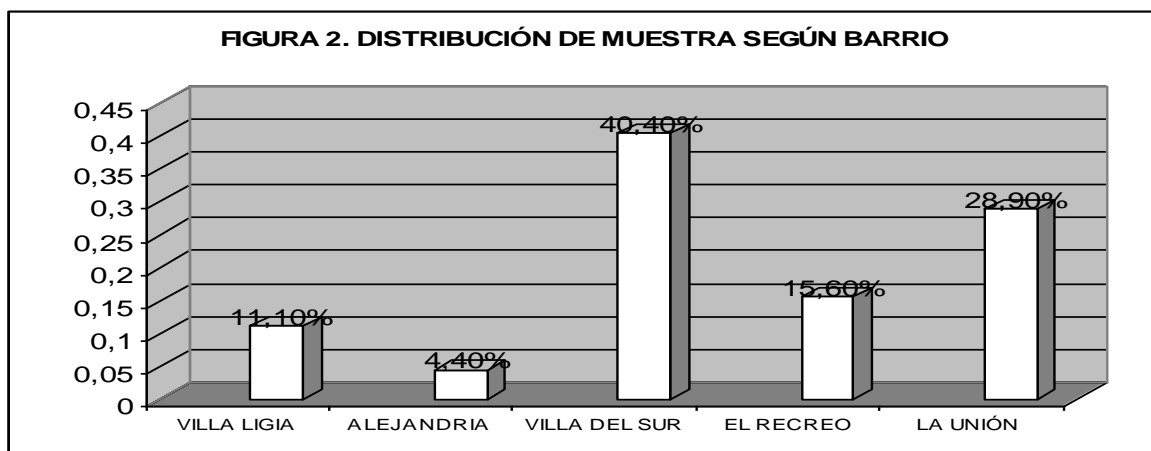
4. RESULTADOS

El total de la muestra fue 100 mujeres, a las cuales había sido entregado el plegable por parte del programa de cáncer del Instituto Municipal de Salud. (Figura 1).

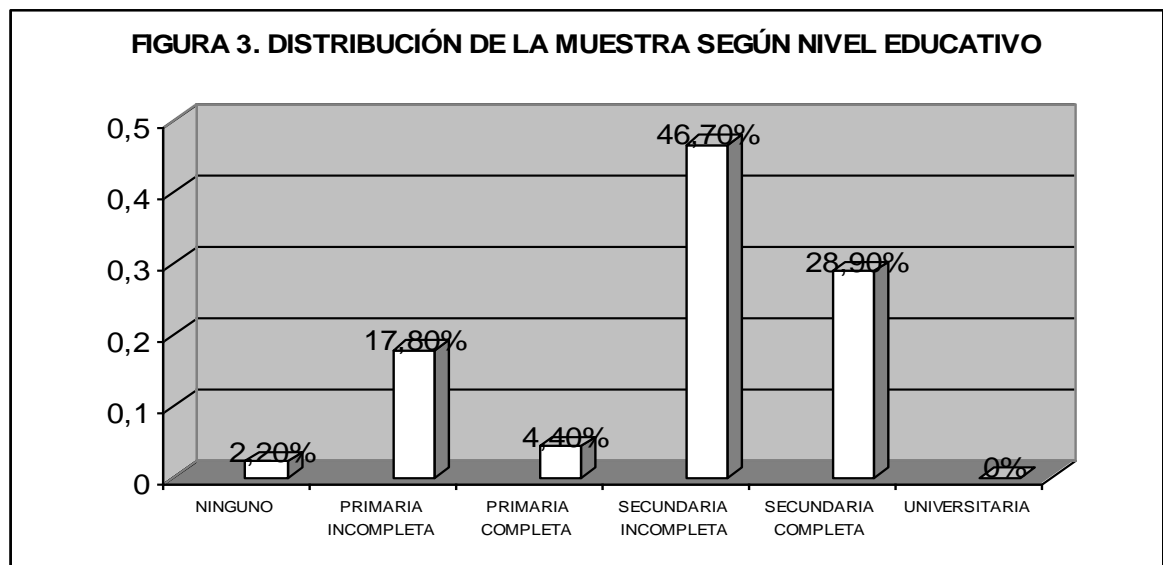


Para la investigación sobre la percepción de mensajes educativos de cáncer de cérvix y mama se aplicó una encuesta en cinco barrios de Pereira. La población objeto fue de 45 mujeres con edades entre los 18 – 70 años, con una media de 37 años y desviación estándar de 13.2, de las cuales 39 leyeron el mensaje.

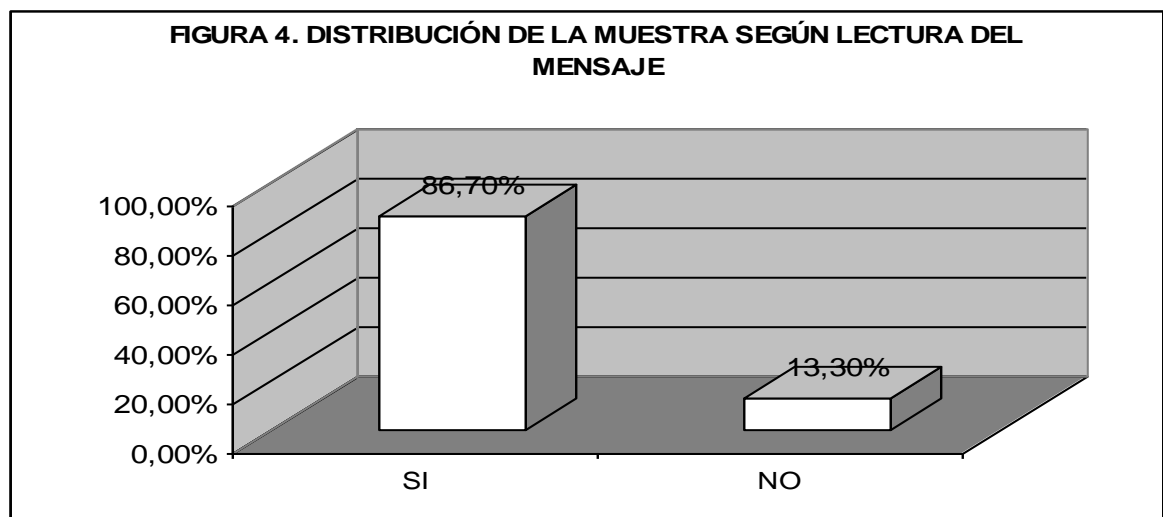
Como lo muestra la figura 2 el mayor porcentaje se aplicó en el barrio Villa del sur seguido de La Unión. (Figura2).



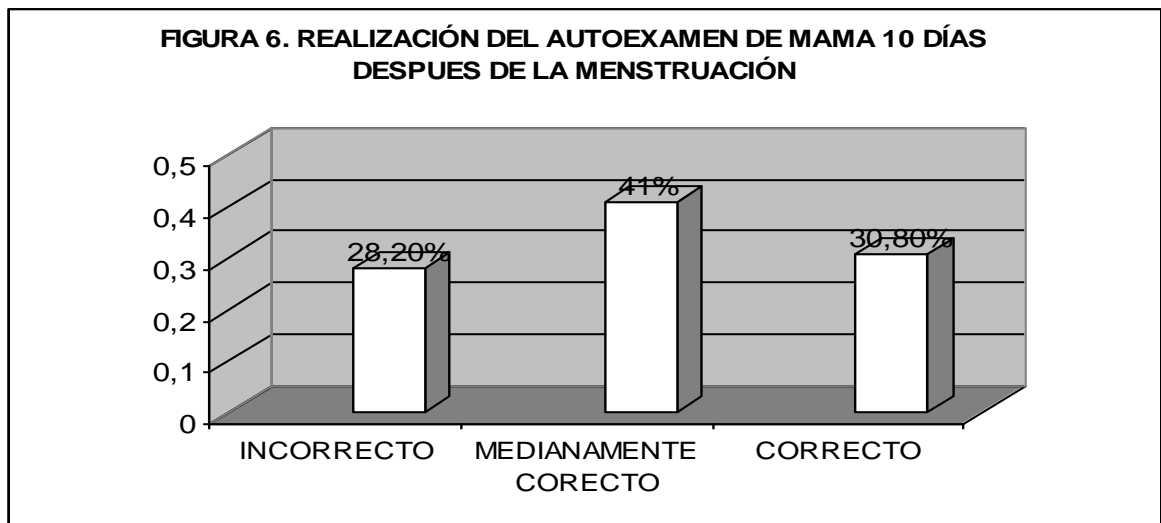
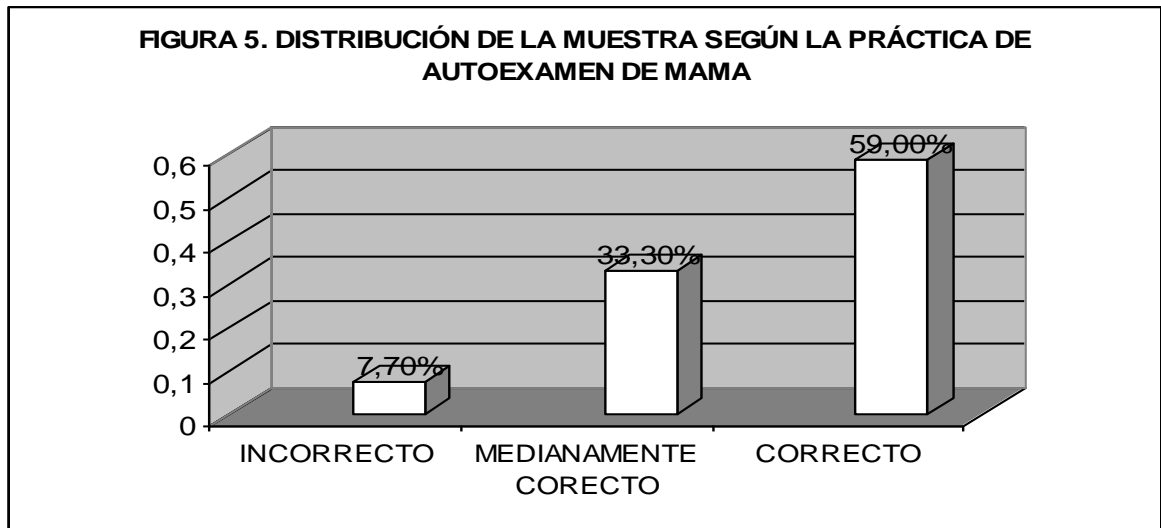
El nivel educativo de estas mujeres fue en su mayoría relativamente alto para este estrato de población, pues un alto porcentaje tenían secundaria incompleta o completa (76%), por lo tanto se asume que podrían tener un grado adecuado de asimilación del mensaje. Se debe resaltar que ninguna mujer tenía estudios universitarios. (Figura 3).



La figura 4 muestra que de las 45 personas que recibieron el plegable, solo 39 personas lo leyeron, lo que equivale a un 86.7%. (Figura 4).



Se pudo observar que el 59% de las mujeres encuestadas que leyeron el mensaje sabían que se debían realizar el autoexamen de mama cada mes y solo el 31% tuvieron en cuenta que debía hacerse 10 días después de la menstruación. (Figura 5 - 6).



Se observó que el 49% de las mujeres entendieron que deben solicitar educación al personal capacitado, y solo el 23% tuvieron en cuenta los tres pasos adecuados para su realización tal como lo describía el plegable (Figura 7 -8).

FIGURA 7. DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN SOLICITUD DE ENSEÑANZA AL PERSONAL CAPACITADO

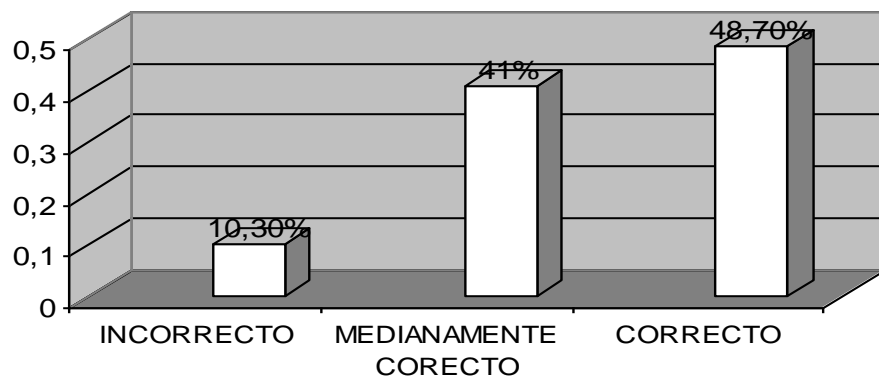
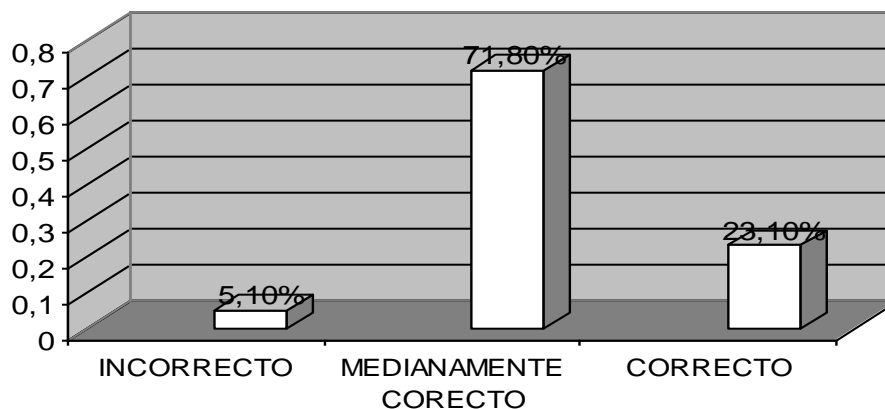
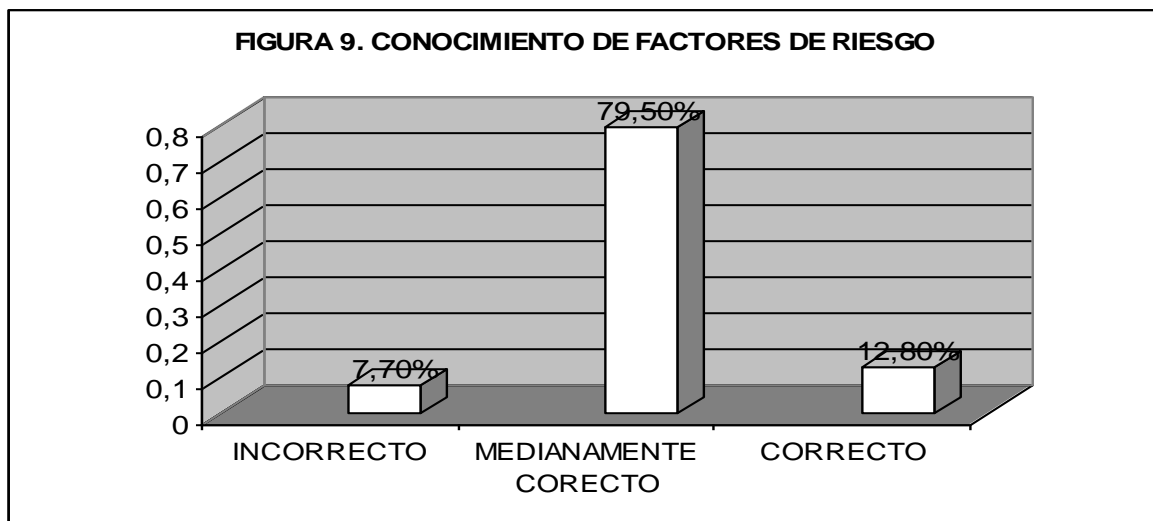


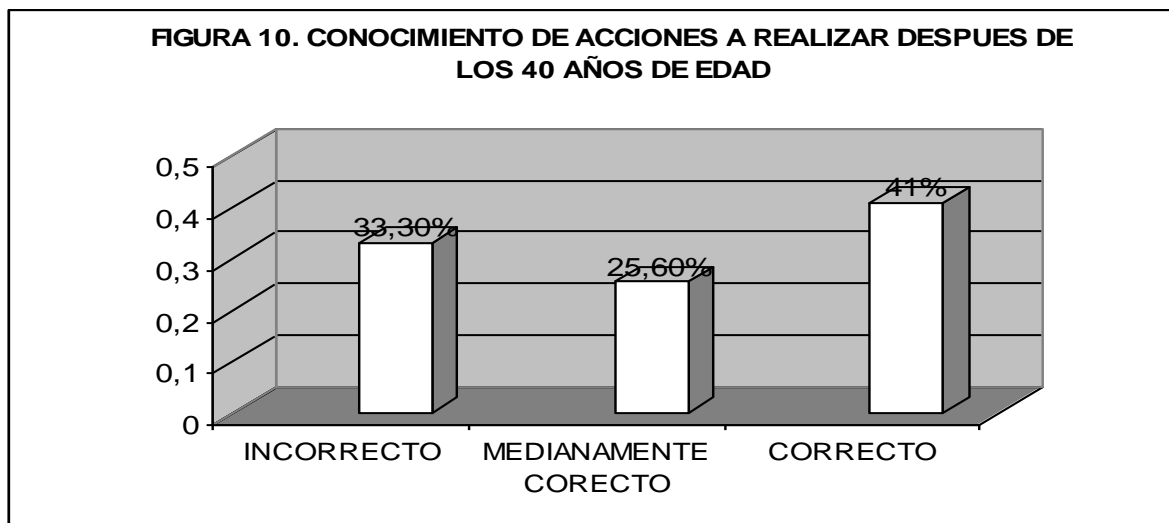
FIGURA 8. MODO DE REALIZAR EL AUTOEXAMEN DE MAMA



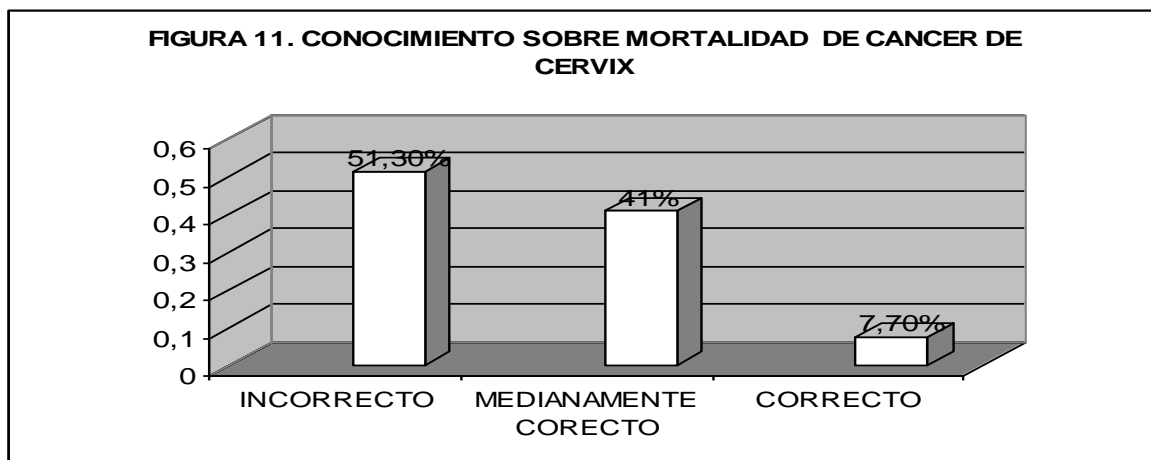
En relación con los factores de riesgo para el cáncer de mama, del 100% de las mujeres que leyeron el plegable, solo el 13% tuvieron claridad sobre los factores de riesgo, el 80% mencionaron algunos y 7% no menciono ninguno. (Figura 9).



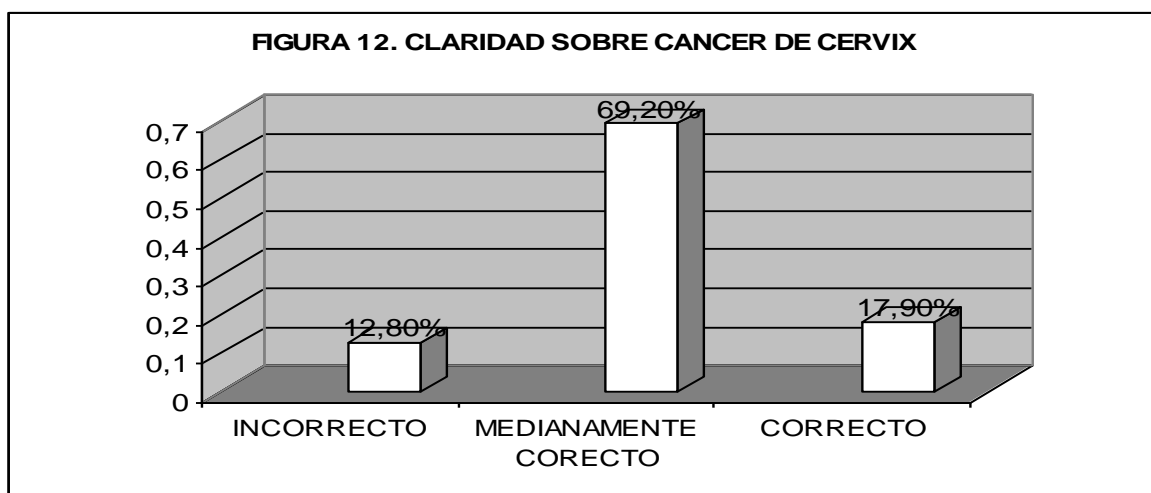
El 41% de las mujeres que recibieron y leyeron el plegable conocían las acciones que debían realizar después de los 40 años de edad. (Figura 10).



Con respecto al Cáncer de cérvix se puede afirmar que el 92.3% de las mujeres que leyeron el plegable no conocían que este tipo de cáncer ocupa uno de los primeros lugares de mortalidad (Figura 11).

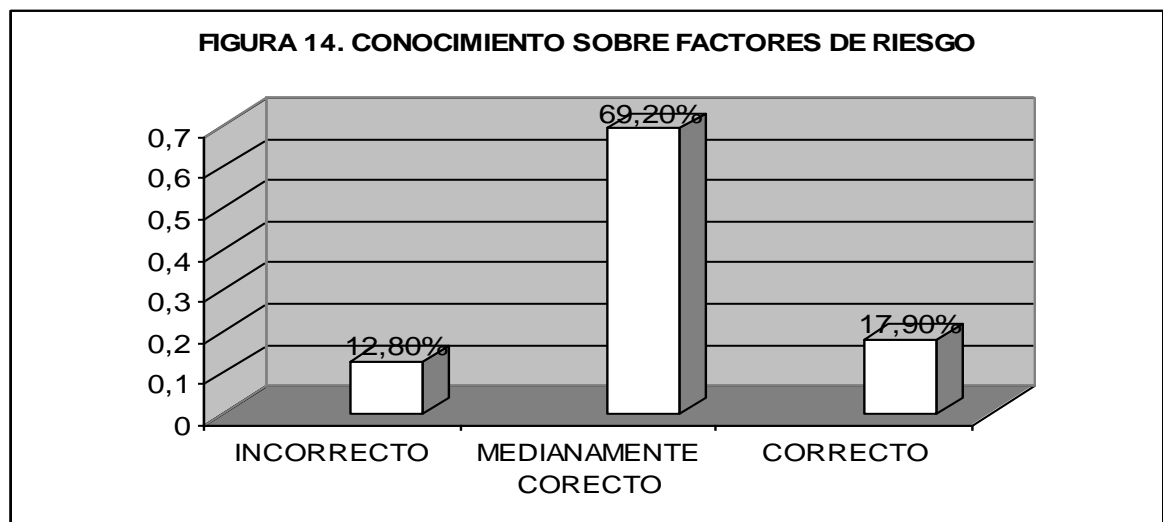
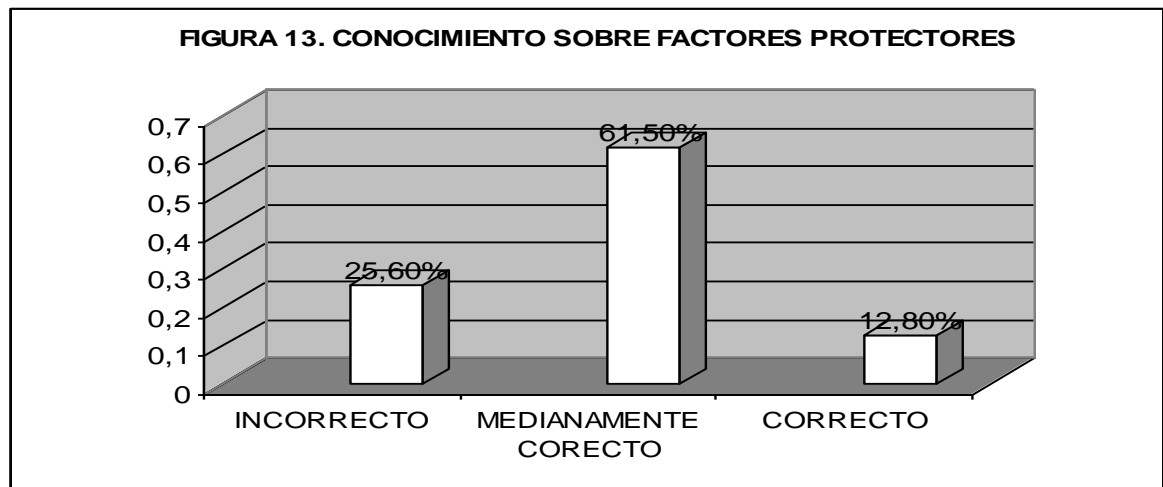


De acuerdo a la figura 12 se puede observar que el 82% de la población que recibió el plegable no tenían claridad sobre el Cáncer de cérvix. Este hecho se ve reflejado en la proporción de respuestas positivas frente a la pregunta si consideraban que el mensaje era claro, y el bajo porcentaje que encontró palabras desconocidas y que fue de un 17%. Sin embargo, es necesario tener en cuenta que en la elaboración de cualquier mensaje dirigido a la comunidad debe considerarse el uso de términos comunes y conocidos de acuerdo a su nivel educativo.

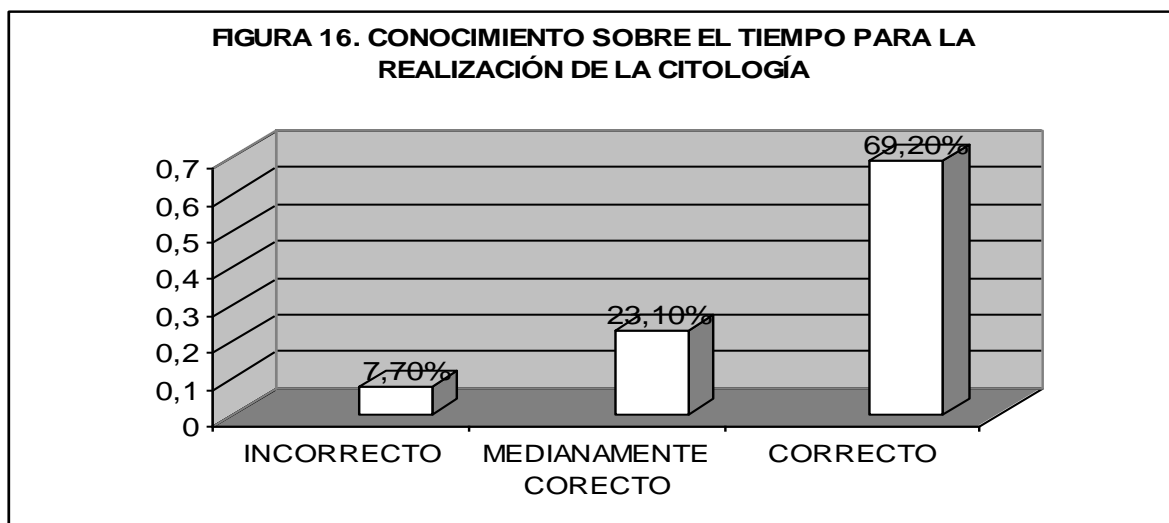
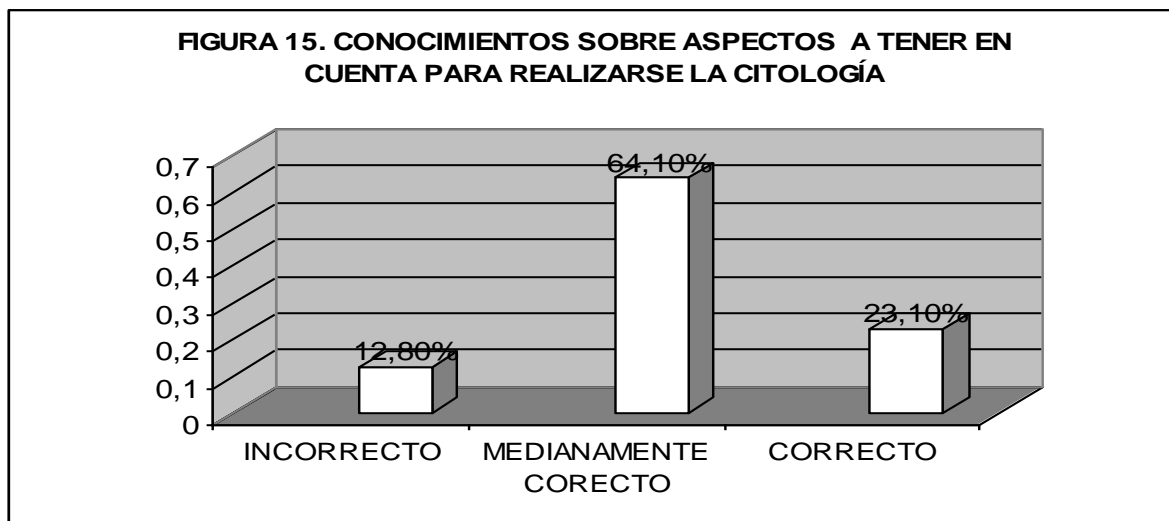


En cuanto a los factores protectores del Cáncer de cérvix, solo el 13% de las mujeres tienen conocimientos claros y exactos sobre como prevenir la aparición de la enfermedad, y el 82% no tienen claridad sobre los factores de riesgo. (Figura 13 – 14). Comparando el plegable con los resultados obtenidos con respecto a los

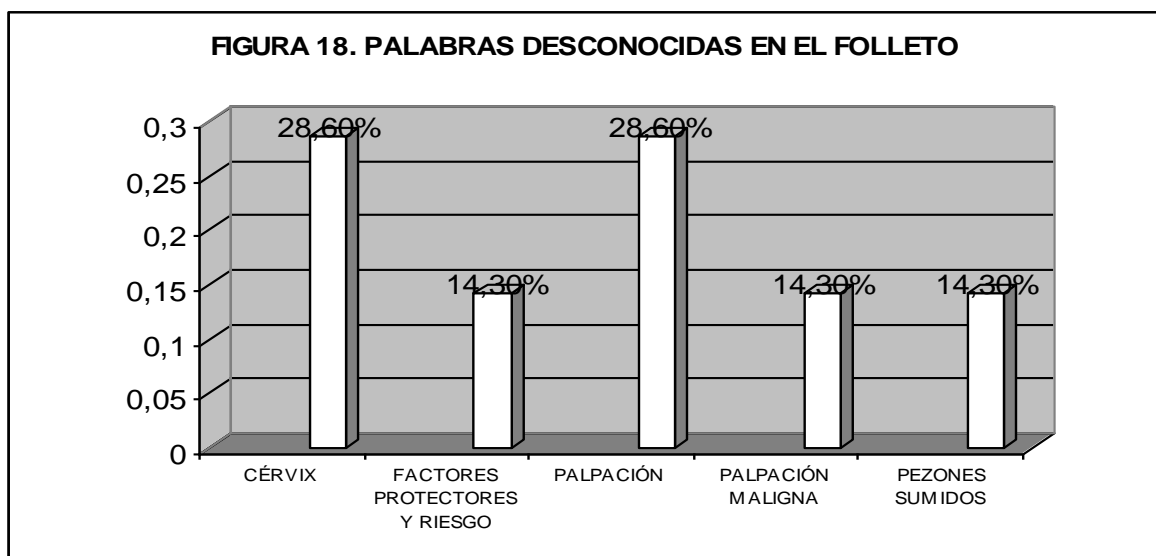
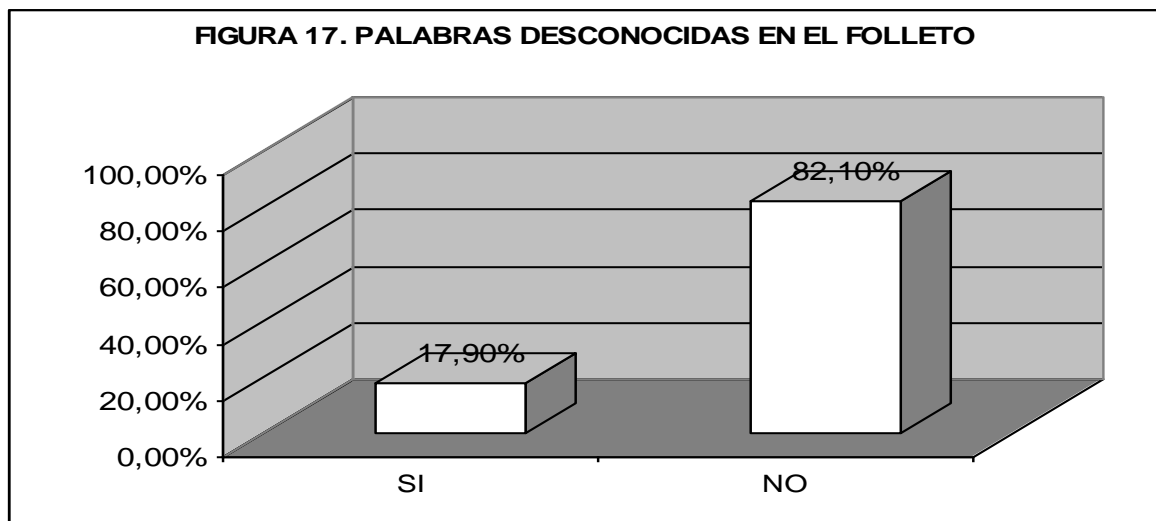
aspectos del Cáncer de mama y los aspectos del Cáncer de cérvix, se observa que en los factores protectores las mujeres tienen un mayor conocimiento sobre el primero debido posiblemente a que el plegable es más ilustrativo en este tema y en consecuencia estas ilustraciones pueden incitar en mayor medida a la lectura de la información.



El 77% de las mujeres no sabían los aspectos que se deben tener en cuenta para la realización de la citología, y el 30.8% no tenía conocimiento sobre cada cuanto se debe realizar. (Figura 15 -16).



El 17% de las mujeres que leyeron el plegable encontraron palabras desconocidas, tales como *cérvix*, factores protectores y de riesgo, palpación, maligna, pezones sumidos. (Figura 17 - 18).



El 97% de la población manifestaron que el plegable es claro. Se observa que el 95% de la población se realizó el autoexamen de seno y el 62% de las mujeres se realizaron la citología después de leer el mensaje. (Figura 19-20-21).

FIGURA 19. CLARIDAD DEL MENSAJE

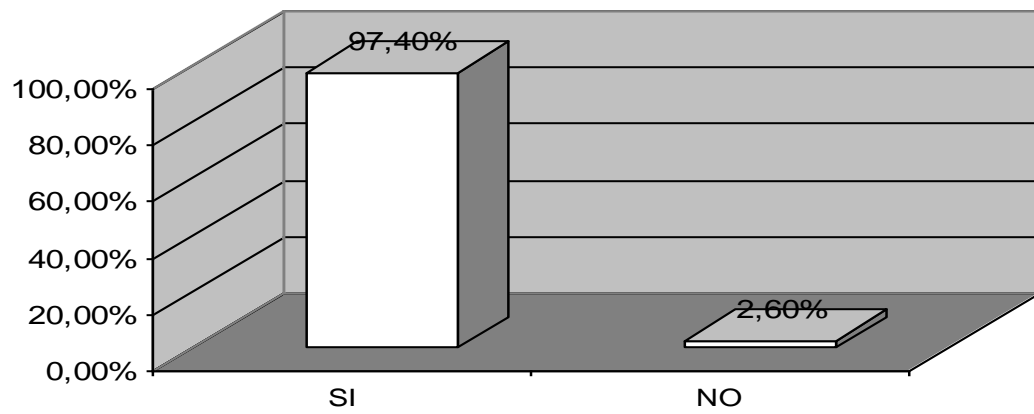
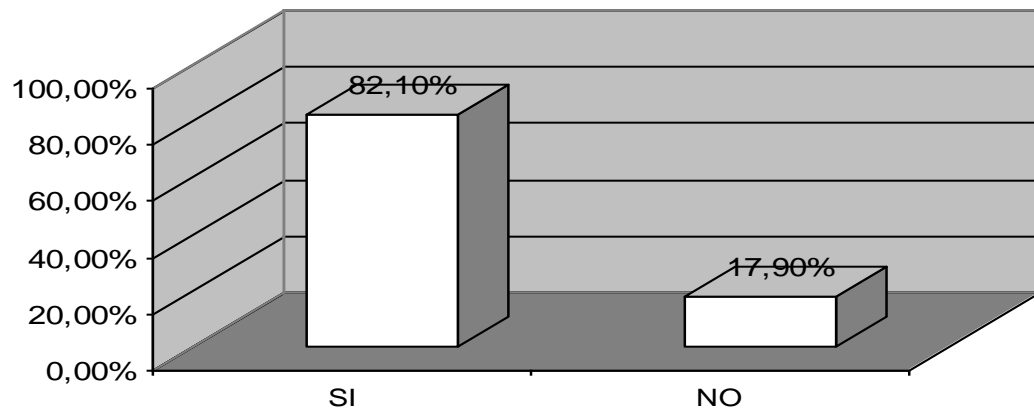
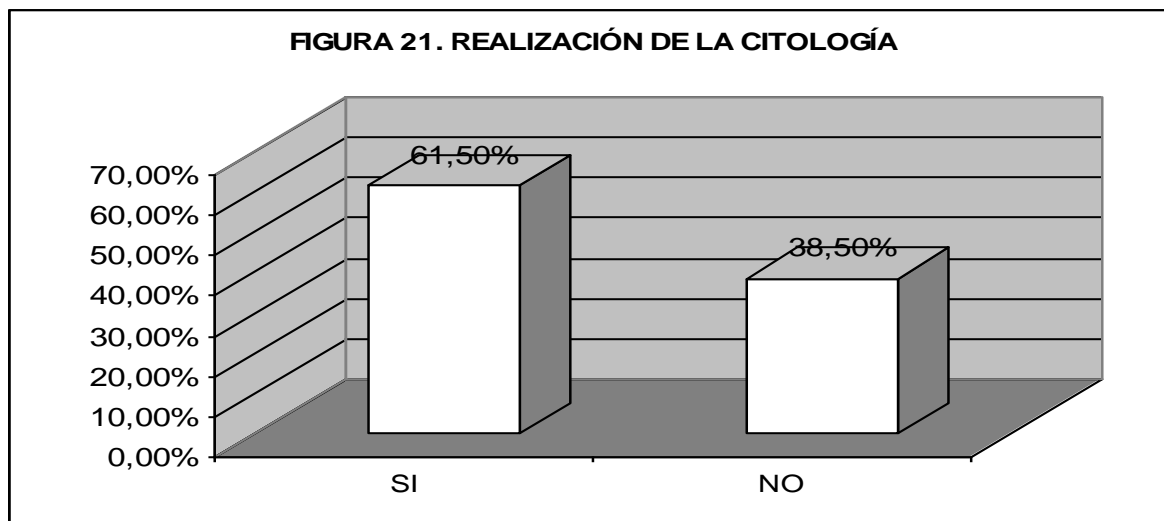
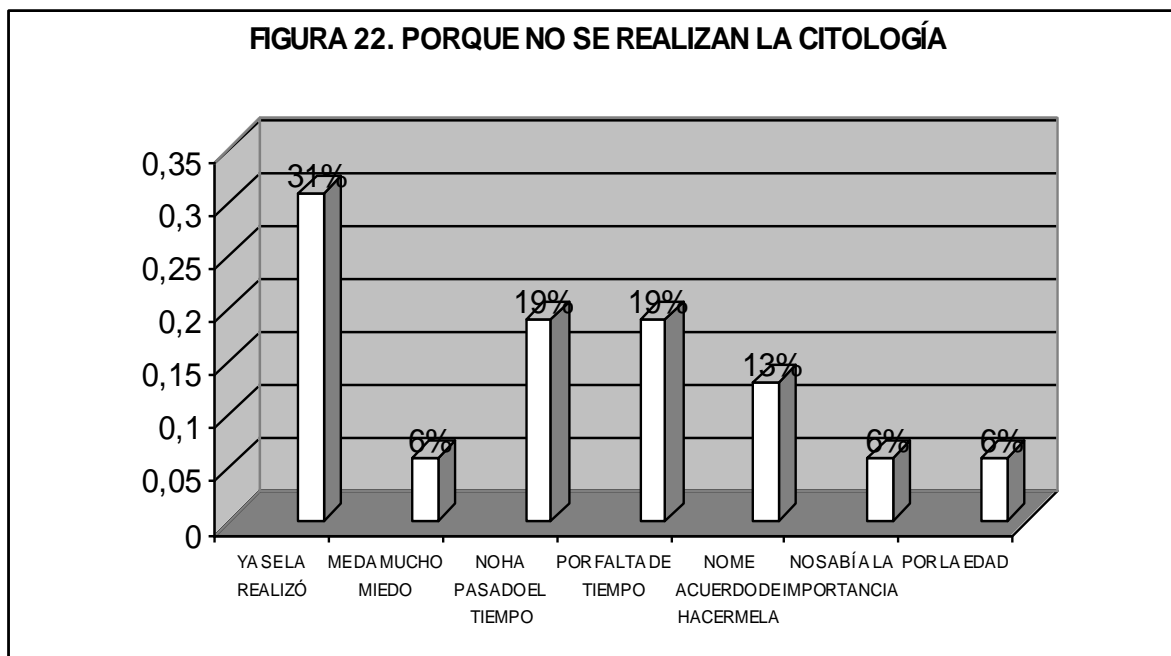


FIGURA 20. REALIZACIÓN DEL AUTOEXAMEN DE MAMA

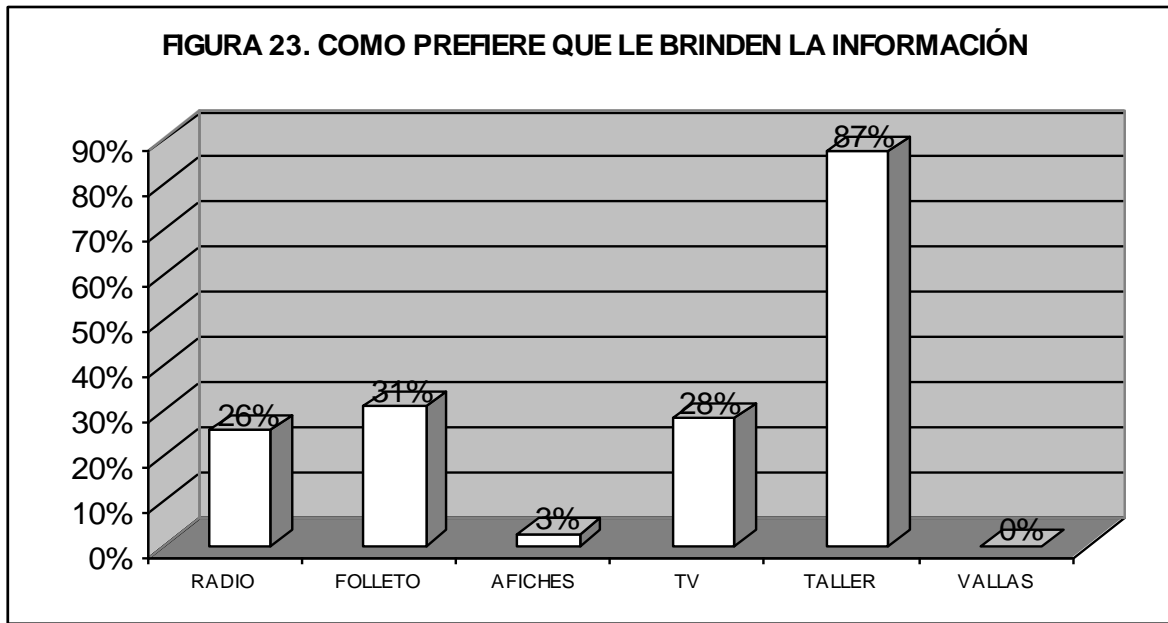




Con respecto al autoexamen de seno el 82% de la población se lo realizó después de leer el mensaje y el 61% se realizó la citología, el resto de la población no se realizaron estos exámenes aduciendo diferentes razones tales como: falta de tiempo, realización reciente del examen, temor, desconocimiento de su importancia, edad y olvido. Se observó que el 38% de las mujeres encuestadas, no se realizaron la citología después de leer el plegable, manifestando diferentes causas (Figura 22).



Para la difusión de los mensajes educativos en salud el 69% de la población manifestó que preferían recibir la información por medio de talleres, plegables y televisión. (Figura 23). En cuanto a las preferencias de esta población para recibir mensajes educativos, los plegables no tuvieron un nivel destacado, pues solo el 31% manifestó preferir este medio de información. La gran mayoría de la población, 87%, prefirió recibir la información por medio de talleres, seguido de la televisión y la radio.



5. CONCLUSIONES

Los resultados de esta investigación mostraron que el plegable puede ser un buen medio para la transmisión de mensajes educativos, teniendo en cuenta el alto porcentaje de población que leyó el mensaje. No obstante debe ser ilustrativo para que sea atrayente para su lectura y utilizar términos que sean comprensibles para la comunidad a la cual se dirige.

Por lo tanto es necesario tener en cuenta que los mensajes educativos deben obedecer a un estudio previo de la población a la cual se dirige, buscando conocer las características sociodemográficas y sus preferencias, con el fin de elaborar mensajes que sean de buen recibo por parte de la comunidad intervenida.

También es de aclarar que el mensaje en un plegable por si solo no produce el efecto esperado, este debe ir acompañado por otros medios que lo hagan más comprensible para la población para que genere el impacto esperado, que es en este caso, la realización del autoexamen de mama y la citología.

Con todo lo anterior se puede decir que la comunicación para la salud busca modificar el comportamiento humano; por esto es importante evaluar la información educativa, con la intención de comprender las percepciones, las creencias, los valores y las prácticas de la población, para desarrollar programas de comunicación que atraigan y persuadan al publico destinatario a que adopte estilos de vida saludables.

Con todo lo anterior se puede decir que la comunicación para la salud modifica el comportamiento humano y todos los factores relacionados. Por esto es importante evaluar la información educativa, para desarrollar programas de comunicación que atraigan y persuadan al público destinatario a que adopte estilos de vida saludables.

6. RECOMENDACIONES

La enfermería en salud pública está llamada a compartir responsabilidades en salud promoviendo acciones coordinadas con distintas disciplinas del equipo con el fin de participar en la estrategia de atención primaria de la salud.

La enfermería en salud pública está dirigida a la población comprendida en un área geográfica, donde se ejecutan acciones de prevención, promoción y recuperación coordinadas con un programa de cobertura integral.

De acuerdo con lo anterior el Instituto Municipal de Salud debe establecer convenios docente-asistenciales con las diferentes universidades del departamento para que pueda contar con un buen recurso humano y con un equipo multidisciplinario que incluya profesional de enfermería, comunicador social y publicista para la realización de las diferentes actividades de promoción y prevención, incluidas el diseño y la elaboración de mensajes educativos.

La enfermera es un profesional clave en la ejecución de estrategias educativas que contemplan la investigación de las características socioculturales de las poblaciones para que los mensajes en salud impartidos tengan el impacto esperado, que es lograr cambios de comportamientos y prácticas en la comunidad.

Para el diseño de un mensaje educativo se recomienda tener en cuenta las siguientes pautas:

- Decidir claramente que se quiere comunicar, el contenido básico, la idea central del mensaje.
- Se recomienda la presentación de pocas ideas centrales específicas y bien desarrolladas; no recargar un mensaje con demasiado contenido.
- Planificar el mensaje, el planteamiento de un esquema previo organizativo en el que además de seleccionar las ideas se proponga un orden lógico en el que las mismas se irán articulando, encadenando los elementos para facilitar la asociación. En educación es importante considerar los conocimientos previos del usuario y si es posible definir distintos contenidos o acciones con base a las diferencias de perfil de los lectores.

- Analizar las formas de presentación de la información a emplear en los diferentes momentos de la exposición, en una comunicación educativa es recomendado no presentar los mensajes en forma de afirmaciones, o como una sucesión de conclusiones previamente procesadas y comprobadas por el autor. Es preferible ir dando estímulos en el mensaje, elementos que le permitan al destinatario realizar un procesamiento de ideas y construir su propio camino de razonamiento. En este sentido, algunas de las posibilidades son: empleando preguntas, realizando descripciones, realizando predicciones, presentando conjeturas, agrupando ideas y conceptos, entre otras. Lo importante es estimular el trabajo de decodificación por parte del destinatario de modo tal que él tenga que poner algo de su parte para interpretarlo.
- Es importante recordar que un mensaje no es neutro y que por lo tanto separar el “contenido” de la “forma” puede traer aparejado una incongruencia a nivel de unidad entre lo que se quiere expresar y el modo de hacerlo.
- En el diseño se intenta realizar una adecuación funcional entre el mensaje y el fin, se busca maximizar el impacto de una comunicación entre el emisor y el receptor, por las vías conjugadas del texto escrito, de la imagen o de los iconos. En tal sentido el diseño gráfico responde a necesidades del hombre de comunicarse, de transmitir mensajes específicos a grupos determinados, mediante formas de representación visual o audiovisual.
- El diseño de un material educativo difiere del diseño para la información, el objetivo de un mensaje educativo es el de contribuir al desarrollo del destinatario, con el fin que el lector pueda elaborar lo que está viendo, tendiente al desarrollo de comprensión y de posibilidades.
- El diseño de una comunicación visual educativa posee tres elementos necesarios: un método (el diseño), un objetivo (la comunicación educativa) y un campo empleado (lo visual). Los métodos proporcionados por el diseño gráfico, más que técnicas mecánicas, son ayudas para el desarrollo de diversas estrategias dirigidas a resolver una gama variada de problemas; el objetivo es abreviar y mejorar la eficacia de diversos pasos en el proceso de diseño, no a proporcionar soluciones prefabricadas.
- El elemento estético presenta requerimientos de importancia capital en el diseño pues: genera atracción o rechazo a primera vista. La atención del observador debe ser obtenida no solo mediante la fuerza del estímulo sino fundamentalmente sobre la base de la atracción positiva que el estímulo ejerza.
- Comunica eficazmente. No solo la forma estética usada en un mensaje debe ser adecuada al gusto estético del público, sino que también el significado de

las formas empleadas tienen para ese público que debe ser conocido por el creador del mensaje. Un estilo que puede simbolizar precisión para unos, puede representar frialdad para otros; expresividad puede aparecer como desorden; orden como rigidez; desorden como energía; energía como violencia. Es decir se debe verificar si el enfoque estético es el adecuado, si el diseño comunica a nivel estético un mensaje coherente con los objetivos perseguidos.

- Contribuye a la memorización del mensaje.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

¹ Abad, Nebot. "Curso de Lengua Española". Orientación Universitaria. Editorial Alahambra. Madrid, 1981.

² Cortés Yepes, Hernán. "Papilomavirus Y Cáncer De Cérvix", 2002. (Formato PDF) Disponible en Internet. <http://scielo-co.bvs.br/pdf/rcog/v54n2/v54n2a05.pdf>.

³ Cáncer de mama. Sitio en Internet.
<http://elmundosalud.elmundo.es/elmundosalud/especiales/cancer/mama.html> (07/05/2003)

⁴ Thomas Cox. HPV Prevalence, Virology and Epidemiology. (Formato PDF) Sitio en Internet:
http://www.baylorcme.org/hpv/presentations/cox/presentation_text.html (10/05/2003)

⁵ República de Colombia. Ministerio de Salud. Norma técnica para la detección temprana del cáncer de cuello uterino y guía de atención de lesiones preneoplásicas de cuello uterino. Disponible en Internet:
http://medicosgeneralescolombianos.com/Ca_Cuello_Uterino.htm

⁶ Cortés Yepes, Hernán, Op.cit., p.2

⁷ Benítez, Hernán Salamanca Uribe, CORTEZ, Mirian. Cartilla, "Ministerio de Comunicación-División del Desarrollo Social-Ministerio de Salud-Programa de Educación en Salud", Santafé de Bogota, D.C., Marzo de 1999.

⁸ Ibid., p. 8.

⁹ Coe, Gloria A., Comunicación y promoción de la salud. sitio en Internet disponible en:
www.comunica.org/chasqui/coe.html (19/08/2004)

¹⁰ Ibid., p. 10

¹¹ Comunicación y educación en salud. Sitio en Internet:
http://www.proyectoefectividad.com/archivos/COMUNICACION_Y_EDUCACION_EN_SALUD_2005.doc

¹² Ibid., p. 13

¹³ Ibid., p. 13

¹⁴ Ibid., p. 13

¹⁵ Giraldo López, José Ariel, El mercadeo. Sitio en Internet:
<http://www.gestiopolis.com/recursos/documentos/fulldocs/mal/mcdeojagl.htm>

¹⁶ Ibid., p. 18

¹⁷ Tejedor Francisco Javier, García Valcárcel Ana. Perspectivas de las nuevas tecnologías en la educación. Ed, Narcea S.A. Ediciones Madrid.

¹⁸ S. Hawward Bartley. Principios de percepción. Ed F. Trillas S.A., México 1969.

-
- ¹⁹ Parsons, Michael J, "The Place of a Cognitive Development Approach to Aesthetic Response". 1988.
- ²⁰ Motivacion, sitio en internet: <http://www.monografias.com/trabajos/lamotivacion/lamotivacion.shtml> (20/05/2002)
- ²¹ Motivación. (Formato Pdf) Sitio en Internet: <http://www.saber.ula.ve/db/ssaber/Edocs/pubeelectronicas/medula/Vol7num1-4/articulo9.pdf> (20/05/2002)
- ²² Comunicación y educación en salud. Op.cit., p. 13
- ²³ Mitos y creencias. Sitio en Internet: <http://www.rcadena.net/Mito.htm> (20/05/2002)
- ²⁴ Cáncer. Sitio en Internet: <http://press2.nci.nih.gov/sciencebehind/cancersp/cancersp00.htm> (17/03/2003)
- ²⁵ Cáncer de mama. Sitio en Internet: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000913.htm> (14/09/2004)
- ²⁶ Cáncer de cérvix. Sitio en Internet: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000893.htm> (14/09/2004)
- ²⁷ Enfermería en la comunidad. Sitio en Internet: <http://www.enfermeriaconexion.com/%20comunitaria1.htm> (10/10/2004)
- ²⁸ Ley 100 de 1993 Sistema General de Seguridad Social en Salud
- ²⁹ Ley 266 de 1996 (Enero 25), Por la cual se reglamenta la profesión de enfermería en Colombia y se dictan otras disposiciones. Disponible en Internet: http://www.secretariassenado.gov.co/leyes/L0266_96.HTM
- ³⁰ Ley 911 de 2004 (Octubre 5), Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones. Disponible en Internet: <http://www.secretariassenado.gov.co/leyes/L0911004.HTM>
- ³¹ Enfermería en la comunidad. Op. cit., p. 38
- ³² Modelos Conceptuales De Grandes Teorías con autorización de Orem D.E. (1991). Nursing: concepts of practice. San luis: mosby.
- ³³ Lic. López, Lilia, Lic. Casas Nilda M. Enfermería y el autocuidado. http://www.hospitalitaliano.org.ar/docencia/rehi/index.php?contenido=contenido_articulo.php&id_articulo=574