

Manual de comunicación social para programas de promoción de la salud de los adolescentes¹

División de Promoción y Protección de la Salud
Programa de Salud Familiar y Población
Unidad Técnica de Salud y Desarrollo de Adolescentes
Organización Panamericana de la Salud
Fundación W.K. Kellogg



Washington, D.C. Abril 2001

Copyright © 1989 U.S. Department of Health and Human Services
Adaptación copyright © 2001 Organización Panamericana de la Salud

Las solicitudes para reproducir o traducir todo o parte de esta publicación deberán dirigirse al Programa de Promoción y Protección de la Salud (HPP), Organización Panamericana de la Salud, 525 23rd St., N.W., Washington, DC 20037.

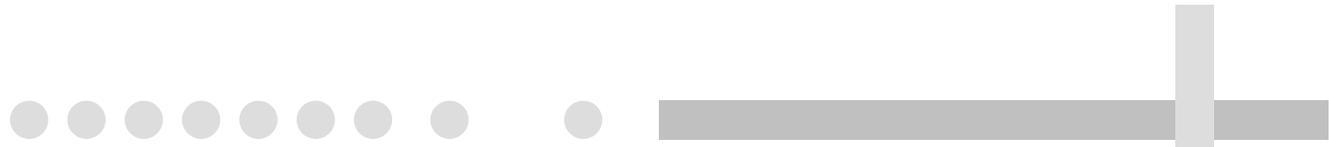
Equipo de Producción

Asesora Regional en Salud del Adolescente: *Dra. Matilde Maddaleno*
Asesora Regional en Comunicación Social: *Dra. Gloria Coe*
Adaptación del manual: *Manuel Vicente Llanos y Dra. Gloria Coe*
Revisión del texto: *Francisca Infante, Manuel Vicente Llanos y Sylvia Singleton*
Diseño: *Sylvia Singleton*
Fotos: *Armando Waak (OPS) y Dra. Matilde Maddaleno*

Índice

	Pág.
Prefacio	5
Introducción	9
Salud y estilos de vida en adolescentes y jóvenes de Latinoamérica y el Caribe	10
La comunicación en la promoción de salud y en prevención y control de enfermedades en jóvenes	12
No todos los programas de comunicación en salud son iguales	17
Comunicación en salud: Teorías, modelos y prácticas	18
El proceso de comunicación en salud	49
Etapa 1: Planificación y selección de estrategias	53
Etapa 2: Selección de canales y materiales	70
Etapa 3: Elaboración de materiales y pruebas preliminares	83
Etapa 4: Ejecución del programa	119
Etapa 5: Evaluación de la efectividad	127
Etapa 6: Retroalimentación para refinar el programa	134
Apéndices	
A. Ejemplos de planificación de programas de comunicación	139
B. Cuestionario sobre el uso de los medios	145
C. Cuestionario de intercepción en lugares centrales	152
D. Cómo diseñar una prueba de tipo teatral para vídeo	160
E. Cuestionario de la prueba preliminar del vídeo ilustrativo	167

F. Guión para presentar el vídeo ilustrativo	174
G. Guía del moderador de grupos focales	175
H. Cuestionario del <i>gatekeeper</i> /Revisión profesional	178
I. Cuestionario para la audiencia seleccionada	180
J. Información sobre materiales de comunicación en salud	183
K. Listado de páginas web	186
Glosario	196
Bibliografía comunicación y salud	199
Solicitud de publicaciones	208
Notas	210



Prefacio

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

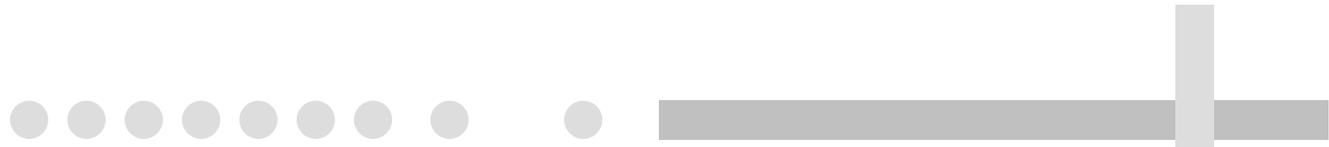
La salud debe percibirse no sólo como objetivo, sino también como una fuente cotidiana de felicidad. Esta concepción positiva de la salud acentúa tanto los recursos sociales y personales como las habilidades físicas. La Promoción de la Salud, en consecuencia, no es dominio exclusivo del sector salud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

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

Para la OPS, la salud de los adolescentes (10 a 19 años) y de los jóvenes (15 a 24 años) es un elemento clave para el progreso social, económico y político de todos los países y territorios de las Américas. Sin embargo, con demasiada frecuencia las necesidades y los derechos de los adolescentes no figuran en las políticas públicas, ni en la agenda del sector salud, excepto cuando su conducta es inadecuada. Uno de los factores que contribuye a esta omisión es que, en comparación con los niños y los ancianos, los adolescentes sufren de pocas enfermedades que representen una amenaza para sus vidas; por otra parte, la mayoría de los hábitos nocivos para la salud adquiridos durante la adolescencia no producen morbilidad o mortalidad durante el período de la adolescencia misma (OPS, 1998).

En 1996, los adolescentes y los jóvenes representaron un 30% de la población de LAC (aproximadamente 148 millones), al tiempo que en EE.UU., así como en Canadá, el porcentaje se situó alrededor del 20% de la población. Este número se estimó en casi 166 millones para el año 2000, concentrándose el mayor porcentaje en los países más pobres de la Región. No es difícil comprender que el crecimiento de esta población recargará los sistemas sanitarios, educacionales y laborales, ya que actualmente éstos están incapacitados para satisfacer sus demandas y es poco probable que alcancen en tan poco tiempo un desarrollo capaz de actualizarlos y proyectarlos para atender esa demanda futura (ibid).

A pesar de los cambios positivos observados en la sociedad, los adolescentes siguen afrontando muchos problemas que amenazan su transición saludable a la edad adulta. Según la Comisión Económica para LAC, CEPAL, la situación actual y las perspectivas de los adolescentes y jóvenes están condicionadas por: 1) la grave crisis económica, que genera la necesidad de reestructuración económica y del desarrollo de la capacidad tecnológica para participar en un mercado internacional competitivo; 2) el resurgimiento y consolidación de los sistemas democráticos en toda la Región; 3) la tendencia a la mejoría de los niveles de educación en cada cohorte de jóvenes y 4) los



cambios de las instituciones y los valores culturales, debido a la globalización de las comunicaciones y el transporte (ibid).

La OPS ha sido pionera en abordar el problema de la salud de los adolescentes y los jóvenes en el contexto de su ambiente social y económico, creando mecanismos para satisfacer sus necesidades de servicios de salud, sobre todo en promoción.

En el XXXVI Consejo Directivo realizado en septiembre de 1992, los Estados Miembros aprobaron el *Plan de Acción sobre la Salud del Adolescente en las Américas*. Durante dicha reunión se aprobó la resolución CD36.R18, mediante la cual se insta a los gobiernos de la Región a establecer políticas y planes nacionales, para promover la salud integral del adolescente, establecer vínculos de colaboración entre los organismos que se ocupan de la salud de este grupo de edad, fomentar la participación de los adolescentes en las actividades de Promoción de la Salud e iniciar proyectos de colaboración entre los diferentes sectores gubernamentales (ibid).

Durante el período comprendido entre 1992 y 1997, la División de Promoción y Protección de la Salud de la OPS ejecutó el Plan de Acción y se movilizaron recursos nacionales e internacionales para la salud de los adolescentes. El apoyo, principalmente de la Fundación W.K. Kellogg y del Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), desempeñó un papel fundamental en el inicio del Plan de Acción. El objetivo general de la iniciativa conjunta OPS/Kellogg fue mejorar la capacidad científica, técnica y administrativa de los gobiernos nacionales para iniciar y fortalecer programas de salud integral del adolescente. La evaluación de la ejecución del Plan de Acción determinó que, si bien los países lograron en poco tiempo extraordinarios avances en la creación de una infraestructura para la salud de los adolescentes, aún falta mucho camino por recorrer y se necesita un mayor compromiso de todas las partes interesadas.

El mencionado proyecto permitió abrir los espacios institucionales y dejó una capacidad instalada a nivel institucional en OPS y también en los países de LAC. Durante estos años el programa de salud de adolescencia de OPS se instrumentalizó con el desarrollo de diferentes herramientas para apoyar y mejorar la atención en los servicios de salud. El desarrollo de recursos humanos fue una experiencia exitosa; actualmente en LAC se dispone de una masa crítica de profesionales de salud para la implementación de programas de salud de adolescentes. El sistema de difusión de la información utilizada por el proyecto RED ADOLEC BIREME funciona en siete países de la región y tiene el potencial de incorporar las experiencias e intervenciones exitosas de diferentes partes del mundo, usando las redes de comunicación electrónica.

Sobre la base de estos antecedentes, del progreso logrado y de la experiencia adquirida, el 26 de junio de 1997 el Consejo Directivo de la OPS consideró la posibilidad de dar apoyo a la movilización de recursos nacionales e internacionales que permitieran la ejecución del nuevo Plan de Acción 1998-2001, el cual examinó y aprobó.

El XL Consejo Directivo aprobó la resolución CE120.R8 que insta a los Estados Miembros a promover la inclusión del tema de adolescencia y juventud en la agenda política y pública, con miras a mejorar la capacidad de los países para satisfacer las necesidades de los adolescentes, mediante la formulación de políticas apropiadas y el fomento de la colaboración intersectorial entre gobiernos, ONGs, universidades y medios de comunicación.

El Director de OPS ha asignado alta prioridad a la salud de los adolescentes y jóvenes; a pesar de la situación actual de restricción financiera de la institución se abrió una nueva posición para un asesor regional y un nuevo cargo subregional, y se incrementó en un



150% los recursos regulares para el bienio 1998 - 1999. La División de Promoción y Protección de la Salud priorizó el tema de adolescencia incorporándolo en la mayoría de sus programas y en las actividades con otras divisiones de la institución.

Por su parte, la Fundación W.K. Kellogg ha definido la salud de los adolescentes como una área prioritaria para LAC. Durante los últimos años ha apoyado diferentes experiencias de salud de adolescentes, en proyectos de base comunitaria y en docencia. Estos programas tienen un reconocido prestigio, experiencia y credibilidad regional. Actualmente la Fundación Kellogg esta implementando la **Iniciativa del Adolescente Sano**, que en una primera instancia apoya a siete proyectos, de base comunitaria, en diferentes países de la Región.

Esta nueva iniciativa se suma a los proyectos de formación de recursos humanos, los **Proyectos UNI** (Una Nueva Iniciativa en la Educación de los Profesionales de Salud: en Unión con la Comunidad). Estos proyectos integran un modelo académico en la universidad con revisión de los contenidos e incorporación de nuevas metodologías, un modelo de servicios con nuevas prácticas y aumento de cobertura y un modelo de participación comunitaria. Actualmente esta iniciativa de proyectos UNI trabaja con 20 proyectos activos, en diez países de la Región y tienen experiencias exitosas de trabajo con la población escolar y adolescente.

Esta asociación con la Fundación Kellogg es continuación de la relación de parcería en el tema de adolescencia, iniciada en 1992, y permitirá avanzar sobre lo ya construido aprovechando, además, las lecciones aprendidas. Los proyectos que esta Fundación está impulsando en los países de la Región en el tema de adolescencia y en la formación de recursos humanos, son una excelente oportunidad para actuar sinérgicamente con el plan de acción regional de adolescentes de OPS.

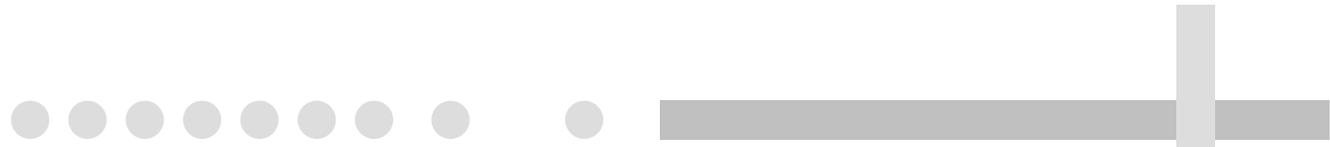
A lo largo del tiempo, el Programa de Salud de Adolescentes de la OPS ha adquirido experiencia y es claro que el desafío será cada vez mayor. Las lecciones aprendidas y la información disponible permitirían tener una visión más clara del camino a seguir. El Programa se inserta en un momento estratégico de aumento del interés en el tema de adolescencia y juventud y potencia el esfuerzo ya iniciado por W.K. Kellogg y la OPS en apoyar el desarrollo integral de la generación del siglo XXI.

El Programa definió cinco áreas prioritarias de trabajo, las que permitirán multiplicar las ideas y dejar una capacidad instalada en los países con amplia participación juvenil: desarrollar políticas y capacidad de abogacía, incorporar los medios de comunicación, fortalecer las redes de comunicación, incorporar las nuevas tecnologías y formar recursos humanos priorizando el pregrado.

Este manual es una respuesta a la prioridad en comunicación social, y tiene por objeto utilizar la comunicación para promover estilos de vida saludables y prevenir enfermedades en adolescentes y jóvenes.

El presente manual es una adaptación del "*Manual de comunicación social para Programas de Salud*", editado por la OPS en 1992; este último, a su vez, fue una adaptación de "*Making Health Communication Programmes Work: A Planner's Guide*", texto preparado por la Oficina de Información sobre el Cáncer de los Institutos Nacionales de Salud de EE.UU.

Los funcionarios² de la División de Promoción y Protección de la Salud/Programa de Familia y Población/Adolescencia de OPS, utilizaron la guía original y la adaptada de 1992 para desarrollar un manual de programas de comunicación en salud para los adolescentes y



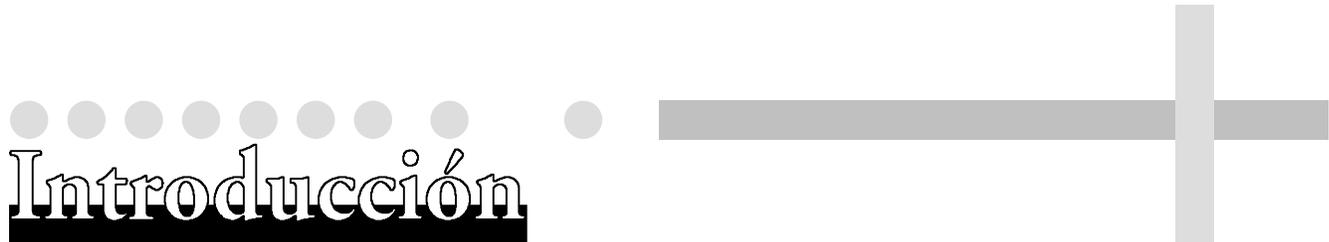
jóvenes que se adecuara a las condiciones y posibilidades de LAC. Si bien se ha conservado gran parte del texto original y del segundo manual, se suprimieron las secciones que sólo eran pertinentes para el contexto estadounidense y se agregó material acorde con el contexto de la población adolescente y joven de la Región. Además, se incorporó nueva bibliografía y una lista de instituciones especializadas de LAC.

Este manual para la acción describe esquemas prácticos para la planificación y ejecución de programas de comunicación en salud dirigidos a adolescentes y jóvenes de LAC. Brinda ejemplos de cómo analizar un problema de comunicación en salud y diseñar y evaluar un proyecto, acentuando en las características de la población hacia la que se dirige la acción. El manual no pretende dar fórmulas o reglas inflexibles sino guías para recorrer el campo poco explorado, pero estimulante, de la comunicación para la salud.

La utilización del manual, unida a las condiciones específicas de cada país y lugar donde se utilice, así como la experiencia de cada equipo de salud que lo aplique, permitirá su enriquecimiento y adaptación a cada situación. Agradecemos que se nos notifique de estas adecuaciones, puesto que ello nos permitirá, con el tiempo, evaluar la posibilidad de nuevas ediciones, enriquecidas con el producto de la experiencia vivida por quienes le dan vida práctica al manual.

La División de Promoción y Protección de la Salud y los Programas de Salud de Adolescentes y de Comunicación en Salud agradecen al comunicador social Manuel Vicente Llanos Castillo, de Cali, Colombia, por su excelente trabajo en la adaptación de este manual de *Comunicación social para programas de promoción de la salud del adolescente*.

Gloria Coe
Matilde Maddaleno
OPS/OMS
Washington, D.C.
Abril 2001



Introducción

La División de Promoción y Protección de la Salud de OPS ha definido ocho puntos estratégicos para las acciones integradas de salud pública:

- *Estimulación y vigilancia del crecimiento y desarrollo*
- *Nutrición y alimentación*
- *Salud reproductiva y sexual*
- *Salud mental*
- *Prevención de uso de tabaco, alcohol y drogas*
- *Prevención de violencia intrafamiliar y maltrato del niño*
- *Promoción de estilos de vida saludables*
- ***Salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes***

La definición de estos puntos estratégicos responde a la diversidad y complejidad de los componentes del Programa, los cuales se refieren tanto a enfermedades o problemas específicos como a subgrupos de población con características especiales, como los adolescentes y los jóvenes.

La OPS considera que la Promoción de la Salud en adolescentes y jóvenes puede llevarse a cabo de manera más eficaz mediante programas que, por una parte, asistan a esta población en particular y a la comunidad en general en la adopción de decisiones adecuadas para la protección de su salud y, por otra parte, apoyen los desarrollos institucionales que aseguren disponibilidad de los servicios y las tecnologías necesarias para resolver los problemas de los adolescentes y jóvenes.

La División de Promoción y Protección de la Salud promueve actividades de disseminación de información, uso de la comunicación con medios masivos e interpersonales y educación, relacionadas con las ventajas de estilos de vida saludables y los riesgos asociados a estilos de vida no saludables; movilización de recursos para promover la toma de conciencia y la participación de personas y organizaciones públicas y privadas, y el entrenamiento de los trabajadores de la salud y de otros sectores sociales para que empleen metodologías preventivas y participativas.

En este marco de acción, la OPS, en colaboración con la Fundación W.K. Kellogg, lleva a cabo el Plan de Acción Regional de salud y desarrollo de Adolescentes, el cual plantea su implementación a través de tres ejes fundamentales: la salud de los adolescentes hoy, enfocándose en servicios, consejería y educación en salud; los adolescentes promocionando futuros saludables, enfocándose en preadolescentes y escolares; y los adolescentes como agentes de cambio de sus pares, familias y comunidad, enfocándose en participación y empoderamiento juvenil.

El Programa, que de interés creciente en la Región, ha logrado avances significativos en poco tiempo y ha establecido una infraestructura para la salud de los adolescentes. Sin embargo, la evaluación muestra que dos de las lecciones críticas aprendidas en los cuatro primeros años han sido la necesidad de promover y facilitar el uso de las nuevas tecnologías informáticas para aumentar la difusión de información y para ampliar la cobertura de la formación de recursos humanos, y la de concebir nuevos modelos para fomentar la participación y el empoderamiento juvenil.

Lo anterior llevó a definir como una de las cinco áreas prioritarias del Programa la incorporación de la comunicación social en la promoción del desarrollo y salud de adolescentes (OPS/Kellogg, 1997).

Este manual es una respuesta a dicha prioridad en comunicación social, y tiene por objeto **utilizar la comunicación para promover estilos de vida saludables y prevenir las enfermedades en adolescentes y jóvenes**. Es una obra escrita para planificadores de la salud, profesionales de la salud y todos aquellos que trabajan en acción comunitaria y programas de desarrollo en el campo de la Promoción de la Salud orientados a la adolescencia y la juventud en LAC. Por lo tanto, también se dirige, entre otros, a profesores y directivos escolares de los niveles básico y medio, líderes comunitarios, voluntarios de salud y estudiantes universitarios de pre y postgrado, que estén involucrados en equipos de trabajo multidisciplinarios e intersectoriales en procura de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad en adolescentes.



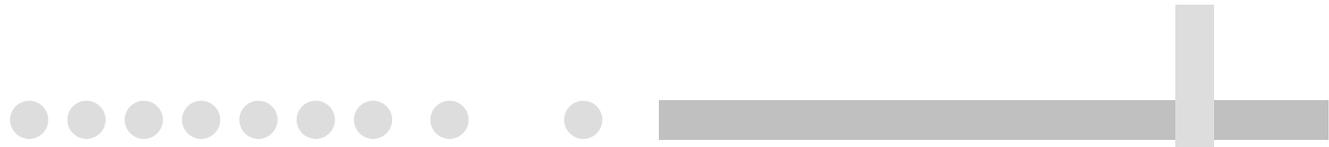
Salud y estilos de vida en adolescentes y jóvenes de LAC

Knauel y Flores, citados en ¿Por qué debemos invertir en el adolescente? (Burt, 1998), exponen cómo en los países de LAC, los adolescentes de entre 10 y 19 años de edad representan una proporción significativa de la población. Va desde el 17% en el Uruguay hasta casi un 26% en El Salvador, con cifras inferiores al 20% sólo en Argentina, Chile y Uruguay.

Un 80% de los adolescentes vive en zonas urbanas y uno de cada tres bajo la línea de pobreza (Londoño, 1996). El crecimiento de la población de los adolescentes de la Región genera una demanda creciente a los sistemas de salud, de educación y de trabajo. Además se sabe que la proporción de población adolescente es mayor en aquellos países menos desarrollados y con menos recursos. La situación se ve agravada por la migración urbana, fundamentalmente en los sectores marginales, lo que dificulta más aún el acceso de este grupo de edad a los servicios y a la inserción en el mercado laboral, con el aumento consiguiente de la delincuencia y violencia juvenil (OPS/Kellogg, 1997).

Algunas estadísticas de salud

En la Región, los problemas de salud del adolescente y del joven están asociados con los principales cambios orgánicos y psicosociales que ocurren durante su desarrollo y tienden a ser muy diferentes de los problemas del niño (Burt, 1998). En cuanto a las tasas y



causas de mortalidad de la población adolescente, se encuentran contrastes marcados. Las enfermedades infecciosas como diarrea, influenza y neumonía, se encuentran aún entre las cinco causas principales de mortalidad de la población entre 10 y 14 años de edad en países como Guatemala; pero en países como Colombia, que se encuentran más cercanos a la transición epidemiológica de enfermedades crónicas, los accidentes y la violencia son las causas más importantes de mortalidad entre los adolescentes.

En algunos países, como Colombia, Brasil y El Salvador, la violencia relacionada con la delincuencia es una de las causas principales de mortalidad. En el primero de los citados, un componente importante de esta epidemia es el tráfico de drogas, mientras que en los otros dos lo es el aumento de las pandillas juveniles (OPS, 1998).

La violencia intrafamiliar y en contra de la mujer recién empieza a emerger. En un estudio de Jamaica de mujeres adolescentes entre 13 y 14 años, el 53% refiere haber sido golpeada por sus padres y un 63% por sus profesores. En 10 de los 21 países con información disponible, el homicidio es la primera o segunda causa de muerte en adolescentes varones entre 15 y 24 años de edad (OPS/Kellogg, 1997). La depresión y el suicidio han aumentado en algunos de los países como México, Venezuela, Brasil y Argentina.

Se estima que en LAC, un 10% de los adolescentes tienen una enfermedad crónica. Las nuevas morbilidades, tales como trastornos de aprendizaje, déficit de atención, trastornos del apetito, están emergiendo últimamente. Otro problema relacionado con la salud del adolescente es la prevalencia de las enfermedades de transmisión sexual, el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). La incidencia más alta de enfermedades de transmisión sexual se encuentra en el grupo de 20 a 24 años de edad, seguida de los grupos de 15 a 19 y, después, aquellos entre 25 y 29 años de edad. Al menos la mitad de los infectados por el VIH tienen 24 años de edad o menos, lo que implica haber adquirido la enfermedad probablemente en la adolescencia.

Los riesgos de salud del aborto ilegal en las adolescentes son considerables. Se estima que en América Latina cuatro de cada diez embarazos terminan en aborto, con una proporción que se incrementa a seis de cada diez embarazos en Chile, y baja a dos de cada diez en México. Cuando los embarazos de la adolescente son resultado de violencia sexual o abuso, es probable que haya efectos psicológicos y físicos a largo plazo, con consecuencias en la demanda de servicios de salud (Burt, 1998).

El uso excesivo del alcohol entre los jóvenes aumentó en los años 80. La droga ilícita más usada es la marihuana, que frecuentemente se consume con alcohol y tabaco. Se estima que entre un 10% y un 30% de los adolescentes y jóvenes en LAC ha consumido marihuana. El uso de la cocaína está aumentando en la Región y los preadolescentes pobres y marginales son los que usan los inhalantes con más frecuencia (OPS/Kellogg, 1997).

Entre los jóvenes de todas las edades, el tabaquismo es el comportamiento más común y el que con más probabilidades afecta la salud, debido a su prevalencia. En Perú, el 57% de los adolescentes varones de entre 15 y 19 años fuman cigarrillos; en Cuba lo hace el 41%, en comparación con el 28% y el 32% en EE.UU. y Canadá, respectivamente. En México, el 17% del grupo de adolescentes más jóvenes, entre 11 y 15 años, fuma cigarrillos. En EE.UU. y Canadá, respectivamente, las tasas de las adolescentes que fuman son similares a las de los adolescentes varones, mientras que en los países latinoamericanos estudiados, es menos probable que la adolescente fume. Perú y Cuba muestran tasas elevadas de 40% y 28%, respectivamente. En México hubo poca diferencia en las tasas de adolescentes de uno y otro sexo de entre 11 y 15 años de edad (Burt, 1998).

Riesgo y resiliencia

Así como existen factores en el ambiente de los adolescentes que favorecen el inicio de conductas de riesgo, también hay factores que los protegen de las influencias adversas. La idea de los factores protectores y resilientes proviene de estudios centrados en niños que a pesar de vivir en condiciones adversas y de alto riesgo son capaces de superarse y logran una vida adulta plena. A esos niños se les llamó: "resilientes", "invulnerables", "competentes" y "resistentes al estrés" (OPS/Kellogg, 1997).



Hasta la fecha se han identificado factores protectores y resilientes individuales, familiares y ambientales, muchos de los cuales funcionan como factores protectores, independiente del riesgo. Estos factores se pueden resumir en factores protectores individuales (personalidad) incluyendo la autoestima, y el locus de control interno (sentirse confiado de que los propios esfuerzos producirán los efectos deseados). Los factores protectores familiares incluyen la ausencia de discordia conyugal, la cohesión familiar, y una buena relación con al menos uno de los padres. Un factor protector en el ambiente social lo constituye una relación significativa con un adulto de importancia para el joven, otros son, involucrarse en actividades escolares y comunitarias, y la creencia en un ser superior. Algunos estudios han mostrado que la necesidad de factores protectores se incrementa con mayor exposición del adolescente a los factores de

riesgo. De esta manera los adolescentes necesitarán para enfrentar circunstancias de alto riesgo un número mayor de factores protectores (ibid).

La comunicación en la promoción de salud y en prevención y control de enfermedades en jóvenes

La información pública y la educación para la salud se concentran esencialmente en mediar para convencer a los grupos políticos, administrativos y profesionales de que la inversión en materia de salud tiene sentido económico, es un elemento de éxito político que atrae la atención popular y un imperativo social. También hay que desarrollar y fortalecer los grupos comunitarios organizados para que se involucren activamente en el mejoramiento de la salud, informar al público y atraer la participación de la gente en programas de salud específicos, promoviendo al mismo tiempo una vida sana. Para realizar todo ello se requiere colaboración intersectorial, en particular para el fortalecimiento de la educación en salud de los niños en edad escolar y la movilización de todos los recursos disponibles de la comunidad.

El secreto de usar comunicaciones en salud con efectividad reside en identificar los medios apropiados, el mensaje y la audiencia a la que se dirige, para ayudar a resolver un problema específico de salud. Y no hay que olvidar el saber ubicar un programa de comunicación en salud en el contexto más amplio de la Promoción de la Salud y los servicios de salud locales, regionales y nacionales. Todo ello debe lograrse con recursos

limitados y en circunstancias que hacen que la adopción de estilos de vida más saludables sea la más alta prioridad de la Región.



*Hay factores
que protegen a
los adolescentes
de influencias
adversas*

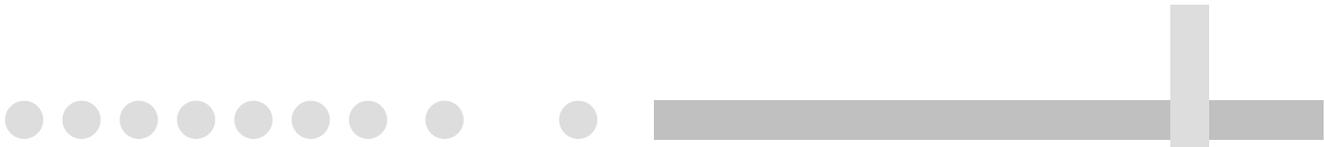
La comunicación debe ser incluida como un componente más en los programas diseñados para promover la salud. Los programas de comunicación por sí mismos, sin el apoyo de otros servicios, son insuficientes.

Los programas de comunicación en salud pueden:

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

Los programas de comunicación en salud no pueden:

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



Comunicación social en la Unidad de Salud y Desarrollo de Adolescentes y Jóvenes

A instancias de OPS, en 1996 se realizó una evaluación externa en la ejecución de los diversos componentes del Plan de Acción en Salud de los Adolescentes, en 22 países de la Región.

En la evaluación solamente uno de los 22 países calificó como aceptable la difusión de información de la salud de los adolescentes y la comunicación social de su país. El acceso a la información acerca de los programas de adolescencia también se calificó como deficiente por todos los entrevistados.

Desde 1992, la OPS ha establecido y conectado siete centros de información en una red dedicada a la salud de los adolescentes, llamada ADOLEC/BIREME. Se creó una base de datos con más de 2.000 personas e instituciones que trabajan con adolescentes en toda la Región. Los resultados indicaron que el servicio prestado por los centros de ADOLEC que fueron consultados se consideró efectivo para difundir la información. Sin embargo, la existencia de la red era poco conocida en los países (OPS, 1998).

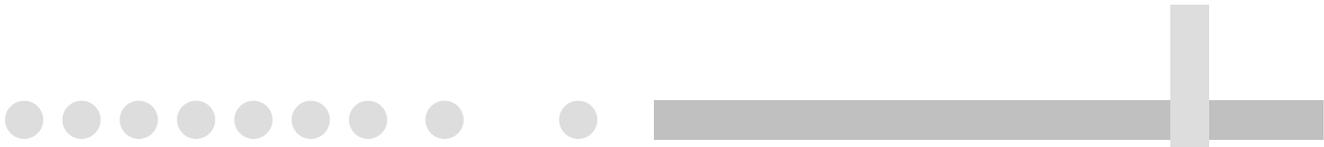
Una de las cinco áreas prioritarias del Proyecto de Apoyo al Desarrollo Integral de Adolescentes y Jóvenes en los países de LAC es, justamente, para compensar las deficiencias encontradas por la evaluación al Plan de Acción, la **incorporación de la comunicación social en promoción de desarrollo y salud de adolescentes**.

Los medios de comunicación han aumentado rápidamente su capacidad para influenciar a la gente en todo el mundo. En 1994, existían dos billones de radios, 300 satélites de comunicación y un billón de televisores y se gastaron 80 billones de dólares en programas de entretenimiento. La mayoría de las revistas, periódicos y folletos son oportunidades de comunicación acerca de aspectos de salud, con un rango amplio de audiencias (OPS/Kellogg, 1997).

Actualmente, además de estos datos, es necesario considerar la cada vez más amplia popularización del uso de las computadoras personales, la posibilidad de usar en ellas material multimedia (CD) de diverso origen y cada vez más accesibles al grueso del público, así como las opciones de intercomunicación que ofrece el Internet, alternativas que están al alcance de usuarios individuales y colectivos como colegios, escuelas, centros de recreación, clubes juveniles, centros comunitarios, etc. Este panorama multiplica las posibilidades de exposición de los adolescentes a múltiples y no pocas veces contradictorios mensajes.

La mayoría de la información que los adolescentes tienen de salud la obtienen de sus pares o de los medios de comunicación. Estos tienen la ventaja de tener una cobertura amplia, un acceso inmediato, con una comunicación directa y atractiva. Esto es especialmente cierto para los adolescentes, que son uno de los grupos objetivos de los medios de comunicación y en los que además se ha demostrado que se puede ser efectivo. Por ejemplo, en Brasil el video "Vía de Rua", de prevención del SIDA, aumentó en un 18% el uso del preservativo en el grupo control y mejoró un 20% el conocimiento de los medios de transmisión del virus (ibid).

La comunicación social será utilizada en los diferentes componentes de esta propuesta, pero además, se intentará apoyar a los países en la incorporación de programas de comunicación, dirigidos a los adolescentes y a las audiencias secundarias (padres, profesores, medios de comunicación).



Estrategias para los países:

- *Facilitar al personal de salud el desarrollo de programas atractivos y atrayentes para los adolescentes, que promuevan formas de vida saludables, tanto en lo individual como en lo colectivo*
- *Crear sociedades entre los medios de comunicación y el sector salud*
- *Comunicar la salud a través de los programas de entretenimiento*
- *Apoyar a los medios de comunicación comunitaria y regional*

Adicionalmente, se plantea como otra área prioritaria para desarrollar el fortalecimiento de las redes y diseminación de información. Esta propuesta busca fortalecer las redes de información y de servicios, apoyando la recopilación de la información disponible en adolescencia en los países y facilitando el acceso a ella a través de los centros de ADOLEC/BIREME, con la tecnología de Internet (páginas electrónicas).

Se seguirá ampliando la red ADOLEC/BIREME y sus siete centros sub-regionales, con una mayor interacción de éstos con los centros de excelencia, las universidades, los Proyectos UNI y la Iniciativa del Adolescente Sano.

Definición de comunicación en salud

La comunicación en salud es una estrategia clave que permite informar al público sobre asuntos de salud, mantener en la agenda pública asuntos importantes sobre salud y promover estilos de vida. Don Nutbeam define la comunicación en salud³ como el proceso para “desarrollar conocimiento, comprensión y habilidades que permiten a la gente llevar a cabo cambios sostenibles en las condiciones que afectan su salud. Estas condiciones incluyen factores sociales, mediambientales y económicos, lo mismo que las conductas de los individuos”. Kim Witté⁴, por su parte, sugiere que el lema de la comunicación en salud es “promover cambios de conducta saludables, en la forma más humanitaria posible”. Por otra parte, los Centers for Disease Control and Prevention (Centros para Control y Prevención de Enfermedades) de EE.UU., definen la comunicación en salud como “la realización y entrega de mensajes y estrategias, basadas en investigación del consumidor, para promover la salud de los individuos y comunidades” (Roper, 1993).

Salud y conducta

Los programas de comunicación en salud han mostrado gran efectividad en las siguientes áreas:

- *Una reducción de 50% en la mortalidad por cardiopatía isquémica en North Karelia, Finlandia;*
- *La reducción en la cantidad de fumadores adolescentes en California, Florida, y Massachusetts;*
- *El aumento en la práctica de chóferes designados,*
- *La reducción en el porcentaje de embarazos de adolescentes en EE.UU.*

Sin embargo, promover conductas sanas, individuales y colectivas es difícil. En la Figura 1, se puede observar que aun cuando cerca del 90% de los padres posee información sobre el uso de sales de rehidratación orales, un porcentaje mucho menor—cerca de 35%—realmente lo usa. También es aparente que, en el caso de la vacunación, un número cada vez menor de padres lleva a sus hijos para la segunda y tercera dosis. Está claro que:

- *Existe una laguna entre conocimiento y comportamiento*
- *No se sostiene una conducta saludable en una área tan importante como la vacunación, en forma constante, a través del tiempo*
- *Parece existir un estancamiento o tope en cuanto a la búsqueda de una conducta en procura de la salud*
- *La salud no forma aún parte de la vena cultural de la sociedad*

Es importante recordar que tanto las sales rehidratadoras orales como la vacunación han sido promovidas mundialmente mediante programas de prevención con gastos multimillonarios en US\$dólares, y que son importantes para la salud y el bienestar de los niños. Pero aunque los niños constituyen una población hacia la cual los padres son muy sensibles, el reto para los sistemas y servicios de salud sigue siendo cómo promover conductas saludables entre adolescentes y jóvenes.

Figura 1

Porcentaje de padres que conocen y usan las sales orales rehidratadoras y que vacunan a los niños de 12-23 meses de edad en países seleccionados

Países	Conoc. de sales orales rehidratadoras	Uso de sales orales rehidratadoras	Vacunas							
			BCG	DPT1	DPT2	DPT3	Pólio 1	Pólio 2	Pólio 3	Sarampión
Bolivia 1997	85.3	30.2	87.4	81.6	66.8	48.6	84.4	63.0	39.1	50.8
Colombia 1995	95.5	44.5	93.4	96.0	88.0	77.4	97.0	90.6	76.7	84.1
Guatemala 1995	85.5	21.5	78.2	85.5	75.3	59.4	89.1	76.2	55.9	75.1
Rep. Dom. 1996	94.0	35.1	89.9	93.4	77.4	57.6	91.5	74.2	48.1	78.2
Perú 1996	81.3	26	94.3	95.7	88.1	77.0	95.3	86.7	71.4	85.8

Macro International Inc., 1999



No todos los programas de comunicación en salud son iguales

Algunos ejemplos citados en este manual son programas nacionales en gran escala; otros fueron desarrollados para una comunidad. La mayoría de las etapas y comentarios relativos a la planificación son igualmente pertinentes, con independencia del ámbito geográfico. De manera similar, algunos problemas de salud de los adolescentes y los jóvenes son más complejos y polémicos que otros. Pueden involucrar a una o más audiencias seleccionadas; requerir una información sencilla o reclamar cambios complejos de conducta; disponer de una o varias fuentes presupuestarias durante varios años o no contar con casi ningún presupuesto. Las diferencias dentro de los países y entre éstos son enormes, debido a la gran diversidad de realidades sociales y culturales dentro de América Latina y el Caribe.

Este manual describe lo que, a nuestro juicio, es un esquema práctico para la planificación y ejecución de programas de comunicación en salud, orientados a la población adolescente y joven de LAC. Sin embargo, Ud. podrá identificar una situación que no permita seguir, o no requiera, cada etapa propuesta. Esperamos que se considere cada tema y etapa y que se tome una decisión consciente acerca de los aspectos aplicables a su situación. No hay reglas rígidas ni fijas. Considere los siguientes capítulos según están concebidos, como pautas sugeridas.



Comunicación en salud: Teorías, modelos y prácticas

Comprender qué es lo que motiva a las personas a adoptar o no conductas saludables ha constituido un tema de investigación en muchas disciplinas desde los años 60 (Bandura, 1986, 1977; Davidson y Davidson, 1980). Entre las teorías usadas frecuentemente para explicar este proceso se encuentran aquellas relacionadas con las teorías de la persuasión y modelos de cambio conductual.

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

El arte y la ciencia de la persuasión fue estudiada primero por Aristóteles (384-322 AC), quien, en 350 a.C., comenzó a ofrecer clases de retórica en la Academia fundada por Platón. Aristóteles observó el principio de la democracia y el gobierno constitucional durante las deliberaciones públicas y discursos de individuos en las cortes, ya fuera procesando un crimen o hablando en defensa propia en ausencia de un profesional en leyes, y en otras ocasiones tales como una fiesta pública o un funeral (Kennedy, 1991). Basándose en estas observaciones, Aristóteles escribió *El arte de la retórica*, en la que definió la función de la retórica como “la *detección de aspectos persuasivos en un tema concreto.*” (Lawson-Tancredi, 1991). Lo que Aristóteles presenta es un manual de persuasión. Sugiere cuatro variables importantes para desarrollar discusiones persuasivas: **ethos**, que se deriva de la credibilidad del orador; **pathos**, o apelaciones a la emoción; **logos**, o apelaciones a la lógica de la audiencia, y **enthymemes**, en donde Aristóteles sugiere que la primera premisa de un argumento es de alguna manera obvia para la audiencia y, por lo tanto, no se expone explícitamente. Aristóteles también presenta información sobre psicología y sugiere la importancia de adaptar un discurso a la audiencia (Kennedy, 1980).

Teorías del comportamiento

Para el trabajo de promoción de la salud, es fundamental la comprensión de los comportamientos y de las teorías⁵ que los explican y que proponen maneras de cambiarlos. Desde una perspectiva ecológica, es decir, integral, los comportamientos tienen dos características fundamentales: son influenciados en múltiples niveles (por factores intrapersonales o individuales, interpersonales, institucionales u organizativos, comunitarios y de políticas públicas), y son de causalidad recíproca con su entorno.

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

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

Las teorías de la persuasión y modelos⁶, también llamadas teorías de la conducta, presentan un marco para la comprensión de la conducta humana y sus determinantes, y han sido la base de estudios por parte de investigadores de la salud lo mismo que de otras disciplinas (Donohew y cols., 1991).⁷ La utilidad de las teorías es que pueden ayudarnos a comprender la índole de los comportamientos de salud a los que se quiere llegar. Pueden explicar la dinámica del comportamiento, los procesos para cambiarlo y los efectos de las influencias externas en él. Adicionalmente pueden ayudarnos a identificar las metas más adecuadas para los programas, los métodos para lograr el cambio y los resultados para la evaluación. Las teorías y los modelos explican el comportamiento y señalan maneras de lograr el cambio del mismo. Las teorías de la persuasión forman la base para la comunicación en salud y la planificación, implementación y evaluación de programas de salud (Maibach y Parrott, 1995). Entre las teorías de la persuasión y modelos que se han mantenido firmes en diversas culturas y conductas de salud están los que se pueden agrupar bajo los siguientes categorías:⁸

- *Modelos de nivel individual*
- *Teoría de comportamiento interpersonal de salud*

- *Modelos de nivel comunitario*

Dos conceptos clave dominan las teorías cognoscitivas del comportamiento en los niveles individual e interpersonal:

- El comportamiento se considera *mediado por el conocimiento*, es decir, lo que sabemos y lo que creemos afecta a la manera como actuamos.
- El conocimiento es *necesario pero no suficiente* para producir cambios de comportamiento. También desempeñan funciones importantes las percepciones, los sentimientos, la motivación, las aptitudes y factores del entorno social.

Modelos del nivel individual

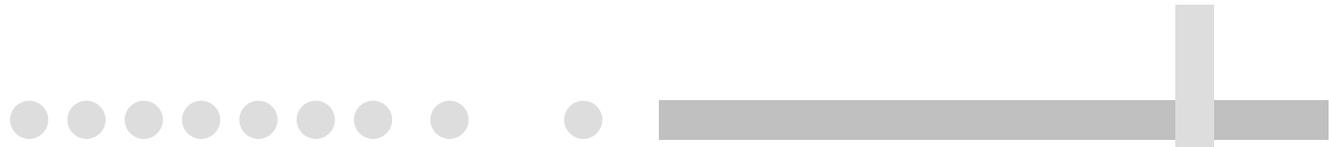
El nivel individual es el más básico de la práctica de la Promoción de la Salud y puede ser parte de teorías más amplias. Se citarán aquí tres teorías de este nivel, indicando de manera resumida, sus características. Cada una tiene un aspecto central diferente:

Etapas del cambio

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

Cuadro 1

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



Los Modelos de Etapas del Cambio proponen que la adopción de conductas saludables es un proceso en el que el individuo progresa a través de varias etapas hasta que la nueva conducta forma parte de la rutina diaria. Prochaska y DiClemente y Norcross (1984, 1992) desarrollaron un proceso de cinco etapas identificadas como pre-contemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento. McGuire (1981) sugiere 12 pasos⁹ y Rogers (1983) cinco etapas¹⁰.

Cada modelo asume que un cambio de conducta involucra movimientos crecientes hacia la próxima etapa, y de hecho los planificadores de los programas discuten sobre "moverse de la fase pre-contemplativa a la fase contemplativa". Más aun, los modelos ponen énfasis en que los mensajes y programas transmitidos a través de medios masivos son más efectivos en las etapas tempranas, mientras que la comunicación interpersonal y las redes de apoyo social basadas en la comunidad tienen una importancia crítica durante las etapas posteriores (Maibach y Holtgrave, 1995). La información, particularmente la información impresa, es crucial para alentar el cambio de una etapa hacia la próxima. Sin embargo, El tipo de información varía de acuerdo a la etapa en que se encuentra la población (DiClemente y Hughes, 1990).

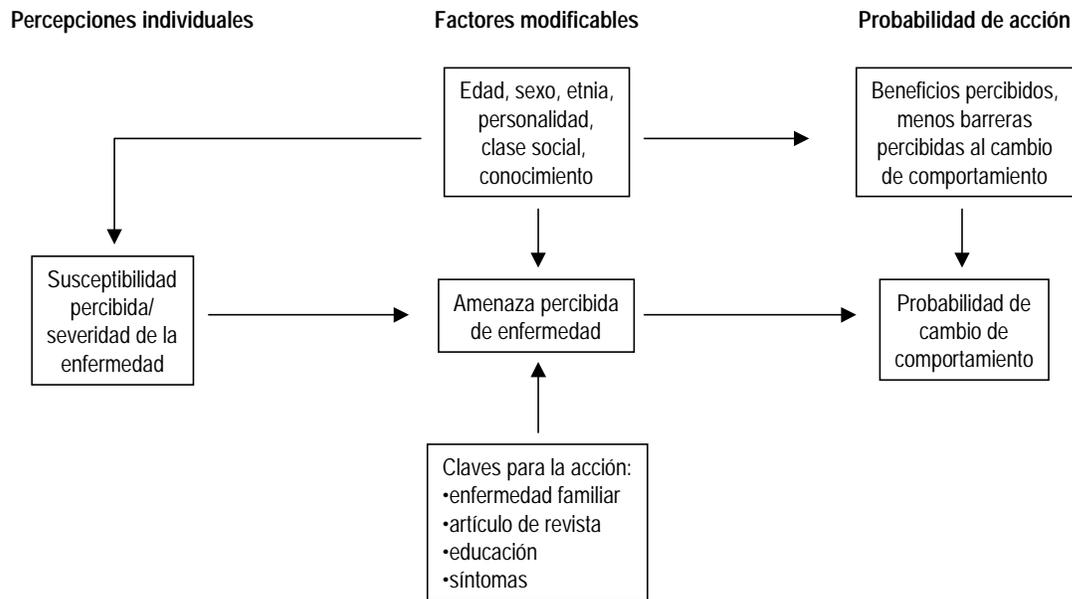
Modelo de Creencias de Salud

Durante los últimos 40 años, los investigadores de salud desarrollaron este modelo para comprender y predecir la conducta de los individuos con relación a la prevención de las enfermedades, el uso de servicios de salud, retrasos en la búsqueda de cuidados de la salud y cumplimiento de las recomendaciones médicas. De acuerdo con el Modelo de Creencias en Salud, la conducta de un individuo es determinada por la comprensión que éste tiene de:

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

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

Figura 2
Modelo de Creencias en Salud



El Modelo de Creencias en Salud, Figura 2, fue preparado por psicólogos que trabajan en el servicio de salud pública de EE.UU. (Hochbaum, Rosenstock, Leventhal y Kegeles)¹¹ quien, en los años 50, trataron de comprender por qué las personas no se tomaban una radiografía en unidades móviles de rayos X que visitaban los vecindarios y prestaban el servicio en forma gratuita.

Estudios posteriores mostraron que la susceptibilidad percibida por el individuo sobre la tuberculosis incluía lo siguiente:

- *la creencia personal de ser susceptible a la tuberculosis,*
- *hasta dónde creía el individuo que sufría de tuberculosis aun cuando no presentaba síntomas*

También se hizo aparente que la percepción de beneficios personales resultantes de la toma de radiografías dependía de dos variables claves:

- *la creencia del individuo de que los rayos X podían identificar la tuberculosis antes de la aparición de los síntomas*
- *si el individuo creía que la detección temprana y el tratamiento mejoraría la prognosis de tratamiento*

Se encontró, por ejemplo, que de los que creían ser susceptibles a la tuberculosis y que se beneficiarían con la detección temprana, **82% tenían radiografía**. Por el contrario, de aquellos que creían no ser susceptibles y que no se beneficiarían con la detección temprana, **solamente 21% habían tenido una detección por radiografía**. Obviamente, existe la

necesidad de que los comunicadores de salud hablen con los jóvenes y entiendan sus percepciones y creencias.

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

Cuadro 2

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

Modelo de Procesamiento de la Información por el Consumidor

Este modelo aborda los procesos mediante los cuales los consumidores reciben y utilizan información para tomar decisiones (Cuadro 3). Aunque este modelo no sirve para comprender cómo se utiliza la información sobre salud, sí resulta beneficioso a la hora de desarrollar programas de promoción de salud. La información es esencial en la toma de decisiones por parte del consumidor, y esto incluye decisiones relativas a los comportamientos que afectan la salud. Este modelo sugiere que antes de que las personas puedan usar la información, esta debe:

- *estar disponible*
- *ser nueva y utilizable*
- *comprensible y de uso fácil*

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

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

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

Cuadro 3

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

Teorías de comportamiento interpersonal de salud

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



Teoría del Aprendizaje Social

La Teoría del Aprendizaje Social (Bandura, 1977; Bandura y Adams, 1977) empezó a tomar forma a principios de los años 60, cuando escribió un artículo (Bandura, 1962) sobre el aprendizaje social de los niños sugiriendo que los niños aprenden por imitación de los demás. Esto contrastaba con las teorías del aprendizaje predominantes en el momento, basadas en los principios clásicos de estímulo seguido por recompensas para reforzar el aprendizaje.

Bandura y Walter (1963) sugirieron que los niños aprenden nuevas conductas observando lo que hacen otros niños y más aun, que los niños no necesitan recompensas directas para promover el aprendizaje. Los niños, según esto, aprenden por observación y modelan su conducta en lo que ven hacer a otros. Durante los siguientes 20 años Bandura formuló un número de conceptos que son importantes para la comprensión de enfoques individuales con relación a la adopción de conductas de enriquecimiento de la salud. El concepto organizacional de determinismo recíproco (Bandura, 1978), sugiere una dinámica y continua interacción entre (1) la persona, (2) con la conducta enriquecedora de la salud y (3) con el medio ambiente en el cual se lleva a cabo la conducta. El determinismo recíproco enfatiza la importancia de asegurarse un ambiente que provea oportunidades y apoyo social para la adopción de la conducta saludable. Basándose en el determinismo recíproco, las intervenciones de salud están diseñadas, por ejemplo, para sugerir la búsqueda de nuevos amigos que hacen ejercicios o no fuman, o para proveer frutas y vegetales en los comedores escolares.

Entre los conceptos formulado por Bandura como importantes para la promoción de conductas saludables están:

- **capacidad de conducta**, asegurar que las intervenciones de salud provean a los individuos el conocimiento y las habilidades para ejecutar una conducta específica, tal como usar un condón o seleccionar comidas bajas en grasa
- **expectativa**, asegurar que las intervenciones de salud enfatizan los beneficios y resultados positivos de la conducta enriquecedora de la salud
- **aprendizaje por observación**, asegurar que las intervenciones de salud incluyan modelos creíbles de conducta saludable y que contengan beneficios positivos
- **auto-eficacia**, asegurar que las intervenciones de salud aumenten la confianza del individuo en su habilidad para realizar la conducta especificada
- **determinismo recíproco**, recordar que los comportamientos son el resultado de interacciones entre la persona y su entorno, y asegurar que las intervenciones incorporan acciones relacionados con el entorno

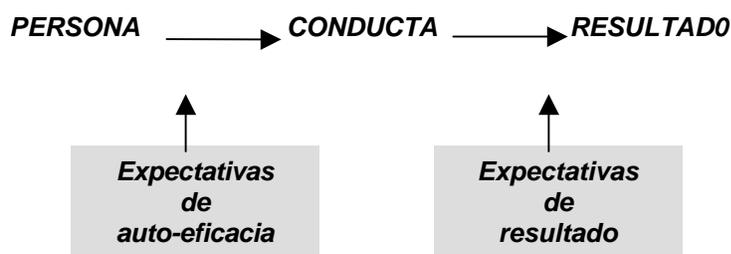
La Teoría de Aprendizaje Social deja en claro la importancia de desarrollar programas de comunicación en salud que incorporar estrategias promoviendo estilos de vida saludable del individual y del entorno. Métodos que promueve comportamientos saludables individuales son el desarrollo de materiales educativos. En cambio, métodos para cambiar entornos son los cambios en políticas, cambios en normas, o cambios organizativos.

La teoría de Bandura está simplificada y representada en forma gráfica en la Figura 3. Esta teoría propone que las personas se comprometerán en el cambio de conducta, siempre y cuando:

- se sientan capaces de adoptar la nueva conducta o, en otras palabras si se creen auto-eficaces
- crean que los resultados de la conducta serán positivos y que recibirán beneficios

Esta teoría es importante para el diseño de programas de salud por muchas razones, entre ellas la gran cantidad de literatura, cada vez mayor, que demuestra su efectividad en las múltiples conductas de salud y las diversas culturas.¹²

Figura 3
Teoría de Aprendizaje Social
(Albert Bandura, *Psychological Review*, 1977)



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

Cuadro 4
Teoría del Aprendizaje Social

Concepto	Definición	Aplicación
Determinismo recíproco	Los cambios de comportamiento son resultado de interacciones entre la persona y su entorno; la interacción es bidireccional.	Hacer participar al individuo y a terceras personas importantes para éste; trabajar para cambiar el entorno, si se justifica.
Capacidad conductual	El conocimiento y las aptitudes para realizar un comportamiento influyen en las acciones.	Proporcionar información y capacitación sobre la acción
Expectativas	Creencias sobre los probables resultados de la acción.	Incorporar información sobre posibles resultados de la acción que se aconseja.

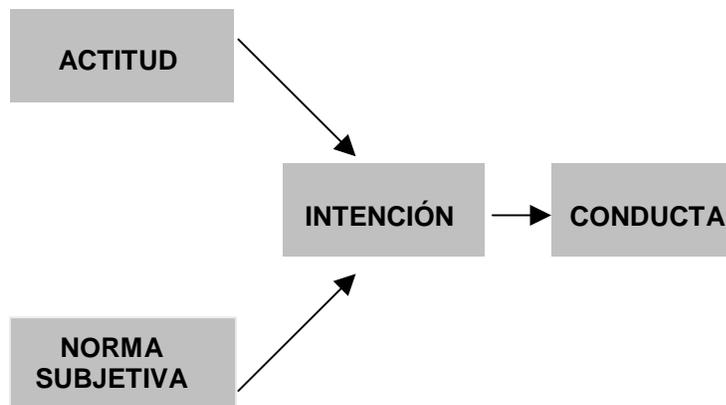
Concepto	Definición	Aplicación
Autoeficacia	Confianza en la capacidad de realizar una acción y persistir en la misma.	Señalar los puntos fuertes, emplear persuasión y estímulo; tratar de cambiar el comportamiento mediante pasos pequeños.
Aprendizaje por observación	Creencias basadas en la observación de otros como uno mismo o de resultados visibles, materiales.	Señalar la experiencia, los cambios físicos de otros. Identificar los modelos dignos de emularse.
Refuerzo	Respuestas al comportamiento de una persona que aumentan o disminuyen las posibilidades de que algo vuelva a ocurrir.	Proporcionar incentivos, recompensas, elogio; estimular la autorecompensa. Disminuir la posibilidad de respuestas negativas que desestimulan los cambios positivos.

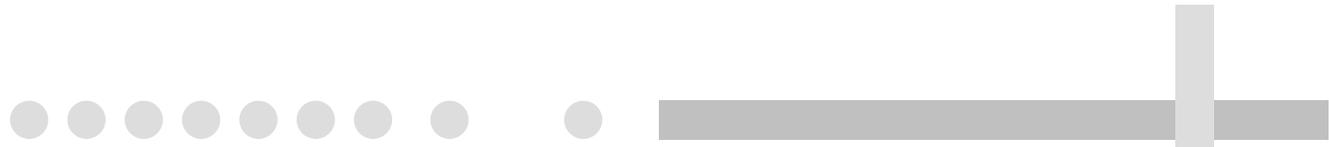
Teoría de Acción Razonada

La Teoría de Acción Razonada (Fishbein y Ajzen, 1981, 1975), en la Figura 4, trata sobre las creencias, actitudes, intenciones y conducta. Esta teoría asume que la mayoría de las conductas están determinadas por creencias ocultas que se derivan de y están sostenidas por el patrón cultural y social de las sociedades en las que se vive. La Teoría de Acción Razonada es una de las más significativas y más usadas en el área de salud, lo mismo que en áreas no relacionadas con la salud (Maibach y Parrott, 1995).

Figura 4

*Teoría de Acción Razonada
(Fishbein y Ajzen)*





La Teoría de Acción Razonada (Cuadro 5) distingue entre las actitudes hacia una enfermedad o condición, tal como HIV/SIDA o embarazo y actitudes hacia conductas recomendadas para enriquecer la salud, tales como el uso de condones o pastillas anticonceptivas. Los autores encontraron que la actitud hacia una conducta de enriquecimiento de la salud es un mejor pronosticador de la adopción de la conducta que lo es la actitud hacia la enfermedad o la condición de salud. La teoría propone que las personas se comprometerán con un conducta dependiendo de sus intenciones de compromiso en dicha conducta, y que su intención a la vez depende de:

- la percepción que tenga la gente de lo que es importante para él o ella sobre su conducta –la norma subjetiva
- la actitud del individuo hacia la conducta de enriquecimiento de la salud. La norma subjetiva es la creencia que el individuo tiene de lo que las personas que le son importantes desearían que él hiciera

De acuerdo a esta teoría, la intención de adoptar una conducta saludable está equilibrada por:

- la actitud del individuo sobre si la conducta de enriquecimiento de la salud le será personalmente beneficiosa
- su interpretación de lo que percibe que la gente importante en su vida desearía que él hiciera

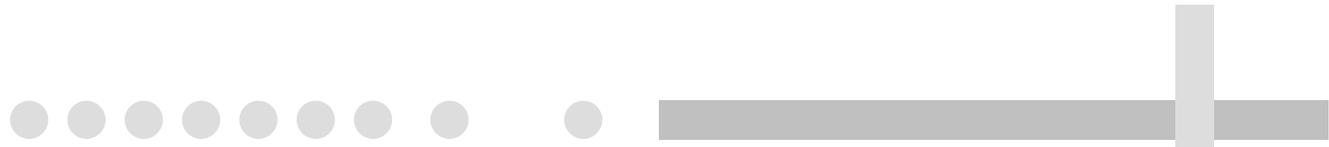
Por lo tanto, un joven considerará la posibilidad de no empezar a fumar dependiendo de su intención de no fumar. Para entender las variables claves que influirán en su decisión de no empezar a fumar, los autores sugieren que el adolescente equilibrará lo siguiente:

- su actitud hacia el no fumar (actitud positiva – el adolescente pensará que no fumar es “estar en la onda”, “gracioso”, “formidable” “retador”; o una actitud negativa – el adolescente pensará que él no fumar es para los niños, y es “horrible”, “despreciable” o “apestoso”)
- su interpretación de lo que cree que la gente importante en su vida desearía que él hiciera (gente importante podrían ser sus pares, sus padres)

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

Cuadro 5
Teoría de Acción Razonada

Concepto	Definición	Aplicación
Intención de comportamiento	Percepciones que tienen las personas de si se comportarán o no de cierto modo; la idea que se forman de la probabilidad de comportarse de cierta manera.	Desarrollar intervenciones que tengan más probabilidad de instar al individuo a adoptar conductas sanas. Las intenciones se miden por una escala de 7 puntos que varía desde <i>muy improbable</i> hasta <i>muy probable</i> de que se adopten conductas sanas.
Actitud hacia el comportamiento	Percepción de los individuos de que es una buena o mala idea comportarse de dicha manera. Esta actitud se basa en la percepción que tienen las personas de las consecuencias. Cuanto más perciba una persona que un comportamiento tendrá consecuencias positivas e impedirá consecuencias negativas, más positiva será su actitud. La valoración del individuo hacia el comportamiento.	Enfatizar los beneficios de las conductas saludables desde el punto de vista de la audiencia, no desde la perspectiva de los trabajadores en salud. La actitud hacia el comportamiento está correlacionado con las intenciones y es un predictor importante de conductas como son el uso de preservativos, dejar de fumar, someterse a una mamografía y otras conductas.
Norma subjetiva	El individuo percibe que las personas importantes en su vida realmente desean que ellos adopten o no el nuevo comportamiento (padres, amigos, parientes, figuras religiosas y trabajadores en salud). La motivación del individuo en hacer lo que quieren las personas importantes en su vida.	Es importante desarrollar programas de comunicación en salud para estas personas.



El profesor Martin Fishbein (1995) resumió las variables subyacentes en la adopción de conductas enriquecedoras de la salud: “En general, para que una persona lleve a cabo cierta conducta, una o más de las siguientes cosas deben ser ciertas...

1. La persona debe haberse formado una fuerte intención positiva (o haber adquirido un compromiso) de ejecutar tal conducta;
2. No existen restricciones ambientales que imposibiliten la realización de tal conducta;
3. La persona tiene las habilidades necesarias para ejecutar la conducta;
4. La persona cree que las ventajas (beneficios, resultados positivos anticipados) resultantes de la ejecución de tal conducta son mayores que las desventajas (costo, resultados negativos anticipados);
5. La persona percibe más presión social (normativa) para ejecutar la conducta que para no ejecutarla;
6. La persona percibe que la ejecución de la conducta es más consistente que inconsistente con su auto-imagen;
7. La reacción emocional de la persona hacia la ejecución de la conducta es más positiva que negativa; y
8. La persona percibe que tiene la capacidad para ejecutar la conducta bajo diversas condiciones. “

Modelos de nivel comunitario

Estos modelos ayudan a comprender cómo funcionan y cambian los sistemas sociales, y cómo pueden activarse las comunidades y organizaciones, siendo esenciales para las actividades integrales de promoción de la salud. Estos modelos incorporan una perspectiva ecológica y constituyen la base para tratar de lograr metas de mejor salud para individuos, grupos, instituciones y comunidades. Sus estrategias e iniciativas son planeadas y dirigidas por organizaciones e instituciones cuya misión es proteger y mejorar la salud: escuelas, centros de trabajo, establecimientos de atención de salud, grupos comunitarios y entidades gubernamentales.

Se presentan de manera resumida tres modelos para la promoción de la salud en el nivel comunitario:

Organización comunitaria

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

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

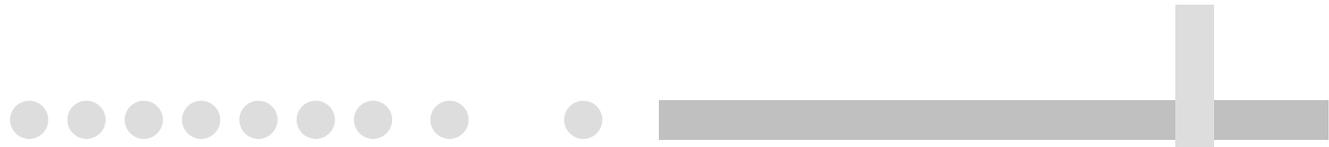
Si bien la organización comunitaria no emplea un solo modelo unificado, hay varios conceptos clave que son centrales a los diversos enfoques (Cuadro 6). El proceso de *habilitación* esta destinado a estimular la solución de problemas y hacer actuar a los miembros de la comunidad. La *competencia comunitaria* resume la confianza y las aptitudes por parte de la comunidad para resolver los problemas con eficacia. La *selección de temas* tiene que ver con la identificación de batallas “que se pueden ganar” como centro de atención, y la conciencia crítica destaca la búsqueda activa de las causas que constituyen las raíces de los problemas. Un paso importante para cambiar la política publica es la creación de un entorno propicio al cambio. En el campo de la salud pública, esto suele entrañar un repaso a los entornos sociales y políticos y las desigualdades que necesitan atención, junto con inquietudes manifiestas de salud.

Cuadro 6

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

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

Abogar por una causa a través de los medios de comunicación es una estrategia para fomentar las políticas sociales o públicas. Es una parte esencial de la acción social y



de las campañas de abogacía por la influencia que ejercen los medios de comunicación sobre el público. Esta estrategia ayuda a comprender la relación entre una cuestión de salud y las opiniones y valores públicos vigentes. Asimismo, facilita el diseño de mensajes de mayor repercusión entre el público. Los activistas contra el SIDA y el tabaquismo han sido creativos en su uso de los medios de comunicación. Como resultado, cuentan con el apoyo del público, tienen fuentes de financiación y promueven políticas a favor de su causa.

Teoría de la Difusión de Innovaciones

La difusión de innovaciones es quizás el aspecto de la investigación en comunicación más trabajado en LAC, especialmente entre las décadas de los años 50 y 70. Gran parte de esta investigación estuvo vinculada a la creencia de que la adopción de innovaciones, especialmente en la agricultura, resolvería muchos de los problemas económicos de la Región.

Este cuerpo de investigación vinculado a la "transferencia de tecnología", proporciona alguna comprensión sobre la conducta que rige la comunicación, y el proceso mediante el cual se introducen o se "difunden" nuevos productos o ideas entre una audiencia. La teoría de difusión de innovaciones aborda la manera en que las nuevas ideas, productos y prácticas sociales se difunden dentro de una sociedad o de una sociedad a otra. En el área de salud pública, constituye un gran desafío la difusión de nuevos métodos de prevención, detección temprana y tratamiento, y de los programas y planes de estudio exitosos. Algunas decisiones en materia de compras, también conocidas como "decisiones de adopción", son tomadas por grandes organizaciones o comunidades. Esto sucede cuando un sistema escolar adopta un programa de estudios, un maestro elige un libro de texto, el administrador de los servicios de salud de un centro de trabajo contrata médicos para desarrollar servicios de salud de adolescentes, y un consejo municipal decide construir un campo de fútbol y financiar el uso de focos y entrenadores especializados para promover el deporte entre los adolescentes.

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

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

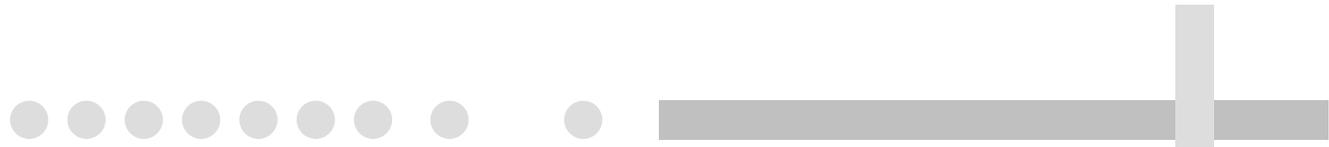
La aplicación de la teoría a programas de comunicación en salud significa que una estrategia de comunicación podría consistir en el uso de los medios de comunicación masiva para introducir el mensaje, proporcionar conocimientos, influir sobre las actitudes y reforzar una conducta, y utilizar intervenciones comunitarias o interpersonales para enseñar e incentivar la adopción de la conducta. Sin embargo, el empleo de los medios de comunicación masiva no es frecuentemente una opción en la Región debido a la falta de espacios en los mismos para servicios públicos o a la carencia de redes extensas de radio y televisión públicas disponibles para la transmisión de mensajes sobre salud y desarrollo.

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

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

Cuadro 7

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



Cambio Organizacional: Teoría de las etapas

Las **Teorías del Cambio Organizacional** tienen que ver con los procesos y estrategias que aumentan las posibilidades de que las organizaciones formales adopten e institucionalicen políticas y programas de salud.

Por ejemplo, los lugares de trabajo o de escuela donde no se fuma pueden reducir los costos de mantenimiento del edificio, prevenir problemas de salud debido al humo de tabaco y alentar a los fumadores a que dejen de fumar y, a los que han dejado de hacerlo, a que persistan. Pero las políticas sobre el hábito de fumar desafían el *status quo* y amenazan con invadir la privacidad de los individuos. Pueden provocar conflictos entre trabajadores y jefes y plantear cuestiones de imposición autoritaria frente a autodeterminación. Las políticas sobre el tabaco y otros comportamientos requieren cambios organizativos logrados a través de sus respectivas teorías.

Las organizaciones son sistemas sociales complejos y estratificados, compuestos por recursos, agentes, funciones, intercambios y culturas singulares. Por consiguiente, el cambio organizativo se puede promover mejor si se trabaja en varios niveles dentro de la organización. Para promover la salud es importante comprender el cambio organizativo con el fin de ayudar a establecer políticas y entornos que respalden las prácticas saludables y la capacidad de resolver nuevos problemas. Si bien existen muchas teorías del comportamiento organizativo, dos de ellas son especialmente prometedoras en las intervenciones de salud pública: la Teoría de Etapas y la Teoría del Desarrollo Organizacional.

La Teoría de Etapas se basa en la idea de que las organizaciones pasan por una serie de etapas a medida que cambian. Al reconocer estas etapas, las estrategias para promover el cambio pueden ajustarse a los diversos puntos del proceso. Una versión abreviada de la teoría de las etapas comprende cuatro etapas: definición del problema (toma de conciencia), iniciación de la acción (adopción), ejecución e institucionalización. Cuando los problemas se reconocen por primera vez, es importante tener conciencia de varias opciones. Se necesita información práctica cuando los líderes están listos para decidir sobre un curso de acción, y la capacitación y la asistencia técnica son muy adecuadas durante la etapa de ejecución. Para que el cambio organizativo sea completo, la nueva política o el nuevo programa deben institucionalizarse, es decir, arraigarse en la organización.

La Teoría del Desarrollo Organizacional surgió del reconocimiento de que las estructuras y los procesos organizativos influyen el comportamiento y la motivación del trabajador. Las tecnologías y las normas del lugar de trabajo pueden ser focos para la teoría del desarrollo organizativo. Esta tiene que ver con la identificación de problemas que impiden el funcionamiento de una organización, en lugar de la introducción de un tipo específico de cambios. Las relaciones humanas y los factores llamados "calidad de vida en el trabajo" con frecuencia son las metas del diagnóstico del problema, la planificación de la acción, las intervenciones y la evaluación de la teoría del desarrollo organizativo. Una estrategia típica del desarrollo organizativo comprende la consulta sobre el proceso, en la cual un especialista externo ayuda a identificar problemas y facilita la planificación de las estrategias de cambio.

Estas teorías combinadas tienen el mayor potencial para producir cambios que mejoren la salud en las organizaciones. Es decir, las estrategias de desarrollo organizativo pueden utilizarse en diversas etapas, según sea necesario. De forma simultánea, las etapas señalan la necesidad de hacer participar en el proceso a los miembros de la organización y a los tomadores de decisiones.

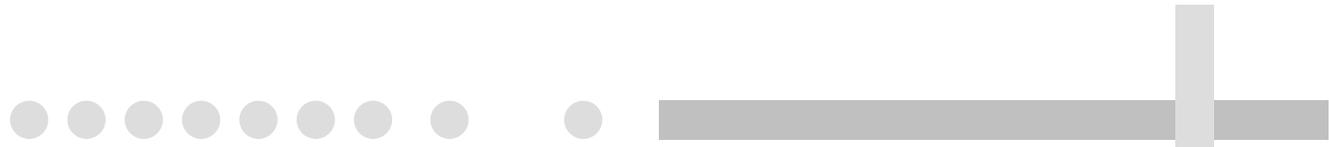
Cuadro 8

Concepto	Definición	Aplicación
<i>Definición del problema (etapa de toma de conciencia)</i>	Los problemas se reconocen y se analizan; se buscan y se evalúan las soluciones.	Hacer participar a la administración y demás personal en actividades destinadas a despertar la conciencia.
<i>Inicio de la aplicación (etapa de adopción)</i>	Se formulan políticas o normas y se asignan recursos para iniciar el cambio.	Proporcionar consulta del proceso para informar a los encargados de tomar decisiones y a los ejecutores sobre qué conlleva la adopción.
<i>Implantación del cambio</i>	Se implanta la innovación, ocurren reacciones y cambios de funciones.	Proporcionar capacitación, asistencia técnica y ayudar a resolver problemas.
<i>Institucionalización del cambio</i>	Las políticas o programas se arraigan en la organización y se internalizan nuevas metas y valores.	Identificar a un líder de alto nivel, trabajar para superar obstáculos a la institucionalización y crear estructuras para la integración.

Impulsada por la comunidad

El foco central de los programas de comunicación de salud es desarrollar estrategias basadas en la comunidad, para facilitar cambios normativos sostenibles en la conducta de la comunidad a lo largo del tiempo. Los programas efectivos basados en la comunidad están diseñados utilizando conocimientos locales. Con base en estos conocimientos se pueden formular estrategias de cambios conductuales, aplicables a distintos hogares y comunidades. Generalmente, los cambios conductuales llegan a través de programas educativos bien establecidos y de largo plazo basados en la comunidad.

Las redes de apoyo social son cruciales para lograr consenso, participación comunitaria y salud tanto emocional como física, y longevidad (Cohen y Wills, 1985). Los principios y enfoques dentro de las áreas de la red de trabajo social y la teoría del apoyo social a menudo se aplican en el desarrollo de comunidades competentes. Las técnicas de la red de trabajo social se utilizan para identificar a los líderes naturales dentro de una comunidad, comprender los patrones comunitarios, identificar grupos de alto riesgo dentro de la comunidad e involucrar a los miembros de la red para que evalúen a su propia comunidad y tomen las acciones necesarias para mejorar la calidad de vida en la comunidad y crear ambientes de apoyo (Biegel y Naparstek, 1982). Las relaciones de apoyo, redes de amigos y familiares e interacciones son cruciales para la participación comunitaria.



Las redes sociales de apoyo juegan un papel esencial en la promoción de estilos de vida saludables, individuales y colectivos, ya sea al alentar o desalentar conductas saludables (Smith y cols., 1993; Maibach y Holtgrave, 1995). Las redes sociales son parte de los elementos que conforman los sistemas de valores comunitarios. A menudo se sugiere a las personas interesadas en adoptar conductas saludables que reestructuren su medio para eliminar señales y que se alejen de las redes sociales que practican conductas antiguas y que busquen redes sociales (grupos de pares, grupos de interés comunitario y otros) que apoyen nuevas conductas (DeJong, 1994).

Asegurando programas de comunicación en salud de calidad

Para asegurar el desarrollo de programas de salud efectivos, es importante incorporar los siguientes conceptos:

- **Se basa en la evidencia**

Las decisiones sobre estrategia, planificación y manejo del plan de comunicación están basadas en gran parte en datos e información de investigaciones de calidad de evaluación de programas de comunicación. Estas habrán medido el impacto de una intervención de comunicación en salud. De estos datos se pueden obtener lecciones sobre programación de buena práctica.

- **Accede a los datos de tendencias y los analiza en su entorno**

En forma regular colecciona y analiza las implicaciones de programación y de políticas sobre la tendencia de:

- El grupo de población con el que desea trabajar
- El escenario de comunicación con el que desea operar
- La naturaleza de los temas que desea abordar
- Actividades, perspectivas y objetivos de otros ministerios, agencias, organizaciones y compañías privadas sobre los temas de interés

- **Se centra en el fomento del diálogo y elección**

Estimula y o fortalece el diálogo público y privado informado sobre las temas principales y los ejes centrales de la intervención de comunicación, que se sitúan en el meollo de la salud y el desarrollo. Apoya a las personas que están haciendo una escogencia informada sobre las respuestas a esos temas y problemas de la salud. Esto aplica a ambos:

- Temas de salud y desarrollo que están basados en la introducción de respuestas con una base científica (por ejemplo, la droga apropiada para los enfermedades de transmisión sexual resistente a la penicilina) donde el diálogo es esencial para comprometer, informar y educar a una comunidad
- Temas de salud y desarrollo que dependen de valores, opiniones, cultura y política (como puede argüirse en el caso de la salud de las mujeres) en las que la respuesta general debe ser generada entre países, comunidades, familias y amigos



- **Posiciona el dialogo buscando su respuesta en la población**

Posiciona el debate en términos que consigue una respuesta de las personas que la intervención comunicativa desea comprometer en el dialogo.

- **Es ética, clara y abierta dentro de su propia complejidad**

La organización ejecutor del programa de comunicación, coloca los principios éticos, las metas y los mensajes de una manera transparente para informar y fortalecer el proceso del diálogo. Esto incluiría asuntos tales como los objetivos específicos de la organización; las restricciones/dirección contempladas por sus fundadores; cualquier dependencia en otras organizaciones/gobiernos; valores personales del personal con mayor antigüedad, y otros.

- **Trabaja en alianzas**

Establece prioridades en la negociación y facilita alianzas, que son económicamente dependientes con organizaciones que tienen una amplia capacidad de comunicación y enlaces con los grupos claves de población. Tales alianzas estarán basadas en:

- Identificar y conocer los intereses centrales de cada uno de los socios
- Identificar y construir sobre las fortalezas de cada socio
- Colocar esas fortalezas en un marco colectivo que dé fuerza de conjunto a la actividad de comunicación

Que los productos de comunicación fluyan de tales socios en vez de ser financiados por organizaciones de desarrollo.

- **Promueve la apropiación comunitaria**

Incluye un plan hacia la apropiación de la intervención de comunicación por manos de gente local o nacional. Involucra a personas de grupos más afectados por el tema en el proceso de tomar decisiones relacionadas con la intervención de la comunicación.

- **Sistema de planificación estructurado**

Usa un programa para la planificación detallado y revisa intervenciones específicas de comunicación. Este plan reconoce que:

- La política, cultura, normas sociales y cambio conductual son esfuerzos a largo plazo
- La interrelación de la mayoría de temas del desarrollo requiere un enfoque multi-temático

- **Emplea recursos sustanciales en la evaluación**

Invierte cerca del 10% del presupuesto en la ejecución de las evaluaciones sobre el impacto de calidad, eficiencia y de costo efectividad.

- **Trabaja para la sostenibilidad**

Identifica y busca lograr metas y objetivos que aseguran cambios a largo plazo en vez de temporales. Incluye un plan para atraer recursos financieros diversificados y continuos al igual que los recursos humanos requeridos para sostener la intervención de comunicación hasta que sus metas a largo plazo hayan sido logradas.

Estrategias de comunicación

Los programas de comunicación en salud utilizan estrategias de transmisión por los medios de comunicación masivas e interpersonales. Como puede verse en la Figura 5, era más probable para las mujeres que recibieron información sobre el uso de anticonceptivos de tres fuentes de comunicación masiva a diferencia de aquellas que recibieron la información de dos o un fuentes de comunicación masivas. Los programas de comunicación en salud usan muchos canales de comunicación, tanto como comunicación mediatizas como interpersonales para llegar a la población con la información sobre la salud.

<i>Figura 5</i>	
Uso de anticonceptivos por mujeres con pareja de acuerdo al número de canales de información: Radio, televisión, prensa	
<i>Tres</i>	53% usan
<i>Dos</i>	42% usan
<i>Uno</i>	33% usan
<i>Ninguno</i>	22% usan
Bankole, Rodríguez, Wastoff (1996). "Mensajes de comunicación y conducta reproductiva en Nigeria". <i>Journal of Biosocial Science</i> . 28(2):227-239	

El censo del milenio que Gallup International (2000) llevó a cabo en 60 países¹³, indica que en 37 de los 60 países, cuando se hizo la pregunta de lo que es más importante en la vida, la salud fue la primera escogencia de la mayoría. En 50 de los 60 países, la salud y la familia fueron la primera y la segunda escogencias. Radio CARACOL, una de las más importantes estaciones de radio de Colombia encontró que más del 65% de sus radio escuchas tenía interés en escuchar sobre tópicos de salud tales como educación sexual, drogadicción, educación sobre infantes y niños, relaciones padre-hijo, violencia familiar y comidas familiares¹⁴.

El periodismo en salud es la presentación de información sobre salud en la prensa y medios electrónicos, generalmente en secciones relacionadas con las noticias o en suplementos sobre salud, artículos de revistas, programas de radio y televisión, columnas de consejería y apoyo y recetas saludables, entre otros. Se estima que cerca de un cuarto de todos los artículos de periódicos en los Estados Unidos cubren un aspecto de salud. Un artículo sobre lo que comemos, aparecido en la edición del 29 de enero de 2000 en el periódico *Washington Post*¹⁵ identificó el costo por persona por año de diferentes estrategias utilizadas para mejorar las dietas entre las intervenciones de mayor efectividad según el costo de la educación por medios de comunicación masiva (Figura 6).

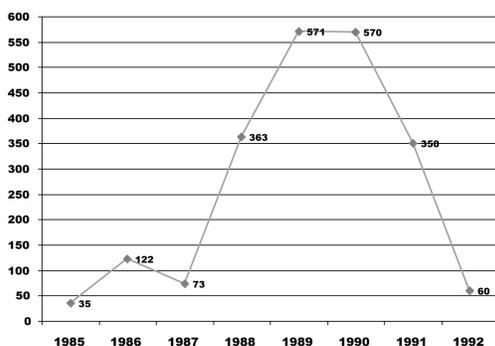
<i>Figura 6</i>	
Costo por persona por año de las diferentes intervenciones nutricionales	
Intervenciones	Costo por persona por año
Fortificación de micronutrientes	US5 centavos a US15 centavos
Suplementos micronutrientes	US20 centavos a US\$1
Educación por medios de comunicación	US20 centavos a US\$2
Otros programas educativos, como promoción de la lactancia materna	US\$5
Programas basados en la comunidad, jardinería, monitoreo del crecimiento	US\$5 a US\$10
Programas de alimentación	US\$70 a US\$100
Horton, S., en "The Economics of Nutritional Interventions", en Semba, R.D. y Bloem. M.W. (eds.) <i>Nutrition and Health in Developing Countries</i> , en imprenta.	

Investigaciones en Europa, Norte América, Latino América y el Caribe indican que la mayoría de los individuos obtienen su información sobre salud por los medios de comunicación. En encuestas en los Estados Unidos, los que respondieron podían identificar a la televisión en una proporción 25 veces mayor y a los periódicos dos veces mayor como fuente de información sobre el SIDA que a los médicos (Signorelli, 1990).

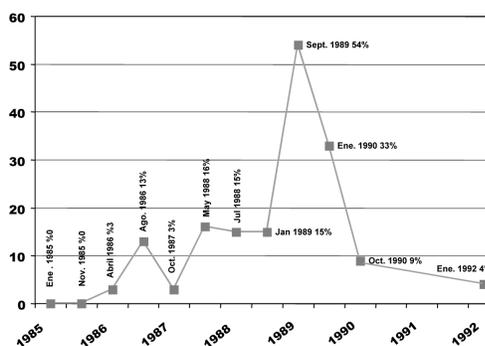
Ya en 1922, Walter Lippmann, un periodista con una columna y pionero en la investigación del efecto de la comunicación masiva en la opinión pública, sugirió que existe una relación entre lo que se presenta en la comunicación masiva y lo que la gente piensa. Estudios subsecuentes demostraron que los medios de comunicación no sólo tienen éxito en decirle a la gente en qué deben pensar, sino que también se han convertido en el mejor cuenta cuentos del mundo. La Figura 7 presenta una serie de tiempos comparando el número de noticias sobre drogas en el Washington Post en un período de ocho años – la agenda de los medios - con el número de personas que respondieron a una entrevista telefónica indicando que el problema de las drogas es el problema más importante que enfrentan los Estados Unidos hoy – agenda pública. Está claro que la agenda pública aumentó y decreció con base en la agenda del medio. Otros estudios similares indican que la relación entre la agenda de los medios, la agenda pública y la agenda de política¹⁶, es más circular. Frecuentemente los medios transmiten la agenda pública a los políticos. Sin embargo, los medios también transmiten la agenda de los políticos al público (Dearing y Roger, 1996).

Figura 7

Número de noticias relevante a drogas en el Washington Post



Porcentaje de respuesta que dijeron que las drogas son el problema mayor que enfrenta los E.E.U.U. hoy en día.

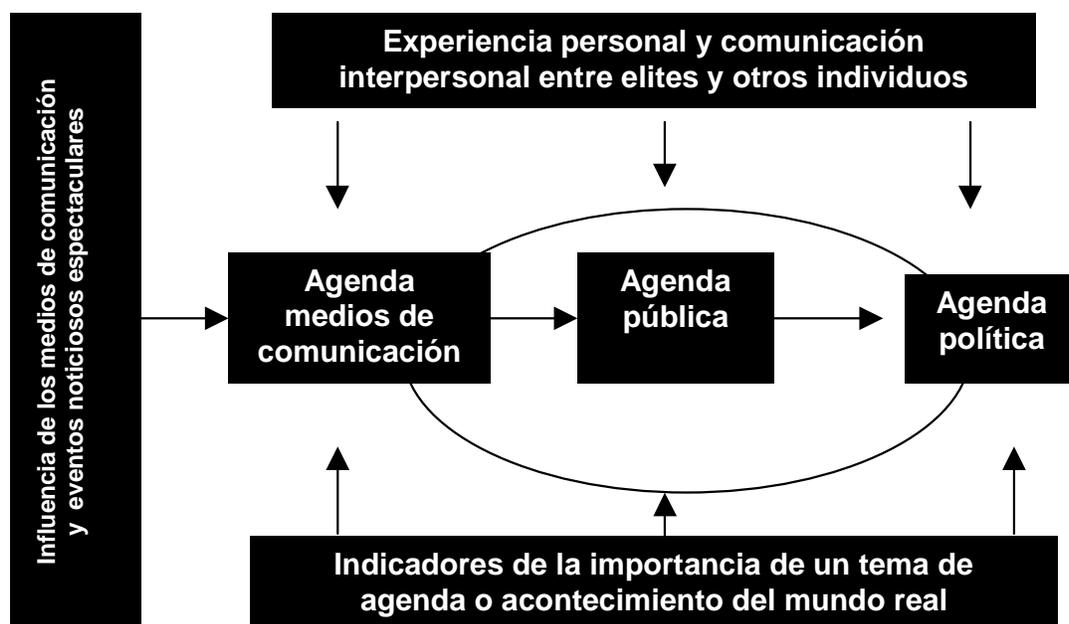


El tema de las drogas en la agenda de los medios de comunicación en E.E.U.U. (izquierda) y en la agenda pública (derecha).
Fuente: Basada en varias fuentes

La Figura 8 presenta los tres componentes principales del proceso de establecimiento de la agenda: la agenda de los medios, la agenda pública y la agenda política y la interrelación entre las tres (Rogers y Dearing, 1988). Los autores identificaron dos avenidas para influenciar las tres agendas: (a) comunicación interpersonal entre la elite y otros individuos y (b) indicadores reales de la importancia de un asunto o evento en la agenda – definida como el objetivo para medir, más o menos, el grado de severidad o riesgo de un problema social. Una tercera avenida es la influencia que tienen los guardianes de los medios sobre la agenda de éstos.

Para colocar asuntos de salud en los medios de comunicación, sin embargo, el personal de salud necesita comprender en forma más amplia cómo es que los medios de comunicación funcionan, cómo comprometer a los medios, cómo convertirse en voceros de los medios y como enmarcar sus mensajes para promover conductas saludables. Uno de los más grandes retos que los medios deben enfrentar es encontrar y desarrollar un inventario de voceros de los medios en todos los tópicos diferentes de salud, que puedan presentar en forma clara y comprensible, y en unos pocos segundos—el CDC* estima el tiempo máximo de cada bite de televisión en 5 segundos—la información esencial necesaria para las audiencias de los medios. Claramente, la salud se enfrenta a un reto tremendo de aprender como aprovechar la disponibilidad de los medios para la salud y de el interés del público en general por obtener información sobre salud. Para enfrentar este reto, la CDC ha pedido a todo su personal profesional que se conviertan en voceros de los medios de comunicación e incluye esta actividad en todas las descripciones de puesto para personal técnico.

Figura 8



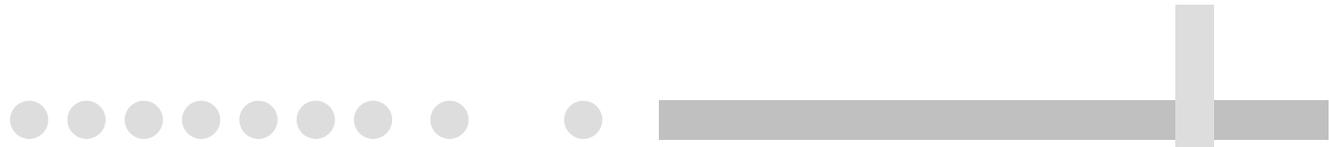
Principales componentes del proceso de agenda:

La agenda de los medios de comunicación, agenda pública y agenda política

Fuente: Rogers & Dearing (1998)

Un estudio sobre salud en los medios de comunicación recientemente publicado ejecutado por doce universidades y el Ministerio de Salud de Panamá, representando a 12 países latinoamericanos, utilizó un protocolo estándar para recolectar la información (Alcalay y Mendoza, 2000). Algunas de las variables clave incluidas en el protocolo fueron: tipo de medio que proveía mensajes relacionados con la salud, género del mensaje y formato; una caracterización de los descriptores principales del mensaje, o temas claves; argumentos sugeridos y tipos de llamados; edad de la audiencia y estado socio-económico, y

* Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Georgia, USA

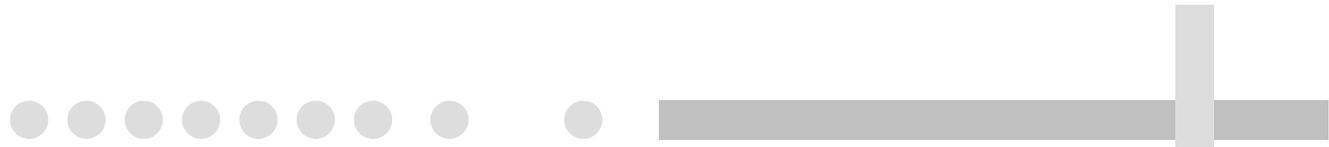


accesibilidad del lenguaje. Un total de 3,832 mensajes fueron identificados como relacionados con la salud en periódicos, revistas, radio y televisión en todos los países combinados. El número medio de mensajes grabados fue de 319. Los resultados mostraron que las noticias eran la fuente primaria para llevar mensajes relacionados con la salud (65.3%). Más de la mitad de los códigos de formato fueron identificados como programas informativos (27.2%) o como avisos de servicio público pro-salud (25%). Cincuenta y cuatro por ciento de los mensajes sugerían conductas saludables, y se enfatizaba la prevención en por los menos una quinta parte de los argumentos del mensaje. El llamado del mensaje se presentaba en forma abrumadora como cognitivo (61%) comparado con afectivo o ético, y los eventos fueron más frecuentemente presentados como relacionados con la salud (58%) que relacionados con morbilidad (42%). Los temas de salud predominantes, mencionados en más o menos iguales proporciones, fueron servicios de salud, salud ambiental, y violencia y accidentes. La gran mayoría de los mensajes utilizaron un lenguaje asequible a todos (93.4%) y la mayoría de los mensajes fueron dirigidos a personas con niveles socioeconómico medio (51.2%) y bajo (34.1%).

Otra estrategia de comunicación utilizada frecuentemente por las comunicaciones sobre salud es la conocida como entreducción. La educación a través del entretenimiento tuvo su origen en América Latina, específicamente en una novela peruana en la que se promovía la costura, la novela mexicana *Ven Conmigo*, que promovía la alfabetización de adultos y otras. Una premisa básica de la entreducción es que el entretenimiento orientado hacia la información sobre salud es atractivo, comprensible y capaz de influenciar las conductas de salud.

Este estudio lanza importantes ideas sobre el tratamiento actual de los mensajes sobre salud en los medios de comunicación principales de América Latina. Por ejemplo, el cuidado personal tuvo un lugar sorprendentemente bajo como argumento de un mensaje (solamente 7.4% de todos los mensajes codificados). Este asunto merece más atención y acción, particularmente si consideramos que el cuidado personal era uno de los mensajes claves que los expertos esperaban encontrar en los medios. Además, el estudio demostró que pocos mensajes sobre salud eran comunicados utilizando un programa de entretenimiento, y de esta manera el formato era subutilizado. La escasez de mensajes relacionados con HIV/SIDA, la cantidad mínima dirigida a los mayores, los jóvenes y en cierto grado los pobres, demostraron que existen lagunas en cuanto a proveer la información sobre salud a segmentos claves de la población. Por otra parte, la utilización de lenguaje sencillo fue un resultado muy alentador.

Cerca de una tercera parte de los hogares de mexicanos que poseían televisión sintonizaban el programa *Ven Conmigo*. En el año anterior a la serie, la matrícula en programas respaldados por el gobierno para la alfabetización de adultos fue de 7%. Esto aumentó a 63% durante los 13 meses de programación del programa y cayó a 2% el año siguiente al programa. La telenovela mexicana *Ven Conmigo* y otras subsiguientes, extrajeron fuertemente tanto de la comunicación como de las teorías conductuales, principalmente de la teoría de Bandura del Aprendizaje Social (Nariman, 1993). Hasta la fecha los programas de entreducción han promovido la alfabetización de adultos, planificación familiar, uso de anticonceptivos y condones, crianza responsable, control de abuso de sustancias, reducción de la violencia, entre otros. Los programas de



“entreducción” incluyen telenovelas y su versión radiofónica, música popular promoviendo conductas saludables y la incorporación de mensajes sobre salud, tales como los de chofer designado o el uso de los cinturones de seguridad en la programación regular de televisión. Los materiales impresos, tales como novelas fotográficas y libros cómicos, lo mismo que discos de música pop han promovido muchos tópicos relacionados con la salud tales como planificación familiar, nutrición y temas del medio ambiente.

Mercadeo social

Los programas de mercadeo social se basan en las prácticas empresariales de mercadeo; en otras palabras, consisten en identificar cómo actúan los avisos publicitarios para producir los cambios de comportamiento deseados que resultarán en la compra de ciertos productos. El mercadeo social se centra en cuatro “p”s:

Precio Lo que el consumidor debe entregar para recibir los beneficios del programa. Estos "costos" pueden ser intangibles, como por ejemplo, modificación de creencias o hábitos, o tangibles, como dinero, tiempo o traslados.

Producto Lo que el programa está tratando de cambiar en la conducta de la audiencia seleccionada.

Promoción Cómo se da a conocer el producto, qué estímulos se utilizan.

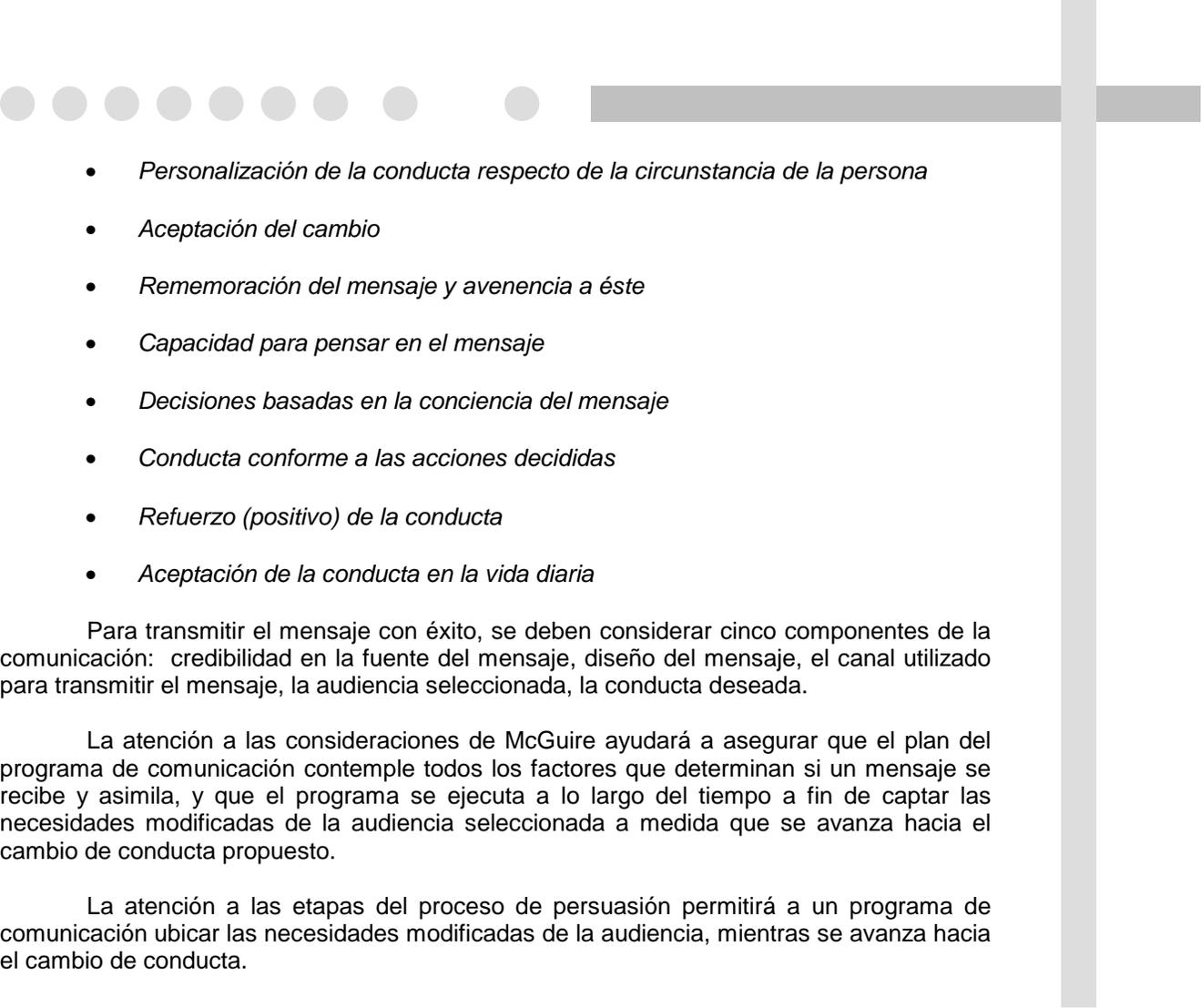
Posición Qué canales utiliza el programa para alcanzar a la audiencia seleccionada, como por ejemplo radio, televisión o el portavoz comunitario.

Aunque la promoción de la salud no es lo mismo que la venta de un nuevo detergente, cabe formularse muchas de las mismas preguntas. La formulación del precio, el producto, la promoción y la posición surgen de la investigación sobre los consumidores para determinar qué beneficios y "costos" considerarían aceptables y cómo se pueden alcanzar. Las lecciones aprendidas de la comercialización social subrayan la importancia de entender a la audiencia señalada y diseñar estrategias basadas más en sus deseos y necesidades que en lo que las prácticas de buena salud ordenan que se "debe" hacer.

Comunicación persuasiva

Otra investigación ha examinado las etapas por las que una persona debe pasar para ser persuadido a que adopte una nueva conducta deseada. William McGuire (1981) ha descrito esas etapas:

- *Exposición al mensaje*
- *Atención prestada al mensaje*
- *Interés o importancia del mensaje para la persona*
- *Comprensión del mensaje*

- 
- *Personalización de la conducta respecto de la circunstancia de la persona*
 - *Aceptación del cambio*
 - *Rememoración del mensaje y avenencia a éste*
 - *Capacidad para pensar en el mensaje*
 - *Decisiones basadas en la conciencia del mensaje*
 - *Conducta conforme a las acciones decididas*
 - *Refuerzo (positivo) de la conducta*
 - *Aceptación de la conducta en la vida diaria*

Para transmitir el mensaje con éxito, se deben considerar cinco componentes de la comunicación: credibilidad en la fuente del mensaje, diseño del mensaje, el canal utilizado para transmitir el mensaje, la audiencia seleccionada, la conducta deseada.

La atención a las consideraciones de McGuire ayudará a asegurar que el plan del programa de comunicación contemple todos los factores que determinan si un mensaje se recibe y asimila, y que el programa se ejecuta a lo largo del tiempo a fin de captar las necesidades modificadas de la audiencia seleccionada a medida que se avanza hacia el cambio de conducta propuesto.

La atención a las etapas del proceso de persuasión permitirá a un programa de comunicación ubicar las necesidades modificadas de la audiencia, mientras se avanza hacia el cambio de conducta.

Comunicación horizontal y educación para la liberación

América Latina y El Caribe son los lugares donde se han originado dos importantes teorías en materia de investigación y práctica de la comunicación: la comunicación horizontal y la educación para la liberación. Estas teorías, surgidas de programas de acción comunitaria y grupal para el cambio social, enfocan a la persona y al grupo no tanto como receptores de información sino como productores o depositarios de la información que ha de ser compartida y perfeccionada para alcanzar la movilización y el cambio sociales. En este caso, los programas subrayan el proceso de legitimación del conocimiento de la persona y de la comunicación "horizontal" dentro de los grupos o comunidades para edificar la solidaridad y la toma de conciencia social y política para el cambio.



Objetivos de la conducta

La mayoría de las investigaciones sobre los objetivos de la conducta han sido realizadas en países altamente desarrollados, generalmente en condiciones controladas o de laboratorio. Los investigadores han examinado la conducta al evaluar y luego tratar de cambiar las actitudes personales y las percepciones del beneficio de la conducta, al mismo tiempo que la forma en que los demás perciben sus conductas. Las investigaciones de Fishbein y Ajzen confirman la idea que las actitudes personales y la percepción social de las mismas, constituyen un importante antecedente de las acciones que se ejecutarán subsiguientemente. En consecuencia, un paso importante en la modificación de la conducta es la evaluación preliminar de las actitudes de la audiencia seleccionada y el seguimiento subsiguiente para identificar cualquier cambio actitudinal. en la Región coinciden en la sensata conclusión de que al planificar las estrategias de comunicación o educación en salud, se debe considerar a las personas dentro del contexto de sus estructuras sociales y comunitarias y no como entes aislados.

Enfocando la audiencia

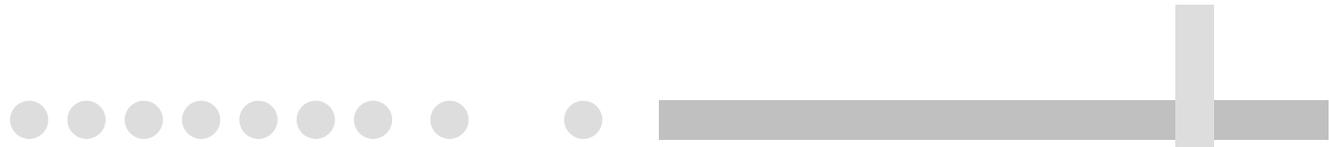
La investigación de la audiencia, factor clave para desarrollar programas de comunicación de salud exitosos, se utiliza para preparar mensajes relevantes, información y materiales y para identificar los canales que más probablemente llegarán e influirán en aquellos que están en mayor riesgo. La audiencia debe segmentarse más, para identificar los más grandes grupos de personas que comparten valores similares, tienen creencias similares, o comparten otros atributos claves que afectarán su atención y respuesta a la información sobre salud. Los productos se prueban entonces a través de grupos enfocados o por medio de otros procesos de validación para asegurar que el mensaje es comprensible.

Manuel Calvino (1999), Profesor de la Facultad de Psicología de la Universidad de La Habana, Cuba afirma:

Si la estrategia del mercadeo moderno está centrada en el consumidor, no habrá, por tanto, duda de que la Psicología está en el centro mismo de las acciones que se realicen. El mandato es conocer al consumidor. La pregunta es, ¿qué significa conocer al consumidor? Para todo propósito práctico, significa:

1. Conocer sus valores
2. Conocer sus gustos y preferencias
3. Conocer sus hábitos de consumo
4. Conocer su capacidad de consumo
5. Conocer sus referentes conductuales , valorativos, etc.
6. Conocer sus cualidades como grupo, comunidad, clase social, nacionalidad, su marco de identidad
7. Conocer sus peculiaridades como sujeto, particularmente aquellas que influyen en sus decisiones, su conducta, en su rutina, etc.

La investigación de la audiencia para desarrollar un programa de comunicación de salud para adolescentes es de particular importancia, puesto que ellos están en una etapa de transición en la cual sus creencias, valores, vocabulario, vestuario, cabello, cambian de año a año. Dan Acuff (1997) discute el perfil psicológico de niños con edades entre 8 y 12, 13 y 15, y 16 y 19. El autor indica que el desarrollo mental en los diferentes grupos de edades es diferente. Por ejemplo, los niños de 8-12 años están empezando a desarrollar el lado izquierdo de su cerebro, son impresionables, están empezando a alejarse de la familia y a experimentar, empiezan a cuestionar el punto de vista de los demás, y los niños disfrutan las



payasadas particularmente, las atracciones con un lado oscuro y las groserías. Mientras que los del grupo de 13-15 inician el pensamiento abstracto, retan los sistemas de creencia, están desarrollando su propio punto de vista y rechazan el status quo, y están repeliendo las creencias en contra del establecimiento, a la vez que también son un poco idealistas y comprenden las insinuaciones sutiles, el sarcasmo y la ironía. El grupo de 16-19, por otra parte, aprecia el punto de vista unos de otros, pueden hacer planes para el futuro, decidir qué es bueno y qué es malo, correcto e incorrecto. Los programas de comunicación en salud deben, por lo tanto, ser desarrollados para cada grupo de edad basándose en un análisis cuidadoso de variables tan importantes como el desarrollo mental y físico, sus gustos y aversiones, su vocabulario, entre otras muchas.

Los adolescentes: Desafío para la comunicación

Si tomamos como ejemplo a chicos preadolescentes, sabemos que:

- Están viviendo en un mundo muy diferente al de sus padres y frecuentemente al de su hermano o hermana mayor
- Muchos de ellos viven en un mundo de alta tecnología saturada de información sobre sexo, violencia, drogas, alcohol, vulgaridad, insultos y muchas otras conductas riesgosas
- Basándose en lo que ven y oyen los jóvenes están haciendo escogencias que les durarán toda una vida y cada vez a edades menores
- Se están alejando de sus padres y se mueven hacia sus amigos y el medio
- Pero los padres todavía son importantes; al pedírseles que identifiquen a la persona que más respetan, la mayoría de los preadolescentes escogió a sus padres, solamente un 5% escogió a sus amigos

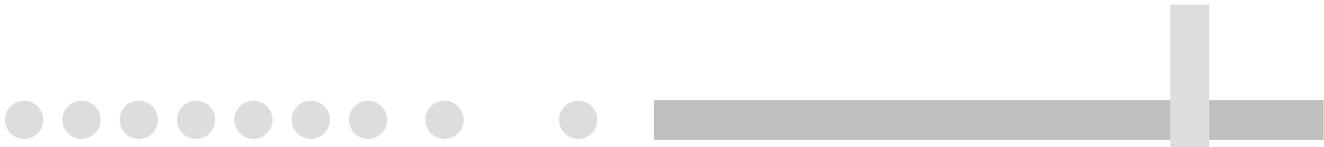
Puesto que se estima que el mercado de preadolescentes representa cerca de \$US12.5 billones cada año en EE.UU. (McNeal, 2000), los vendedores han estado apuntando hacia el mercado de preadolescentes durante muchos años para vender una variedad de productos saludables y no tan saludables. El folleto recientemente publicado preparado por CDC (2000) sugiere los siguientes ocho principios tomados de un análisis de categorías de vendedores comerciales enfocados a preadolescentes.

- “Comenzar con el preadolescente, no con el padre: De forma cada vez más amplia los preadolescentes están tomando las decisiones en sus vidas, no sus padres. Ya sea con relación a lo que se ponen o cómo se divierten, el árbitro final en casi todas estas decisiones es el preadolescente mismo. Es por esta razón que todos los vendedores para preadolescentes comienzan por hacer llegar su mensaje a los preadolescentes (sin excluir a los padres).
- Persuadir utilizando beneficios tangibles, no imagen y tono: Los preadolescentes conocedores de hoy no comprarán un producto basado en mensajes generalizados tales como "esto está en onda" o "te gustará esto". De hecho, ellos reaccionan negativamente a cualquier producto que trata demasiado de estar de "moda" para los preadolescentes. Responden mejor a la propaganda que destaca



productos tangibles, hace ofertas realistas y les da los datos que necesitan para decidirse.

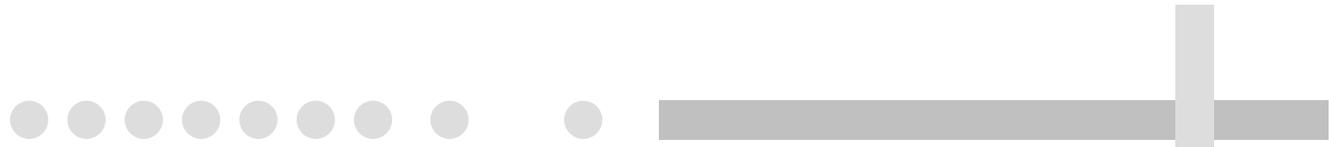
- Renovar los mensajes constantemente: Los preadolescentes tienen un período de atención muy corto. Lo que estaba en onda y de “moda” ayer, probablemente sea noticias viejas y de salida hoy. Por lo tanto, al desarrollar un programa de comunicación para preadolescentes es vital renovarlo continuamente. Esto no significa que deben cambiarse las estrategias básicas cada día, pero sí significa que hay que buscar constantemente nuevos medios para ejecutar dichas estrategias y nuevos medios para llevarlas a la audiencia preadolescente.
- Considerar seriamente un personaje como vocero: hay quienes afirman que el usar un personaje de moda como vocero (por ejemplo, el Tigre Tony) es un enfoque de mercadeo para preadolescentes antiguo, pasado de moda. Nada puede estar más lejos de la verdad. De hecho, hoy en día hay un personaje como vocero en el corazón mismo de cada programa de comunicación para niños en el aire, desde el uso de Bart Simpson por Butterfinger hasta los duendes de Keebler. El encontrar un personaje vocero cuya identidad refuerce el meollo de su mensaje, puede ser de grandes beneficios, entre los cuales el menor no es el crear un icono que lleve la clave de su mensaje... ya sea que los niños lo ven en un comercial de TV, o en el estante del supermercado o en materiales de promoción.
- No atenerse a un solo vehículo de comunicación: La mayoría de los mejores vendedores para preadolescentes tratan de rodear a la audiencia con su mensaje. Ellos reconocen que los preadolescentes son asiduos a diferentes tipos de medios de comunicación y que el montón que enfrentan llega a ser sobrecogedor. De manera que ellos saben que a menos que su producto y mensaje llegue a los preadolescentes en un número diferente de formas, no serán escuchados.
- Integrar el mensaje en forma vertical: El utilizar diferentes vehículos no garantiza que los preadolescentes escucharán su mensaje. Los mensajes deben ser consistentes y repetirse hasta sobrepasar el montón. De modo que, ya sea en televisión, en la Internet, en la tapa posterior de una caja, o en promociones, la propaganda de una marca como Frosted Flakes siempre incorporará una estrategia consistente y técnicas unificadoras de ejecución. El crear esta coherencia se conoce en los círculos de mercadeo para niños como “integración vertical”.
- No hablar para un nivel inferior: Muy a menudo, aspirantes a vendedores para niños asumen que por estar hablando con una audiencia tan joven necesitan simplificar su mensaje hasta el punto de hacerlo sonar absurdo. Nada puede hacer que los preadolescentes lo ignoren más rápidamente. Aun cuando es cierto que instrumentos de comunicación sofisticados como el uso de una sátira o una metáfora difícil puede perder a la audiencia preadolescente, ellos esperan y demandan genuina creatividad en los programas de comunicación. Los mejores anuncios para niños son aquellos que encuentran un balance entre la creatividad genuina que no contenga un nivel de sofisticación que se perdería en un niño de doce años.

- 
- Establecer un diálogo continuo con los preadolescentes/investigar más allá de la conducta: Todos los mejores programas de comunicación para los preadolescentes involucran niños desde el principio hasta el fin de su desarrollo. Los niños deben estar involucrados tanto en la estrategia de desarrollo como en la ejecución... sin excepciones. Al hacer esto el proceso de desarrollo creativo se enriquecerá a través del uso de investigación que va más allá de la medición de temas simples, superficiales como qué, cuándo y cuán a menudo. Los mejores programas de comunicación para niños son aquellos que explotan una fuerte necesidad emocional, gusto o deseo. En consecuencia, la investigación de mercado que provee un retrato de las necesidades internas y emocionales de los niños puede ser mucho más beneficiosa para el proceso creativo de desarrollo que la investigación que mide las conductas externas”.

Promoción Haga que sus Niños Coman Bien, de General Mills: Por muchos años los especialistas en marketing pensaron que sería imposible lograr que un preadolescente comiera voluntariamente un bocadillo saludable. A menos que estuviera cargado de azúcar, grasa, y/o sal, se decía, se tendría que confiar en los padres para que pusieran comidas más saludables en las dietas de los niños. General Mills retó esa idea con la introducción de un producto de yogur llamado Go-Gurt. Siguiendo los principios descritos en la sección anterior que típicamente se aplicaba a comida chatarra (por ejemplo, dirigiéndose a los niños y no a los padres, encontrando beneficios tangibles que interesan a los jóvenes en contra de la imagen y el tono, renovando el mensaje constantemente con noticias, ellos crearon un negocio de \$100 millones de dólares enfocado a los niños sobre un alimento muy saludable.

La *Academy for Educational Development* (Academia para el Desarrollo Educativo), en su publicación Let Kids Lead (sin fecha) resumió las siguientes sugerencias de la literatura de mercadeo:

1. La televisión, la radio y los medios impresos son las formas más efectivas de llegar a un mayor número de niños.
2. Los productos y servicios más efectivos son dirigidos a la sensibilidad o a la gratificación de los niños.
3. La división de los niños en segmentos debe ser de acuerdo a la edad, etnia, actitudes, intereses y estilos de vida.
4. Los niños pertenecientes a minorías o grupos étnicos no deben ser jamás considerados como un solo mercado.
5. Los niños están cada vez más involucrados en la toma de decisiones de la familia.
6. El Internet es un medio cada vez más poderoso para llegar hasta los niños y los padres.



La Academia también enfatizó que: *"Si usted permite que los niños guíen ... No hay límite a lo que se puede lograr!"*

James U. McNeal, autor y especialista reconocido dentro del área mercadeo comercial para niños de 8-12 años de edad, en su publicación escrita para la Organización Panamericana de la Salud, "sugiere cuatro principios básicos a seguir cuando los mensajes de salud apuntan a los niños y adolescentes. . . :

1. Comience con la prevención en forma temprana
2. Apunte en grande a la edad y a las diferencias del medio
3. Asegúrese que los mensajes consistentes provengan de una variedad de fuentes y por un período prolongado
4. Ponga énfasis en dar al niño control y posesión de su propio destino

Hay muchos temas consistentes en forma constante en diversos autores y agencias. Entre estos está el apuntar hacia los niños a una edad temprana, involucrándolos directamente en el programa de comunicación, y desarrollando materiales que les sean atractivos. Posiblemente una estrategia importante que se debe presentar en forma explícita es que *los materiales, el vocabulario, el tema, los mensajes sean atractivos para la audiencia. No tienen por qué ser atractivos para el personal de salud.*

El proceso de comunicación en salud

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

Cada una de las seis etapas ha sido sintetizada en este capítulo para proveerlo con una visión de conjunto de este enfoque, que será desarrollado más detalladamente en los capítulos siguientes. Las etapas descritas a continuación constituyen un proceso ideal que pueden requerir más tiempo y dinero de lo que pueden afrontar muchos grupos y organizaciones. Tal vez no sea factible recorrer todas las etapas indicadas o, en algunos casos, no se podrá siquiera concluir las etapas esenciales. Sin embargo, seguir cuidadosamente los pasos de cada etapa del proceso puede hacer más productiva la fase siguiente. En general, Ud. debe aplicar su criterio profesional y el beneficio de su propia experiencia para decidir cuáles pasos son apropiados para su programa específico.



Figura 9:

Etapas de la comunicación en salud



Etapa 1: Planificación y selección de estrategias

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

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

Etapa 2: Selección de canales y materiales

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

- *¿Existen materiales que puedan adaptarse al programa?*
- *¿Cuáles son los canales más adecuados para alcanzar a la audiencia seleccionada (el lugar de trabajo, medios de comunicación de masa, comunicación cara a cara)?*
- *¿Cuál será el formato más adecuado para los canales y los mensajes (folletos, vídeo cintas, reseñas de antecedentes)?*



Etapa 3: Elaboración de materiales y pruebas preliminares

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

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

Etapa 4: Ejecución

El programa plenamente desarrollado se presenta a la audiencia seleccionada; comienzan la promoción y distribución de materiales a través de todos los canales. Los componentes del programa se examinan periódicamente y se modifican cuando es necesario. Se efectúa el seguimiento del grado de exposición de la audiencia para permitir las alteraciones necesarias. Los interrogantes principales en esta etapa son los siguientes:

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

Etapa 5: Evaluación de la efectividad y de la eficacia

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

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



La comunicación en salud efectiva identifica los medios apropiados, el mensaje y la audiencia

Etapa 6: Retroalimentación para refinar (o no) el programa

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

- *¿A qué se debe que el programa haya o no haya funcionado?*
- *¿Es preciso modificar o mejor el programa para aumentar las posibilidades de éxito, efectuar cambios en la audiencia seleccionada, realizar otros cambios?*
- *¿Pueden sacarse lecciones de la experiencia adquirida que aumenten las posibilidades de éxito de programas futuros?*



Etapa 1: Planificación y selección de estrategias

El primer objetivo de la planificación es determinar cuál es el papel de la comunicación en la identificación o en la resolución del problema, si es que éste ya está identificado. Dependiendo de si el papel de la comunicación es protagónico o de acompañamiento o de apoyo, la etapa de planificación posterior provee las bases para ello y contribuye a evitar costosas correcciones a mitad de camino. Una decisión equivocada en este punto puede conducir al desarrollo de un programa de comunicación "fuera de punto" El Apéndice A contiene ejemplos de planificación de estos programas.

¿Dónde comenzar?

El lugar lógico para comenzar es **la definición del problema de salud** que debe resolverse. La pregunta central a resolver es:

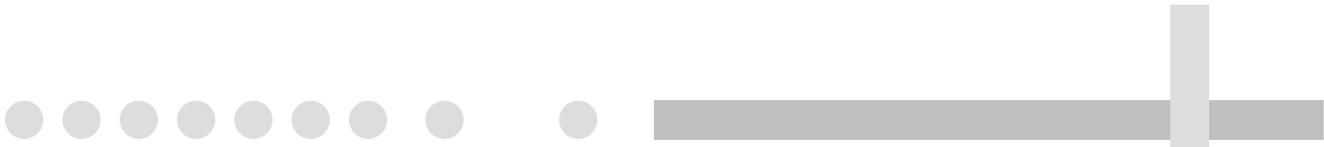
¿Quién está afectado por el problema y cómo?

La OPS ha identificado problemas graves y complejos que afectan a la población adolescente de varios países de América Latina y el Caribe (OPS/Kellogg, 1997). Por ejemplo:

- *Se estima que en América Latina y el Caribe, un 10% de los adolescentes tienen una enfermedad crónica.*
- *Las principales causas de muerte en el grupo de 10 a 14 años son accidentes y violencias, tumores malignos y enfermedades infecciosas.*
- *En el grupo de 15 a 19 años las principales causas de muerte son accidentes, homicidios, suicidios, tumores malignos, enfermedades del corazón y complicaciones del embarazo.*
- *En 10 de los 21 países una población mayor de un millón de habitantes, el homicidio es la primera o segunda causa de muerte en adolescentes varones entre 15 y 24 años de edad.*
- *El consumo de tabaco en adolescentes entre 15 y 19 años alcanza un 57% en Perú y un 41% en Cuba, comparado con un 15% en EE.UU.*

El próximo paso consiste en **ubicar a estos problemas de salud en el contexto de la promoción y la comunicación en salud**. Las preguntas principales ahora son:

- *¿De qué problema de comunicación se trata?*
- *¿Quién está afectado y cómo?*
- *Las personas ¿son conscientes de que el problema las puede afectar?
¿Cuáles son sus opiniones en materia de salud?*
- *¿Quién está interesado en el problema?*
- *¿Qué actividades han estado encarando el problema?*

- 
- *¿Los medios de comunicación u otras organizaciones están haciendo algo?*
 - *¿Qué podemos decir o hacer para aliviar el problema?*
 - *¿A quién?*
 - *¿Qué queremos conseguir?*
 - *¿Cuáles son los recursos disponibles?*
 - *¿Cómo puede contribuir la comunicación a la resolución del problema?*

Este capítulo está preparado para ayudarle a encontrar respuestas a estas preguntas y a diseñar el plan de un programa de comunicación.

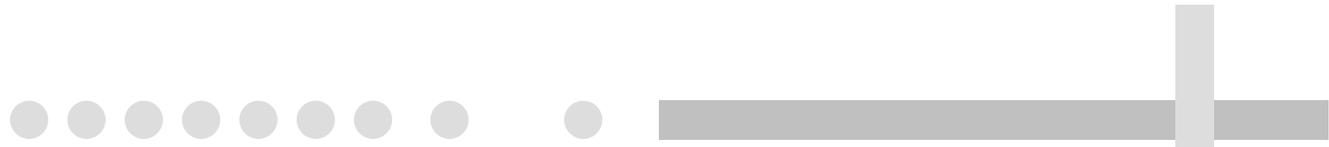
Revise los datos disponibles

Los factores de riesgo que afectan la situación de salud de los adolescentes se encuentran en las conductas, hábitos y estilos de consumo que genéricamente constituyen aquello considerado como estilos de vida no saludables. El tabaco, el consumo de bebidas alcohólicas y/o drogas, las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS), la violencia intrafamiliar y contra la mujer, son altamente prevalentes. La información epidemiológica sobre los adolescentes es escasa y está influenciada por el marco conceptual de problemas y de riesgo. Las estadísticas en la mayoría de los países no están desagregadas por grupos etáreos quinquenales, ni por género. (Estos datos cambian periódicamente y se emplean en este caso a título ilustrativo).

Por ejemplo, existe poca información en sexualidad y desarrollo en adolescentes en LAC; se necesita más investigación sobre los valores, la identidad sexual, las actitudes y los roles de género. Existen 25 millones de adolescentes mujeres, y dos millones de los 13 millones de nacimientos anuales en la Región ocurren en este grupo de edad. La tasa de fecundidad en las adolescentes ha estado disminuyendo, sin embargo, el número absoluto de hijos de adolescentes y su proporción con relación a los hijos de mujeres de todas las edades ha aumentado. Las tasas de fecundidad son más altas en las poblaciones rurales y con menor escolaridad (Singh y Wulf, 1994 en OPS/Kellogg, 1997).

Con la información actualmente disponible sobre los cambios que vienen ocurriendo en la Región, se puede observar que están tomando forma dos importantes tendencias: a) transición del predominio de mortalidad por enfermedades infecciosas y parasitarias a mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles, especialmente enfermedades cardiovasculares crónicas, tumores malignos y accidentes y violencia; y b) aumento gradual de la morbilidad debida a patologías actuales y a la urbanización desordenada asociada con factores de alto riesgo para la salud derivados de estilos de vida interrelacionados en complejas redes causales.

El impacto de la adversidad económica en los adolescentes en LAC es enorme y se relaciona con una menor disponibilidad de alimentos, sistemas educacionales inadecuados, insuficiente acceso a salud, insuficiente acceso a las actividades deportivas y recreativas, cesantía, desesperanza y pesimismo, especialmente en las regiones con problemas geopolíticos y de tráfico de drogas.



La depresión y el suicidio han aumentado en algunos de los países de la Región como México, Venezuela, Brasil y Argentina. La violencia intrafamiliar y en contra de la mujer recién empieza a emerger (OPS/Kellogg, 1997).

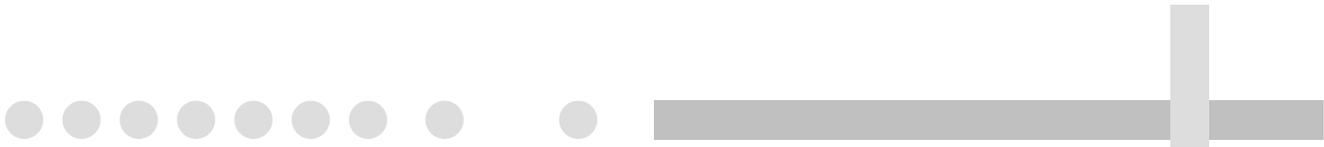
Para planificar un programa de comunicación que encare estos problemas debidamente, la información que Ud. debe tener *idealmente* incluye:

1. *Descripción del problema, su incidencia y magnitud, sus efectos sobre los adolescentes y su comunidad, sus causas y las medidas de prevención, las soluciones y los tratamientos adecuados.*
2. *Descripción de los grupos de alto riesgo afectados, su edad, sexo, grupo étnico, patrones culturales, preferencias y gustos en recreación, lugares de estudio, de trabajo y de residencia. Descripción de sus opiniones, creencias, tratamientos tradicionales, así como de sus actitudes y comportamientos y las de sus comunidades y familias ante el problema.*
3. *Información disponible por parte de la audiencia seleccionada acerca de la conducta causante/preventiva y de los conocimientos relacionados necesarios para limitar el problema y para prevenirlo.*
4. *Información acerca de los patrones de uso de los servicios relacionados con la salud, la preferencia por ciertos medios de comunicación, los hábitos de utilización de los medios y las fuentes de información consideradas confiables para la audiencia seleccionada.*
5. *Información sobre los medios de comunicación nacionales y locales, formales e informales: alcance, tiraje, perfil de su audiencia objetivo, lugares de distribución, frecuencia, horarios, programación, entre otros datos.*

El propósito de esta recolección de datos es describir el problema o el tema de salud, quiénes son los afectados, qué saben, creen y hacen. Las fuentes de información variarán según sea el tema y según el programa se relacione con una comunidad específica o con áreas geográficas más amplias.

Muchas de las fuentes de datos comúnmente disponibles en Europa y América del Norte no lo están en LAC (OPS, 1996)¹⁷. Este es especialmente el caso del área de salud de los y las adolescentes. En 1996 el Programa Regional de Salud de Adolescentes realizó una evaluación externa de los Programas Nacionales de Salud de Adolescentes en 22 países de LAC, lo que permitió detectar, entre otras, las siguientes situaciones:

- *La respuesta social e institucional frente a los problemas de los jóvenes en LAC ha sido variada y, en la mayoría de los países, reciente.*
- *La mayoría de los países no tienen políticas públicas de juventud.*
- *La mayoría de los programas nacionales de salud de adolescentes se encuentran dentro de otros programas ministeriales, como maternoinfantil, salud reproductiva, salud mental y otros.*
- *Sólo el 40% de los programas nacionales de salud destinados a este grupo etáreo, según los encuestados, cuenta con recursos presupuestarios específicos.*
- *La calidad de los programas nacionales fue calificada como deficiente, sólo la mitad de los países encuestados tienen un diagnóstico de situación nacional de adolescentes y el 46% de éstos no está actualizado.*

- 
- *La aplicación de normas de atención es una estrategia importante para mejorar la calidad de los servicios. A pesar de que existen en un número importante de los países, la evaluación mostró que solo el 2% de los encuestados piensan que son usadas en la práctica.*
 - *Sólo uno de 22 países evaluados afirma que en su país es buena la difusión de información en salud y el nivel de comunicación social para adolescentes*

Si bien las fuentes tradicionales de información tales como bibliotecas, hospitales y organismos de gobierno, universidades y organizaciones voluntarias y de profesionales de la salud son conscientes de muchos de estos problemas, han carecido de recursos para recopilar sistemáticamente los datos necesarios. En un esfuerzo por menguar esta carencia, desde 1992, el proyecto de OPS/KELLOGG desarrolló siete centros de información de salud de adolescentes, red ADOLEC/BIREME, que cuenta con una base de datos de 3.000 instituciones y de personas que trabajan con adolescentes en la región.

Pese a ello, los planificadores de la salud, los médicos, las organizaciones comunitarias y las personas que trabajan en el sector deben ser aun muy imaginativos y creativos en su búsqueda de estadísticas básicas y datos secundarios. Existen también diversos lugares para empezar a buscar información sobre medios de comunicación preferidos por los y las adolescentes y sus hábitos, así como fuentes de información confiables que son acreditadas por las potenciales audiencias seleccionadas.

Las agencias de publicidad nacionales y extranjeras, así como los centros de investigación de la opinión pública, los periódicos, las emisoras de radio y la televisión, disponen a menudo de datos secundarios sobre consumo de los medios por parte de esta población. Estos datos pueden adquirirse directamente; en el caso de programas de desarrollo sin fines de lucro, están a veces disponibles gratuitamente.

Las organizaciones eclesiásticas y otras ONGs generalmente recolectan datos sobre el uso de los medios de información por parte de los y las adolescentes, gustos, expectativas de vida, composición familiar, entre otras informaciones. Las escuelas y colegios poseen con frecuencia información valiosa y actualizada sobre este grupo.

Identifique actividades existentes y vacíos

Si otra organización ya ha considerado el problema que le preocupa, tal vez Ud. debería comunicarse con sus colegas para discutir:

- *¿Qué han aprendido?*
- *¿Qué información o asesoramiento pueden tener para ayudarle con su plan?*
- *¿Qué más es necesario?*
- *¿Qué posibilidades existen de efectuar actividades de cooperación?*



Redacte las metas y los objetivos

Las metas y los objetivos establecen la forma del programa, lo que el programa está destinado a alcanzar. La meta o metas del programa describen el cambio general deseado, por ejemplo una transformación específica en un aspecto de la salud o del comportamiento de una cierta población adolescente. El logro de metas puede abarcar la prestación de servicios, el apoyo financiero y comunitario y otros cambios de situación que sólo pueden abordarse parcialmente a través de las comunicaciones.

Los objetivos describen las etapas intermedias que deben cumplirse para alcanzar las metas más amplias. Las metas describen el resultado deseado pero no las etapas que indican cómo llegar a éste. Esta es la función de fijar estrategias específicas. Algunos de estos objetivos pueden estar más allá del alcance de un programa de comunicación; esta guía sólo procura trasladar a la acción los objetivos de la comunicación.

Los objetivos establecen lo que su programa intenta realizar. Los objetivos de comunicación deben ser: específicos, realizables, jerarquizados para orientar asignación de recursos, mensurables para evaluar el progreso hacia la meta y cronológicamente específicos.

Estos objetivos son los fundamentos del desarrollo y evaluación del programa. Si no son claros y "procesables", su programa puede resultar desenfocado e inefectivo. Una vez redactados, las metas y los objetivos sirven como "contrato" o acuerdo con respecto al propósito del programa. Por ejemplo:

Meta: Reducir en 10 por ciento para el año 2001 el número de adolescentes escolarizados que inicien el hábito de fumar.

Objetivo 1: Promover hábitos de resistencia a la presión de compañeros que inducen a fumar.

Para alcanzar este objetivo, se podría conformar un grupo de profesores que se comprometan a llevar a cabo un programa de *habilidades para la vida*, en el que, partiendo de las experiencias, expectativas y perspectivas de los mismos estudiantes, se identifiquen con ellos frente a este problema, lo dimensionen y formulen estrategias para solucionarlo. Este tipo de estrategia es mucho más productiva y enraizada en los intereses, lenguaje y cultura de los jóvenes, que otras en las que se les dice a los jóvenes y adolescentes cómo proceder, sin tomar en cuenta su perspectiva.

Definidas como “aquellas aptitudes necesarias para tener un comportamiento adecuado y positivo que nos permita enfrentar eficazmente las exigencias y retos de la vida diaria” (OPS, sin fecha), las *habilidades para la vida* se han enseñado en los colegios dentro del contexto de varias iniciativas educativas que van desde la educación en salud, hasta la educación en la planeación de la vida y la promoción de la salud mental. Es ideal que este tipo de programas sea incorporado al currículo que se debe desarrollar con los estudiantes; esto le da un gran potencial de éxito. El programa puede tomarse hasta tres años en ser desarrollado.



La información epidemiológica sobre adolescentes es escasa y está influenciada por el marco conceptual de riesgo



Programa de Prevención del Uso de Alcohol y Drogas*

Primer período: Yo como Persona Especial (9 semanas)

1. Yo soy único
2. De la niñez a la adultez
3. Relacionándose con otros
4. Comunicándose y escuchando a los demás
5. Haciendo amigos
6. Sufriendo y sobreviviendo la pérdida de los amigos
7. Relaciones hombre/mujer
8. Manejo del estrés
9. Habilidades para enfrentar situaciones

Segundo período: Yo como Persona Social (9 semanas)

1. Habilidades para un pensamiento crítico
2. Toma de decisiones
3. Responsabilizarse de uno mismo
4. Habilidades para negociar
5. Habilidades para definir objetivos
6. Habilidades para estudiar
7. Resumen

Tercer Período: Cuidándome a mí mismo (9 semanas)

1. De las buenas y las malas drogas
2. Uso y abuso de drogas
3. Alcohol: uso y abuso
4. Tabaco
5. Marihuana y otras drogas ilegales
6. Habilidades en asertividad
7. Comportamiento arriesgado y características de los usuarios
8. Es bueno estar libre de las drogas
9. Cuidándome a mí mismo: habilidades de resistencia, asertividad y para definir objetivos
10. Continuación del 9
11. Compromiso

***UNESCO y Gobierno de Ghana. Habilidades para la Vida, Programa de Prevención del Consumo de Alcohol y Drogas.**

Tomado de OMS, División de Salud Mental, "Enseñanza en los colegios de las habilidades para vivir para niños y adolescentes", en *Lecturas de comunicación social en salud: Adolescencia, habilidades para la vida. Reproducción de documentos, serie #23*, División de Promoción y Protección de la Salud, OPS (s.f.).

Otro ejemplo:

Meta: Reducir en 5 por ciento para el año 2001 el número de adolescentes que tienen embarazos no deseados.

Objetivo 2: Fortalecer e incrementar la autoestima y la habilidad para tomar decisiones, pensando en su propio futuro y bienestar, en las adolescentes involucradas en el programa o proyecto.

En este caso podría ser conveniente desarrollar un programa de trabajo en *habilidades para la vida*, enfatizando en temáticas como:

- **Autoimagen y autoestima:** Aprender acerca de "mí mismo como persona especial", "Autocontrol" y "Mis responsabilidades y derechos".
- **Toma de decisiones:** Aprendizaje de los pasos básicos en la toma de decisiones, toma de decisiones difíciles y toma de decisiones acerca de planes importantes en la vida.
- **Empatía:** Componentes básicos para entender cómo las personas se parecen y cómo se diferencian, y para apreciar las diferencias entre las personas; evitar juicios y discriminación de la gente que es diferente, y cuidado de las personas con SIDA.
- **Manejo de tensiones:** Identificación de las fuentes de estrés, métodos para el manejo de situaciones estresantes y manejo de situaciones adversas.
- **Habilidades en relaciones interpersonales:** Aprender a valorar las relaciones con los amigos y la familia, formación de nuevas relaciones y manejo de la pérdida de las amistades, y búsqueda de ayuda y consejo de los demás en tiempos de necesidad.
- **Perspectiva de futuro**



Otro ejemplo más:

Meta: Reducir en 5 por ciento para el año 2001 el número de adolescentes que optan por consumir cigarrillos por efecto de los mensajes publicitarios en televisión.

Objetivo 3: Desarrollar en los adolescentes participantes habilidades para leer crítica y autónomamente los mensajes comerciales de televisión que invitan a consumir cigarrillos.

Se puede llevar a cabo un temario orientado a estimular en los adolescentes un Pensamiento Crítico, desarrollando contenidos tales como:

- Aprendizaje del proceso básico del pensamiento crítico.
- Hacer juicios objetivos sobre elecciones y riesgos.
- Resistencia a la influencia de los medios de comunicación hacia el alcohol y el tabaco.

El siguiente es otro ejemplo que, como los anteriores, pretende sólo servir de aproximación al aspecto que deben tener las lecciones y mostrar la variedad de formas en que las lecciones de *habilidades para la vida* pueden ser enseñadas con base en métodos activos y centrados en la experiencia.

“Piensa por ti mismo: Habilidades para un pensamiento crítico”

El facilitador proporciona ejemplos que comparan el pensamiento crítico y no crítico, e induce los siguientes pasos para un pensamiento crítico:

1. Escoge un tema para examinar
2. Formula preguntas acerca del tema
3. Recopila información para obtener respuestas a tus preguntas
4. Revisa la información
5. Determina cómo vas a reaccionar

El facilitador usa algunos de los ejemplos dados con anterioridad para repasar los pasos en el pensamiento crítico. Luego los estudiantes se agrupan en pares, utilizando una hoja de trabajo, en donde muestren el uso de los pasos en el pensamiento crítico.

El facilitador les pide a los alumnos que consideren por qué es tan importante entender y utilizar las habilidades para un pensamiento crítico en la toma de decisiones, y que piensen en las diferentes situaciones en sus vidas en donde podrían aplicarse estas habilidades.

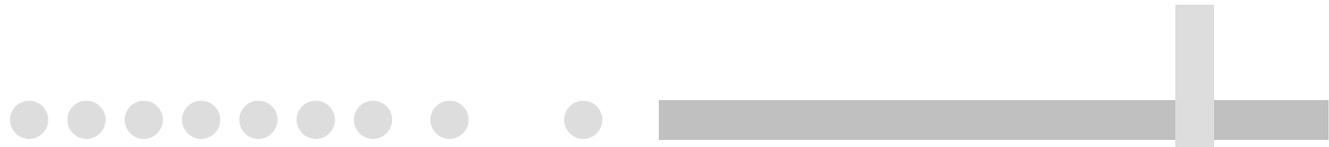
Como trabajo de casa, se dará una hoja de trabajo con otros ejemplos de situaciones para que los estudiantes puedan practicar la aplicación de los pasos en el pensamiento crítico, y se les pedirá también que escriban sobre un caso en particular en donde hubieran podido manejar las cosas de forma diferente si sólo se hubieran planteado algunas preguntas críticas con anticipación.

Tomado de: **Skills for Adolescence: A Program for Grades 6-8**
Ed, H. (Resnik 1985)
The Quest National Center, Ohio, USA

Recopile nuevos datos (investigación primaria)

Tal vez Ud. encuentre que la información disponible acerca del problema de salud, su resolución o los afectados, no es suficiente para desarrollar una estrategia de comunicación, o que el problema de salud no puede ser definido o no hay manera de aliviarlo. Ud. podría decidir que en un programa de comunicación no hay condiciones para formularse una respuesta apropiada hasta que no pueda obtenerse más información o realizarse acciones más adecuadas.

Si resulta que no existen acciones que las personas puedan realizar porque el tema está más allá del control individual (por ejemplo, la reglamentación para el uso de sustancias tóxicas entre adolescentes), no es susceptible a la acción colectiva, se carece de servicios (por ejemplo, un nivel alto de riesgo para una población de bajos ingresos), o no existe tratamiento adecuado, Ud. deberá decidir si es posible desarrollar un programa de comunicación. En algunos casos, Ud. necesitará asegurarse de que otros elementos previos del programa han sido debidamente establecidos antes de pasar a desarrollar un programa de comunicación. (Sin embargo, en este caso Ud. podría decidir desarrollar



estrategias de comunicación dirigidas a los políticos responsables o a universidades o centros de investigación, para que ayuden a definir y delimitar el problema).

Más a menudo, si bien Ud. puede definir el problema y quién está afectado por el mismo, la información sobre ese grupo de población puede no estar disponible o ser obsoleta. En esta circunstancia, Ud. podría decidir recopilar nuevos datos antes de planificar un programa de comunicación. Esta investigación puede incluir una muestra de entrevistados, cuyos resultados puedan ser proyectados a la audiencia seleccionada íntegra o a sus sub-sectores (investigación cuantitativa). Por otro lado, la muestra puede incluir una cantidad menor de representantes típicos del grupo al que se intenta alcanzar, pero con una muestra de diseño menos estricto (investigación cualitativa). Otra opción podría resultar en algún punto intermedio, utilizando una combinación de métodos de investigación (por ejemplo, grupos focales y una encuesta en pequeña escala). Las organizaciones frecuentemente confían en la investigación cualitativa porque permite tener acceso a un discurso social que puede ser de mayor utilidad para el diseño de estrategias de comunicación.

Investigación cuantitativa

Puede ejemplificarse con una encuesta que incluya grandes muestras estadísticamente representativas, utiliza generalmente preguntas estructuradas que se formulan mediante entrevistas cara-a-cara realizadas en los domicilios o en otros lugares. La investigación puede adoptar también otras formas, como la recopilación de datos de estadísticas vitales. Mediante este proceso es posible estimar qué porcentaje de la población adolescente con la que se trabajará es consciente del problema, o piensa o se comporta de cierta manera con respecto al mismo. Los datos cuantitativos proveen una base valiosa de información para controlar los cambios producidos como resultado de una intervención. También proporcionan información para la fijación de prioridades de acuerdo a cuáles grupos de población parecen tener menos conciencia del problema o que sea más probable que se comporten de una manera insalubre o arriesgada. Además, brindan información sobre los segmentos de la audiencia seleccionada que están necesitados de atención.

Por lo general, los datos cuantitativos no revelarán por qué las personas piensan o actúan de cierta manera. Debido a que la información se obtiene solamente como respuesta a preguntas específicas, tal vez no sea posible identificar factores o influencias no esperadas.

Investigación cualitativa

Puede ayudar a explorar el “por qué” de ciertos hechos. Ejemplos de estudios cualitativos son: discusiones orientadas con grupos especiales que incluyan una pequeña cantidad de entrevistas “abiertas” o entrevistas en profundidad. Estos métodos pueden proporcionar información acerca de las percepciones de la audiencia seleccionada; identificación por la audiencia de temas que sus integrantes consideran que están conectados y son importantes; y discusión detallada del significado que tiene para la audiencia seleccionada ese tema particular de salud.

Aunque la investigación cualitativa puede contribuir a identificar y explorar temas, el escaso número de entrevistados y la falta de una muestra estricta impiden proyectar los hallazgos a la población total.



Determine su audiencia seleccionada

Describir específicamente la audiencia (o audiencias) para su programa, la gente a quien Ud. procura llegar e influir con sus mensajes, le ayudará a desarrollar un mensaje y materiales relevantes y a identificar los canales con más capacidad para alcanzarla. Pocos mensajes son apropiados para todos las personas incluidas dentro del "público en general", dada la diversidad de intereses, necesidades, preocupaciones y prioridades dentro de los distintos sectores del público.

Lo anterior es válido inclusive tratándose de programas referidos sólo a la salud de los y las adolescentes, puesto que es habitual que estos programas incluyan metas que requieren modificar conductas o relativizar creencias en grupos poblacionales no adolescentes como los padres, las madres y docentes de estos jóvenes. Intentar alcanzar a todas y cada una de estas audiencias con un sólo mensaje o estrategia puede diluir su mensaje de tal modo que no sea atractivo para ninguna de las audiencias que Ud. previó.

Describa su audiencia seleccionada

Tratar de pensar en todas las características de la gente que está tratando de alcanzar lo ayudará a dividir al "público" en grupos más manejables o *audiencias seleccionadas*. Estas características son:

- **Físicas** Sexo, edad, tipo y grado de exposición a riesgos de salud, estado de salud, trastornos y enfermedades, historia clínica de la familia.
- **Conductuales** Acceso a medios de comunicación, participación en organizaciones, actividades o iniciativas relacionadas a la salud, otras características de su estilo de vida.
- **Demográficas** Ocupación, ingresos, nivel de educación, situación familiar, lugares de residencia y de trabajo, características culturales.
- **Psicográficas** Actitudes, opiniones, creencias, valores, autoevaluación y otros rasgos de personalidad.

Cuanto más completo sea el "perfil" o descripción de la audiencia seleccionada, Ud. estará en mejores condiciones para desarrollar un programa ajustado a esa audiencia.

Despeje la audiencia seleccionada

Una vez que Ud. describe lo que conoce de aquellos a quienes quiere alcanzar, estará en condiciones de despejar o separar la audiencia seleccionada del resto de la población general. Es posible que descubra que desea alcanzar a varios grupos diferentes de población.

Audiencias seleccionadas primarias son aquellas a las que Ud. intenta influir de alguna manera; es posible tener varias audiencias seleccionadas. En ese caso, fije prioridades que permitan ordenar la planificación y asignación de recursos. Audiencias seleccionadas secundarias son aquéllas que pueden influir sobre la audiencia seleccionada



primaria o que deben realizar algo para ayudar a producir el cambio en la audiencia seleccionada primaria (en el caso de los adolescentes fumadores, ejemplos de audiencias secundarias son sus padres, hermanos, otros familiares, profesores, adolescentes no fumadores y amigos).

El proceso de identificación y definición de audiencias deberá llevar a establecer las prioridades para cada audiencia, a saber: decidir cuál segmento de la audiencia es más importante; decidir cuáles audiencias son importantes pero menos críticas debido a la relación riesgo/estado de salud, a la influencia o vinculación que tienen con la audiencia seleccionada primaria o a la limitación de recursos del programa; decidir quiénes no integran la audiencia seleccionada por el programa, lo que constituye un valioso ejercicio de economía de recursos.

Establezca un sistema de seguimiento de la audiencia seleccionada

Si Ud. está diseñando un programa de comunicación que se llevará a cabo durante un largo período, es necesario que establezca un sistema de seguimiento de la audiencia dentro de los planes del programa, de tal forma que le permita cerciorarse de lo siguiente:

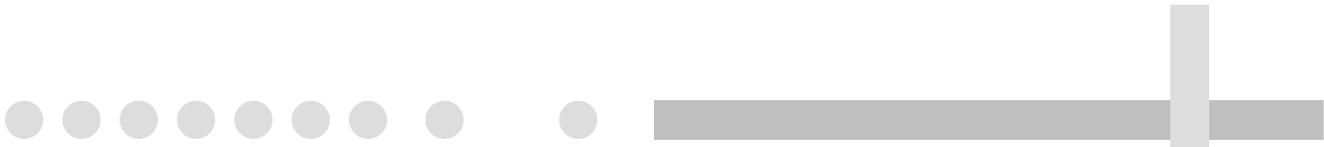
- *Averiguar lo que sabe, piensa y hace la audiencia seleccionada antes de comenzar las actividades (actividades de base).*
- *Efectuar encuestas periódicas para evaluar el progreso y la necesidad de modificación de nuevas actividades.*
- *Identificar el cambio de situación de la audiencia seleccionada una vez completado el programa.*

Los problemas comunes relacionados con las encuestas de audiencias aparecen porque éstas no se llevan a cabo en el momento apropiado (durante el desarrollo del programa o mucho tiempo después de su finalización), porque se realizan muy esporádicamente, o porque no son compatibles y sus resultados no pueden compararse. Para evitar estos problemas, considere durante la etapa inicial de la planificación si el sistema de seguimiento es apropiado para su programa.

Evalúe los recursos

Es importante que evalúe sus recursos para determinar de forma realista qué y cuánto será capaz de cumplir. Fijar expectativas realistas le ayudará a evitar las frustraciones de no cumplir tanto como había anticipado. Para fijar objetivos realistas piense acerca de estas cuestiones:

1. *¿Cuáles son las mayores áreas de necesidad?*
2. *¿Cuáles actividades contribuirán más a responder a estas necesidades?*
3. *¿Cuáles son los recursos disponibles? Esto incluye a funcionarios y otros recursos humanos tales como miembros de comités, asociados de otros programas y voluntarios; fondos presupuestarios en especie, tales como tiempo de computadoras, costos postales, servicios de imprenta y otros materiales sin costo; información acerca del tema, de la audiencia seleccionada, de la comunidad y de la*



estructura de los medios de comunicación, o también acerca de materiales educativos disponibles; y finalmente, tiempo: de cuántas semanas, meses o años se dispone para completar el programa

4. *¿Qué actividades de la comunidad, factores de organización u otros factores están disponibles?*
5. *¿Qué barreras existen (obstáculos que se interponen a la aprobación, ausencia de recursos financieros, audiencia seleccionada de difícil acceso, etc.)?*
6. *¿Qué actividades aprovecharían mejor los recursos y responderían mejor a las limitaciones identificadas? Estas actividades se convertirán en sus prioridades.*

Los adolescentes escolarizados son una audiencia seleccionada primaria para ayudar a alcanzar la meta de reducir el consumo de cigarrillos entre los adolescentes alentando a los que no lo hacen para que no comiencen a fumar y a los que fuman para que abandonen el hábito.

El fundamento de esto es que los programas dirigidos a adolescentes escolarizados tienen el respaldo institucional de la escuela para reforzar desde los currículos y mediante campañas y estímulos propios de la cultura escolar los mensajes y conductas promovidas.

La audiencia seleccionada secundaria está conformada por los profesores de estos adolescentes y compañeros no fumadores.

El fundamento con respecto a la audiencia secundaria es que un deber de los profesores es aconsejar y dar ejemplos saludables a sus estudiantes.

¿Cómo operar con recursos limitados?

La palabra "recursos" implica mucho más que recursos financieros. A veces Ud. se puede sentir tan limitado o limitada por la falta de fondos que la realización de un programa parece imposible. Una evaluación honesta puede llevar a la conclusión de que no es posible un programa productivo; por otro lado, puede contarse con recursos intangibles suficientes para seguir adelante.

Recuerde: suficientes recursos financieros por sí solos no garantizarán el éxito del programa. Además de una elaboración cuidadosa del programa, necesitará la cooperación y ayuda de sus propios asociados y, quizás, de otras organizaciones.

En programas de comunicación dirigidos a los adolescentes es conveniente apoyarse en medios de información locales tales como emisoras de radio, televisión, periódicos y en los sistemas de antenas parabólicas cuyo servicio cubra parte o toda el área de la población a abordar con el programa. No siempre resulta costoso (y a veces se logra sin ningún costo), obtener estos apoyos. Con entusiasmo y mucha creatividad puede diseñar y presentar a los directores de estos medios propuestas atractivas en las que se difundan los mensajes del programa de comunicación y en los que ellos se vean



beneficiados con una mayor sintonía o una mayor circulación de sus publicaciones entre la población adolescente.

Proyecto de estrategias de comunicación

Ahora que ya ha definido lo que se necesita hacer (finalidad y metas), para quién (audiencia seleccionada), es el momento de diseñar estrategias de comunicación que con más probabilidad le permitan lo que se propone. La formulación de estrategia empieza con:

- *El objetivo del programa*
- *Las audiencias seleccionadas primaria y secundaria*
- *La información seleccionada para comunicar*
- *Los beneficios, en los términos en que son percibidos por la audiencia*

La formulación de estrategias proporciona una misma dirección para la elaboración de mensajes y materiales a todo el personal del programa, incluyendo a los escritores y personal creativo. También puede contener las tácticas que se emplearán para llegar a la audiencia seleccionada con los mensajes apropiados.

El beneficio para la audiencia—lo que los adolescentes ganarán y qué perciben como importante o valioso—puede ser diferente de la percepción que Ud. tiene acerca de lo que es beneficioso (por ejemplo, un mejor estado de salud), y puede ser diferente para cada audiencia identificada. Los grupos focales y otros medios pueden ayudar a identificar lo que la audiencia primaria seleccionada percibe como importante (Etapa 3).

Para un programa destinado a promover el manejo prudente de automóviles entre los adolescentes, la seguridad y la prevención de accidentes no fueron percibidas por los adolescentes como beneficios importantes. Por el contrario, la pérdida de independencia y de la aprobación de sus compañeros que resultaría de la pérdida de la licencia de conducir se consideró razón importante para conducir con prudencia.

Para ayudar a orientar un desarrollo creativo del programa, la formulación de la estrategia también debe describir por qué la audiencia podría desear el beneficio.

El desarrollo de la formulación de la estrategia proporciona una buena prueba de si Ud. posee suficiente información para empezar a elaborar mensajes. Puede sentir la tentación de saltarse esta etapa, pero la formulación de la estrategia proporciona las bases y los límites de todo el desarrollo creativo. La búsqueda de aprobación de las estrategias por parte de la organización y la comunidad en esta etapa inicial puede hacerles sentir partícipes activos del proceso, y puede facilitar la aprobación y cooperación que quizás necesite posteriormente.

Una vez que Ud. haya decidido qué estrategias de comunicación usar, todos los elementos del programa deben ser compatibles con éstas, lo cual significa que cada tarea del programa debe contribuir a los objetivos establecidos y proyectarse a las audiencias identificadas; todos los mensajes y materiales deben incorporar los beneficios y otra información en la formulación de la estrategia. A medida que el programa se desarrolla y Ud. aprende más sobre la audiencia y sus percepciones, quizás necesite alterar o pulir la



declaración de estrategia. Sin embargo, ésta sólo debe modificarse para reflejar una mejor información que reforzará su precisión para alcanzar las metas del programa. No debe alterarse para incorporar una gran idea que está "fuera" de la estrategia.

Si la estrategia de comunicación consiste en decir a los adolescentes fumadores cómo dejar el hábito, los mensajes que les dicen simplemente cuáles son los peligros del tabaquismo no son útiles y deben evitarse. En forma similar, si la audiencia seleccionada primaria para un programa de prevención a la farmacodependencia está constituida por adolescentes de 12 a 15 años, los canales y mensajes de comunicación deben seleccionarse y diseñarse principalmente para llegar a esta población. La canalización de mensajes para llegar a otros grupos de edad puede desperdiciar recursos del programa.

Escriba el plan y el cronograma del programa

Todos los elementos de su planificación deben quedar registrados en un **Plan del Programa**, su primer producto del programa. El plan del programa es su matriz para:

- *Diseñar todas las tareas del programa*
- *Explicar sus planes dentro de su organización y ante otros*
- *Dejar constancia de su punto de partida*

Asegúrese de que el Plan del Programa incluya sus planes de evaluación, porque la evaluación ocurre en muchos puntos —antes, durante y después del programa. Las descripciones de las estrategias evaluativas se hallan dispersas a través de todo el manual. La evaluación formativa se discute en las Etapas 1 y 3, la evaluación del proceso en la Etapa 4 y la evaluación final en la Etapa 5.

Cronograma del programa

Una etapa final de la planificación es realizar un cronograma para la elaboración y la ejecución del programa. El calendario debe incluir todas las tareas que Ud. puede tener en mente, desde el momento en que escribe el plan hasta el momento en que tiene la intención de completar el programa. Mientras más tareas incorpore en el cronograma, es más probable que recuerde asignar el trabajo y mantenerse dentro de lo programado. Si olvida etapas intermedias importantes, sus costos pueden cambiar y perderá momentos oportunos para producir mayores efectos.

Un ejemplo de cronograma podría ser el siguiente:

Meta			
Objetivo 1:			
Tareas de planificación	persona responsable	plazo	recursos requeridos
Tareas de ejecución	persona responsable	plazo	recursos requeridos
Tareas de evaluación	persona responsable	plazo	recursos requeridos
Objetivo 2: etc.			

Por supuesto, las cosas nunca resultan de acuerdo a los planes. El cronograma debe considerarse como una herramienta flexible. Ud. puede actualizarlo regularmente, por ejemplo una vez al mes, de modo que pueda servirle tanto para administrar como para realizar el seguimiento del progreso.

Boceto del plan del programa

Título del programa:

Meta:

Objetivos:

Organización patrocinadora:

Descripción de necesidad:

Audiencia seleccionada primaria (incluir edad, género, grupos étnicos, etc.):

Estrategias clave (enumerar para cada audiencia seleccionada):

Audiencia seleccionada secundaria:

Estrategias clave:

Fechas clave:

Costos estimados:

Otros recursos requeridos (personal, tiempo de computadoras):

Problemas potenciales (regulaciones del país, oposición política):

Métodos de evaluación: (incluyen la evaluación formativa, la de proceso y la final):



Etapa 2: Selección de canales y materiales

Habiendo completado la investigación, el análisis y su plan, Ud. está en condiciones de elaborar las herramientas para la comunicación. Resulta vital disponer de las herramientas apropiadas para el trabajo. ***En la etapa 2, Ud. decidirá qué clase de material se ajusta a su presupuesto y a su audiencia seleccionada y qué canales funcionarán mejor.*** La selección de mensajes, formatos y canales son pasos interdependientes; cada uno debe adaptarse al otro y cada decisión debe ajustarse a la estrategia definida.

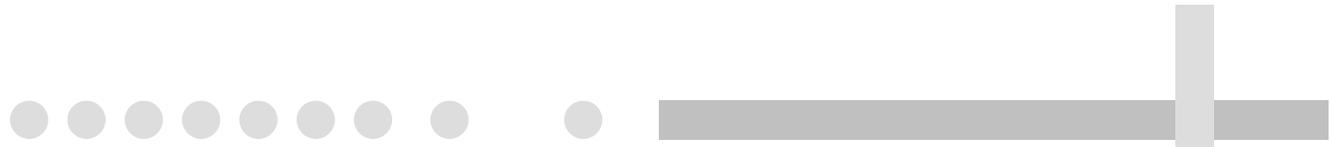
Identifique los mensajes y los materiales

La producción de materiales puede ser un proceso lento y costoso. Debido a que el proceso es creativo y tiene resultados tangibles, con frecuencia se considera como el paso clave de la elaboración de un programa de comunicación. Sin embargo, Ud. debe considerar si la creación de materiales nuevos es necesaria. Pueden existir materiales de comunicación (folletos, volantes, carteles, vídeos) que puedan ser utilizados en su programa.

En el Caribe de habla inglesa, puede obtenerse información adicional de la Representación OPS/OMS; del Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe, en Kingston, Jamaica; del Centro de Epidemiología del Caribe, en Puerto España, Trinidad y Tobago; del Instituto Caribeño de Comunicación de Masas, en Kingston, Jamaica; y del Departamento de Medicina Social y Preventiva, de la Universidad de las Indias Occidentales, en Mona, Jamaica.

Además de los representantes de la OPS/OMS, otras organizaciones en LAC están empezando a establecer centros de intercambio de información y a recolectar material para elaborar programas de comunicación. La Asociación Latinoamericana de Educación Radiofónica (ALER), en Quito, ha recolectado guiones de radio y cintas; el Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura (IICA), en Turrialba, Costa Rica, tiene un banco de programas de radio que sirve a Centroamérica; la CIESPAL de Quito, Ecuador, y la Oficina Regional de la UNESCO, en Panamá, tienen considerable experiencia y materiales relacionados con programas de comunicación popular para el desarrollo en LAC. Durante las últimas décadas, otros programas comunitarios de comunicación que operan en toda la Región han recogido toda una gama de experiencias que pueden utilizarse en los programas de comunicación en salud.

También es posible adaptar materiales utilizados en países dentro y fuera de la Región. En EE.UU., por ejemplo, los Institutos Nacionales de Salud, la Oficina Federal de Prevención de la Farmacodependencia y el Departamento de Salud y Servicios Humanos publican y analizan material para los programas de comunicación en salud. Gran parte de este material puede obtenerse sin costo. Las organizaciones de salud pública y las agencias gubernamentales en Europa son otra buena fuente de materiales de comunicación. En aquellos casos en que los programas de comunicación en salud de la Región son financiados con ayuda externa, puede solicitarse que la agencia donante o el gobierno extranjero proporcione muestras de algún material empleado en su país para la promoción de la salud. En el apéndice J, encontrará direcciones de correo electrónico para las agencias mencionadas en esta sección.



Si Ud. encuentra material relacionado con su tema de salud, decida si éste pudiera ser apropiado para su programa "como está" o con modificaciones. Considere estos temas conjuntamente con su **declaración de estrategia**:

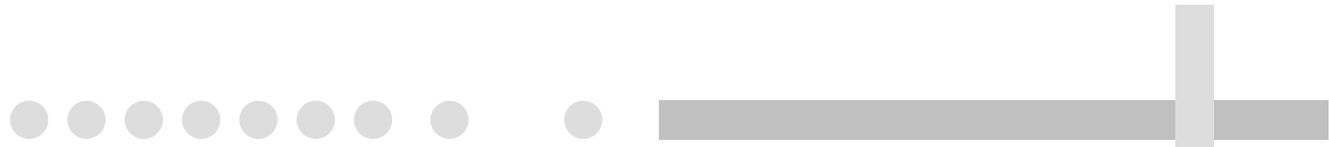
- *¿Ofrecen mensajes exactos, completos y relevantes?*
- *¿Son apropiados para su audiencia seleccionada en formato, estilo, lenguaje y nivel?*
- *¿Están disponibles y son accesibles?*
- *¿Podrían modificarse para hacerlos culturalmente apropiados?*

Es importante, de ser posible, discutir con el productor o el autor del material sobre sus experiencias en el campo y sobre si se comprobó la efectividad del mensaje. En la mayoría de los casos, encontrará que se realiza muy poca investigación de esta naturaleza en la Región, principalmente debido a la falta de fondos. La mayor parte del material sobre comunicación para el desarrollo, incluyendo gran parte del material más efectivo, es producido por entidades sin fines de lucro y organizaciones locales con recursos financieros muy reducidos. Rara vez se dispone de recursos financieros para una aplicación más amplia del material y, mucho menos, para las pruebas. Sin embargo, es posible discutir la experiencia con algunos de los autores a fin de evaluar la utilidad para su propio programa.

Las discusiones acerca de qué materiales y formato convendrán más a su programa estarán determinadas por:

- *El mensaje, su complejidad, sensibilidad, estilo y propósito;*
- *Las características de su audiencia, su edad, su sexo, su nivel de escolaridad, su nivel de habilidades, su grado de exposición general a la información y sus hábitos de consumo de medios de comunicación;*
- *Los canales, su disponibilidad y costos, y;*
- *El presupuesto y otros recursos disponibles.*

Los materiales de comunicación probablemente representarán un gasto importante para su programa. Asegúrese de elegir un formato que pueda afrontar económicamente en cantidades suficientes para hacer que su programa funcione sin asignar una porción tan grande de su presupuesto para materiales y así poder encarar la distribución, la promoción y el proceso de evaluación.



Elija los canales de comunicación (Apéndice B)

La decisión en lo referente a los canales que su programa empleará es interdependiente con la decisión acerca del formato de los materiales. Los canales de transmisión de los mensajes incluyen:

- *Cara a cara, por ejemplo, trabajadores de salud, compañeros, miembros de la familia, líderes de la comunidad, adolescentes, sus profesores, sus amigos.*
- *Transmisión en grupo, por ejemplo, en el aula o en los lugares habituales de encuentro y diversión de los adolescentes.*
- *Medios de comunicación como televisión, radio, revistas, diarios, vídeos, antenas parabólicas, canales comunitarios de televisión.*
- *Medios electrónicos y televisivos como disquetes, CD, páginas en Internet, correo electrónico, tele, vídeo y audio conferencias.*
- *Medios de comunicación comunitarios, por ejemplo, altavoces, entrevistas grabadas, escuelas por radio, teatro popular, periódicos murales.*
- *Organizaciones comunitarias, por ejemplo, cocinas populares, grupos juveniles, grupos deportivos, artísticos y culturales, Acciones Comunales, organizaciones religiosas y otras ONGs.*

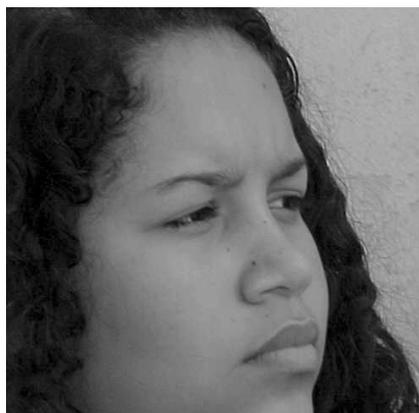
Cada canal ofrece diferentes beneficios y limitaciones y puede requerir distintos diseños del mensaje para adecuarse a él en longitud y formato. Un canal puede dirigir mensajes a una audiencia específica, en una determinada franja de tiempo y bajo un determinado formato y a otra franja en otras condiciones. Por ejemplo, mensajes invitando a no fumar dentro de una transmisión deportiva por radio y en esa misma emisora en el contexto de un programa de música de actualidad, presentar breves testimonios de personajes apreciados por los jóvenes que cuenten cómo dejaron de fumar y sus beneficios. En el primer caso quizá la audiencia sea jóvenes de ambos sexos que gustan de los deportes, en el segundo la audiencia buscada serían jóvenes de ambos sexos que se inclinan más por lo musical.

También se puede presentar el caso de canales que no están dirigidos a la audiencia primaria del programa de comunicaciones (porque los adolescentes no gustan de él o no lo frecuentan), pero cumplen importante papel con la audiencia secundaria.

Los medios de comunicación de masa pueden transmitir noticias rápidamente a un grupo amplio de la audiencia, pero no puede esperarse que por sí solos motiven a las personas para cambiar su conducta. Estos medios son, en general, la fuente primaria de información pero pueden ser menos confiables que las fuentes de información más íntimas y tienen limitaciones de tiempo, espacio, costo y valor informativo que pueden limitar su capacidad para explicar la información compleja de forma adecuada y plena. Los noticieros pueden centrar demasiado la atención en información nueva o en información que afecta a segmentos limitados de la población; pueden aumentar las posibilidades de desinformar sobre noticias complejas o polémicas; pueden comunicar información incompleta (más crucial aún, omitir información explicando lo que podría hacerse para resolver un problema

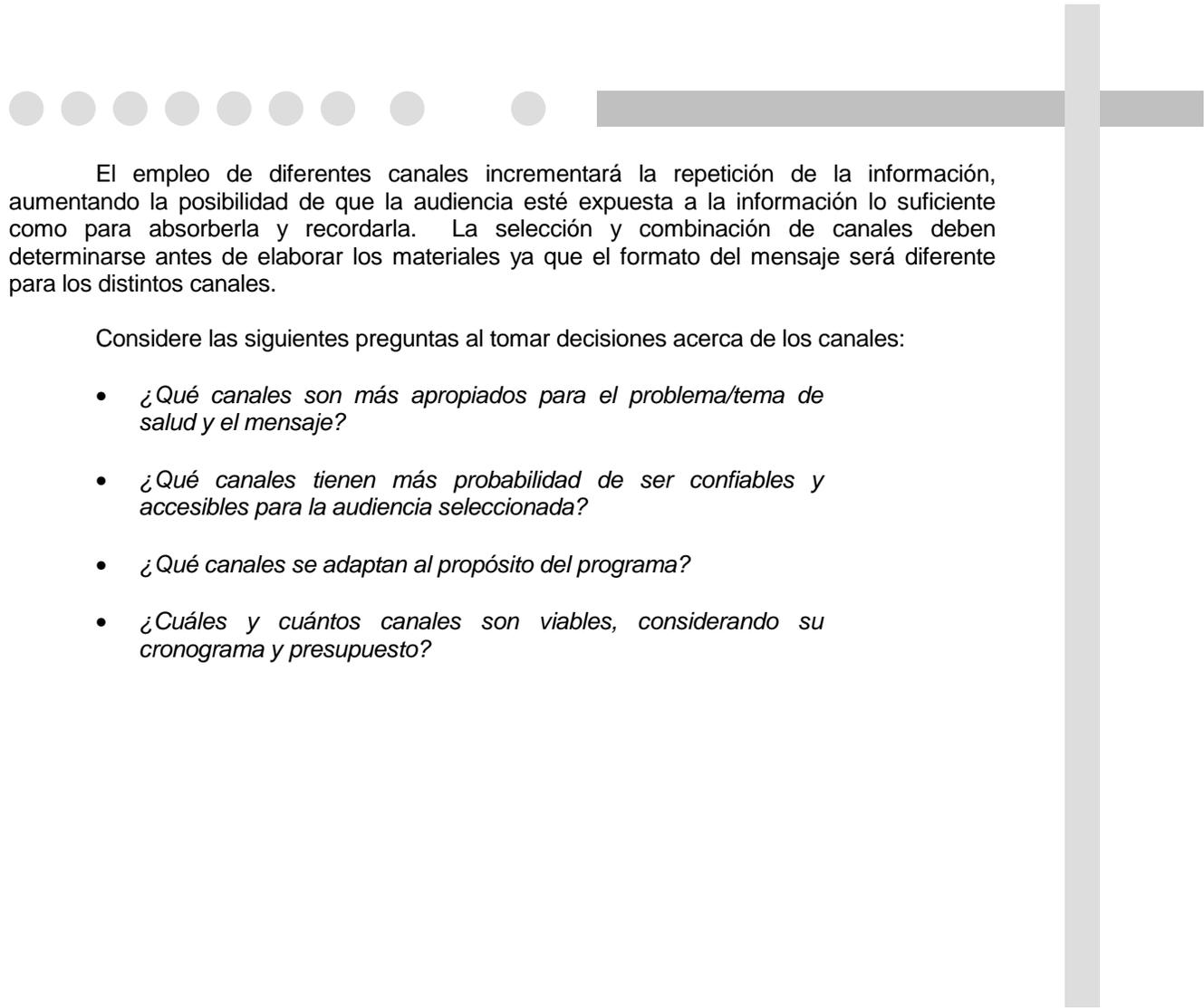
de salud). La pérdida del control sobre cómo se comunica la información puede ser el precio de una transmisión amplia y rápida.

Sea que se seleccionen los medios de comunicación masiva como un canal, o que un tema de salud aparezca como noticia, Ud. debe recordar que el propósito de los medios de comunicación masiva en la mayor parte de la Región es de índole comercial: informar y entretener, no educar. Existen pocos canales de servicio público, y la radio y televisión estatales están financiadas casi exclusivamente por la publicidad comercial. En consecuencia, los mensajes de comunicación en salud se emplearán en programas de noticias si se considera que tienen valor informativo y son atractivos. Si el mensaje completo es demasiado complicado o simplemente no se considera que es suficientemente interesante para su uso por los medios de comunicación, Ud. se verá en la obligación de rediseñar el mensaje para hacerlo más atractivo para los profesionales de los medios y sus percepciones acerca de lo que la audiencia quiere. Trabajar con profesionales de los medios de comunicación ayudará a garantizar que los mensajes sean interesantes y apropiados y puede ayudarle a ampliar la cobertura de su programa.



Además de los noticieros, los medios de comunicación de masas ofrecen otras oportunidades para los mensajes, algunas de las cuales requieren cierto grado de innovación. Por ejemplo, llamadas de la audiencia de la radio, programas de entrevistas e, incluso, la incorporación en una telenovela de un tema específico de interés para hacerlo llegar a la población adolescente, tal como el desarrollo de habilidades para la resolución pacífica de conflictos con amigos, vecinos y familiares. Las columnas o separatas sobre temas de salud o de asuntos juveniles o deportivos en periódicos y revistas, representan otra oportunidad. También los programas radiales o televisivos de música y *magazines* de variedades con énfasis en notas para los jóvenes. Cada formato ofrece una ventaja específica para la comunicación de los mensajes, y puede llegar a una audiencia diferente.

Los canales interpersonales ponen los mensajes de salud en un contexto más familiar. Estos canales tienen mayor probabilidad de ganar la confianza e influir en el público. El desarrollo de mensajes, materiales y enlaces utilizando canales interpersonales, resulta mejor si se realiza a través de las numerosas organizaciones locales y no gubernamentales que existen en los diferentes países de la Región. Los canales comunitarios, incluyendo escuelas, empleadores y organizaciones comunitarias, también pueden reforzar y ampliar los mensajes a través de los medios de comunicación y ofrecer instrucción. El establecimiento de enlaces con organizaciones comunitarias puede ofrecer apoyo para la acción. Estos enlaces tienen dos sentidos: permiten el debate y las aclaraciones y, además, alientan la motivación y fortalecen la acción.



El empleo de diferentes canales incrementará la repetición de la información, aumentando la posibilidad de que la audiencia esté expuesta a la información lo suficiente como para absorberla y recordarla. La selección y combinación de canales deben determinarse antes de elaborar los materiales ya que el formato del mensaje será diferente para los distintos canales.

Considere las siguientes preguntas al tomar decisiones acerca de los canales:

- *¿Qué canales son más apropiados para el problema/tema de salud y el mensaje?*
- *¿Qué canales tienen más probabilidad de ser confiables y accesibles para la audiencia seleccionada?*
- *¿Qué canales se adaptan al propósito del programa?*
- *¿Cuáles y cuántos canales son viables, considerando su cronograma y presupuesto?*

Cómo reimprimir materiales ya elaborados

Si Ud. ha identificado material que considera útil para su programa de comunicación, averigüe primero con el productor si el material puede ser usado. Por lo general, no hay problema en emplear materiales de comunicación para el desarrollo elaborados por organizaciones gubernamentales u organizaciones sin fines de lucro.

Sigue a continuación información acerca de cómo imprimir su propio material o el de otros programas:

Dispone de dos opciones simples para reimprimir materiales: fotocopiar e imprimir.

Cantidad: El mayor costo de la impresión está en hacer las placas de impresión. Por lo tanto, a diferencia de los costos de fotocopiado, que permanecen constantes por pieza, los costos de impresión por unidad disminuyen a medida que aumenta la cantidad. A mayor cantidad, menor es el precio por copia.

Imprenta: Los precios de cada imprenta se aplican de forma diferente y son variables para un trabajo similar. Consiga siempre varios presupuestos y discuta cualquier requisito especial. La calidad de la impresión también puede variar.

Calidad del papel: Una vez que ha elegido una imprenta, debe elegir la calidad del papel. El papel difiere en peso, color y acabado (textura), todo lo cual afecta al costo.

Color de la tinta: Los materiales que emplean sólo un color de tinta serán los más económicos. Para cantidades inferiores a 10.000 copias, la tinta negra será la opción más barata. Los precios aumentan con cada color de tinta que añada.

Ud. puede pedir a un diseñador gráfico o un impresor profesional que le ofrezca ideas para trabajar su material en una sola tinta; seguramente le recomendarán que incluya tramas y tome en cuenta el color del papel. Puede utilizar, si es el caso, diversos colores de papel y una sola tinta: esto hará su material variado y su costo de producción no será muy alto en comparación con una impresión a más de una tinta.

Ilustraciones: Las imprentas cobran más por materiales con dibujos o fotografías. Sin embargo, Ud. debe tomar en cuenta que si se dirige a adolescentes con un material impreso, éste debe ser altamente competitivo con otros materiales que el comercio y el mercado de comestibles no saludables, vídeos, películas, cantantes, etc., les está ofreciendo al adolescente a diario.

Adaptaciones: Con la ayuda de un artista gráfico, es posible agregar el nombre de su organización, información sobre contactos, etc., a materiales ya elaborados. Puede combinar partes de materiales existentes para hacer una pieza nueva; por ejemplo, los gráficos de una fuente y el texto de otra.



Modelos populares de comunicación en Latinoamérica y el Caribe

La situación en LAC es muy diferente de la de EE.UU. y Europa. En la mayoría de los países de América Latina no existe tradición de anuncios de servicio público en las redes de radio y televisión, que son casi exclusivamente comerciales; la renovación de licencias—cuando las licencias están sujetas a un proceso de renovación—rara vez, si es que alguna, es contingente con el servicio comunitario. La radio y televisión gubernamentales prevalecen en el Caribe, pero generalmente están limitadas en su cobertura geográfica a las áreas urbanas. Sin embargo, la radiodifusión pública o gubernamental existente en la Región está desapareciendo rápidamente en vista de la progresiva privatización de los servicios de comunicación y telecomunicación en países como Argentina, Bolivia, Chile y México, y ante la entrada de nuevos canales privados y la televisión por cable.

Por este motivo, los anuncios de servicio público y las campañas de información pública, tales como los utilizados en EE.UU., no son viables en la mayoría de países de LAC. Sin embargo, esto no significa que la radio, la televisión y otros medios de comunicación no están disponibles para las campañas de promoción de la salud. En algunos casos, los periódicos, las emisoras de radio y los canales de televisión han facilitado espacio para temas sobre salud y estilo de vida. Por ejemplo, *La República*, en Lima, Perú, publica un suplemento semanal sobre salud suministrado por el Representante de la OPS/OMS en el país. En Cali, Colombia, CIMDER suministró a *El País* con un suplemento regular sobre salud; también en Cali, CISALVA tiene convenios de colaboración con emisoras radiales y periódicos locales para la difusión de pequeñas historias de la campaña “Mejor hablemos”, que ilustra, con casos de la vida real, formas no violentas de resolver conflictos, y en Costa Rica, la periodista María Isabel Solís escribe una sección regular sobre salud en *La Nación*. Un canal de televisión regional en la ciudad venezolana de Barquisimeto ha proporcionado media hora semanal a una asociación de cardiólogos para un programa de salud, y en Colombia, los canales nacionales de televisión tienen un programa semanal de preguntas y respuestas sobre salud.

En el Caribe, la Sra. Yvette Holder del Centro de Epidemiología del Caribe de la OPS (CAREC), escribe una columna mensual sobre la seguridad en el tránsito para el *Informe de Vigilancia de CAREC*. *La Nación*, de Barbados, incluye una columna sobre la toma de conciencia sobre el medio ambiente. Varias agencias del Caribe han desarrollado campañas de salud empleando los medios de comunicación de masas. El Centro de Alimentación y Nutrición del Caribe, de Jamaica, patrocina concursos sobre seguridad de los

Campañas de servicio público en EE.UU. y Europa Occidental

En EE.UU. y Europa Occidental, los programas de promoción de la salud y prevención de las enfermedades han utilizado frecuentemente y con éxito las campañas de servicio público. El gobierno, las agencias públicas y las organizaciones voluntarias han patrocinado campañas sobre temas de salud. De forma similar, muchas agencias locales han producido campañas concebidas específicamente para sus comunidades. Típicamente, estas campañas han incluido una combinación de anuncios de servicio público por radio y televisión, avisos en servicios públicos de pasajeros, y carteleras públicas, folletos, carteles, eventos planificados especialmente y actividades de educación en salud. Además, los planificadores de la campaña a menudo han generado la cobertura de los medios de comunicación a nivel local y nacional para llamar la atención sobre temas de salud.

En EE.UU., los anuncios de servicio público ya no se requieren por ley. Sin embargo, las emisoras, como condición de su licencia, están obligadas a averiguar y responder a las inquietudes de la comunidad a la que sirven. Los anuncios de servicio público en las emisoras comerciales continúan emitiéndose y han resultado eficaces para aumentar el reconocimiento de un programa de salud, generando solicitudes de información de salud o reclutando voluntarios.



alimentos basados en el mensaje "Manténgalo fresco, manténgalo cubierto, manténgalo limpio"; la Empresa de Tratamiento de Residuos Sólidos, de Trinidad y Tobago, patrocinó campañas sobre la importancia de un ambiente limpio, basadas en los mensajes "Nag Charlie Away"; la Asociación del Medio Ambiente de Barbados patrocina concursos anuales entre barrios sobre el mejoramiento ambiental; la OPS, el Rotary Club Internacional y otros patrocinaron una campaña con alcance regional para "Hacer pasar el sarampión a la historia".

Un estudio reciente en Jamaica señaló diez programas radiofónicos de llamadas sobresalientes, incluidos cuatro programas con micrófono abierto con un doctor de turno, un pediatra, un psiquiatra, un defensor del consumidor, un abogado y asesor social nocturno, y un curandero espiritual. Otros países del Caribe, tales como San Vicente, las Granadinas y Dominica, presentan programas sobre salud, a menudo en "*creole*".

Estos ejemplos son probablemente la excepción, o incluyen sólo sectores reducidos de la población. Sin embargo, LAC tienen una rica tradición de medios populares de comunicación que alcanza y a menudo se origina precisamente en los sectores de la población que más necesitan de información y educación sobre temas relacionados con la salud y estilo de vida.

Si bien en el campo específico de la comunicación dirigida a la población adolescente la experiencia es aun reducida, hay opciones de consulta de información que ofrecen una formidable oportunidad para el intercambio de información, como lo es la red ADOLEC/BIREME. Existen otros organismos e instituciones que trabajan en salud de los adolescentes en la Región, incluyendo UNICEF, FNUAP, el BID, el International Youth Foundation (IYF), la Organización Iberoamericana de la Juventud (OIJ) y la OEA, los que Ud. puede consultar para procurar información sobre experiencias en Comunicación con adolescentes (ver Apéndice K).

La tradición popular de comunicación en Latinoamérica y el Caribe

Los medios populares de comunicación pueden definirse como medios que se originan en la comunidad con un alto grado de participación comunitaria o popular. Los medios populares de comunicación abarcan desde las nuevas tecnologías más sofisticadas de distribución de vídeos y cable hasta la hoja fotocopiada más simple, el altavoz del barrio o la melodía del calipso. El elemento unificador de estos medios es su vínculo estrecho con los grupos y comunidades a quienes están dirigidos en términos tanto de producción de materiales como de respuesta.

Durante las décadas de los 70 y 80, bajo las dictaduras militares de Brasil, Chile, Uruguay y Argentina y, anteriormente, bajo las dictaduras más antiguas de Paraguay, Bolivia y los países de América Central, las personas a las que se les negaba el acceso o la oposición a las opiniones de los medios comerciales o estatales dominantes, a veces desarrollaban sus propias formas de comunicación, tales como las emisoras de radio y periódicos clandestinos locales, producciones de vídeo clandestinas, y tiras cómicas y revistas disidentes. En los países con regímenes democráticos pero con sistemas de medios de comunicación de masa comerciales altamente monopolizados y centralizados, la falta de participación de la comunidad en los medios para responder a las necesidades de información y comunicación condujo a experiencias similares de medios populares comunitarios y grupales alternativos.

En el Caribe de habla inglesa, se sugiere la importancia del calipso y del "reggae" como medio de comunicación de masas describiéndolos familiarmente como "periódicos del pueblo". El calipso y el "reggae", tradicionalmente asociados con Trinidad y Tobago y



Jamaica, han surgido como un medio de comunicación popular pancaribeño. En los últimos 100 años, el calipso, mediante el uso inteligente de la insinuación, hizo la crónica política, económica, social y sexual de personas y países. El uso de la insinuación en el calipso y el "reggae", les ha permitido transmitir mensajes de forma vívida, mientras se mantenían dentro de los límites impuestos por la sensibilidad social de la época. Ambos han empleado y ayudado a crear lo vernáculo y reflejar el sentimiento y las formas populares de expresión. Su aceptación a nivel regional y el uso del idioma cotidiano sugieren que éstos medios tienen un papel que desempeñar en las iniciativas de promoción de la salud, en particular las que abordan temas sobre la sexualidad y los cambios en el estilo de vida. Ambos medios se han empleado recientemente en actividades de comunicación en salud, sin embargo, su uso ha sido esporádico.

Recientemente el R.A.P. (*Ritmo Afroamerican Poetic*) ha tomado lugar destacado entre las preferencias musicales de adolescentes y jóvenes de los sectores populares de varias de las grandes ciudades en LAC; se reportan producciones musicales de grupos locales de este género musical en las que sus compositores (generalmente los mismos integrantes de estos grupos) exponen sus puntos de vista sobre la situación económica, social y política que viven los jóvenes en las grandes urbes.

La radio-escuela: tradición latinoamericana

Algunas radio-escuelas de América Latina, tales como Acción Cultural Popular (ACPO), en Sutatenza, Colombia, fueron de los primeros experimentos de radio educativa y cultural en el mundo. ACPO recibió su licencia de radiodifusión en 1948 y comenzó distribuyendo aparatos de radio con cuadrantes fijos a los campesinos colombianos en los altiplanos andinos. La Asociación Latinoamericana de Educación por Radio (ALER), se estableció en 1971 con 41 radio-escuelas miembros en diecisiete países y una audiencia registrada combinada de aproximadamente 2 millones de personas. Las radio-escuelas trabajaron principalmente en la educación de adultos, el desarrollo rural y la atención maternoinfantil en las áreas rurales y urbanas de ingresos más bajos.

Dentro de la Región de LAC, las formas de música popular tales como la salsa, el azucarillo, el calipso, el "reggae" y el R.A.P., han trascendido las fronteras nacionales y lingüísticas y tienen probabilidad de encontrar audiencias receptivas; en particular, entre poblaciones de adolescentes. El mayor acceso a los medios de comunicación de masa sugiere la necesidad de una mayor cooperación a nivel regional en el desarrollo de programas de salud que empleen medios populares de comunicación, utilizando especialmente las formas de música popular que se emplearon tradicionalmente sólo para entretenimiento.

Algunos de los medios populares de comunicación fueron diseñados por grupos religiosos; otros, por partidos políticos y sindicatos. La prensa popular brasileña tuvo sus raíces en el movimiento de educación popular de principios de los años 60. Los periódicos sindicales de São Paulo proporcionaron un foro y una herramienta en la lucha de los trabajadores para recuperar sus derechos. Argentina, Uruguay, Chile y otros países contaban con periódicos populares disidentes y, en muchos países, se formaron grupos de productores de videos independientes o alternativos, a menudo vinculados con organizaciones de base y comunitarias. En Brasil, los productores independientes de televisión, trabajando estrechamente con las audiencias, presentaron imágenes del país muy alejadas y diferentes de las que eran emitidas en los programas de noticias nocturnas de TV Globo. En países como Colombia existe una gran cantidad de grupos de origen comunitario, en muchas ocasiones integrados por jóvenes, que producen programas de televisión en los que informan sobre sus realidades barriales, para emitirlos a través de circuitos de televisión por cable en barrios y pequeñas municipalidades. Una de estas experiencias *El canal de la salud*, en Cali, dedica su programación a temas de la salud.



Otras experiencias con la radio popular están estrechamente relacionadas con grupos culturales y étnicos específicos, tales como los indios aymará en Bolivia, o con algunos grupos económicos y sociales específicos, tales como los mineros del estaño de Bolivia. Las emisoras de radio de los mineros del estaño, Radios Mineras, empezaron en 1947 cuando los maestros que trabajaban en el distrito minero de las minas Cativi Siglo XX, instalaron Radio Sucre. La radio de los mineros, financiada por las contribuciones de los radioescuchas bajo la dirección del sindicato de mineros, se propagó después de la Revolución Boliviana de 1952 cuando el gobierno nacionalizó las minas, reformó la tenencia de la tierra y permitió el sufragio universal. En 1956 se había formado una Red de Radio Mineras con diecinueve emisoras de radio. En los años 80 y 90, se conformó la red de radios comunitarias del Pacífico Colombiano, impulsada por la CVC, en asociación con la Universidad del Valle; esta red la integró un importante número de pequeñas radioemisoras, articuladas por un movimiento de comunicación popular que incluía corresponsales en diferentes pequeñas poblaciones de la costa pacífica de ese país.

Características de los medios de comunicación

La **televisión**, con su alcance amplio y su atracción para las masas, brinda la oportunidad de incluir mensajes de salud mediante la transmisión de noticias, programas de entrevistas y programas dramáticos, como las telenovelas. Su transmisión audiovisual hace posible el atractivo emocional y facilita las demostraciones de conductas saludables. En la mayoría de los países de la Región, la televisión puede llegar a una audiencia urbana de bajos ingresos, que es probable que tengan limitaciones económicas para acudir a los servicios de salud en busca de ayuda.

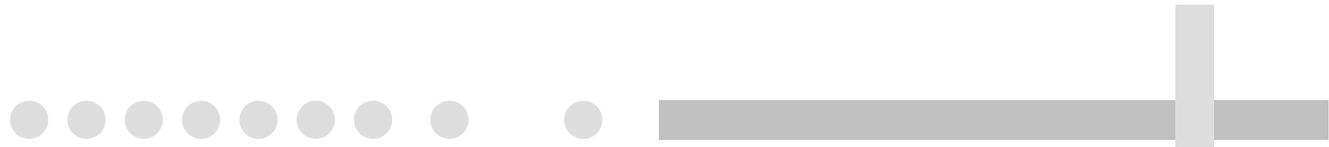
En la televisión, los programas musicales y los de concurso, así como los programas dramatizados (telenovelas y seriados) representan también oportunidades para llegar a la audiencia adolescente con mensajes orientados a promover y proteger su salud. Hay programas en la televisión dirigidos explícitamente a la audiencia juvenil, que se esfuerzan por recuperar sus lenguajes y códigos visuales y sonoros, trabajar sobre sus temas de interés y trabajar temas de actualidad desde la perspectiva de los jóvenes; generalmente los conductores o animadores de estos programas también son jóvenes.

Con las antenas parabólicas ubicadas en las Unidades Residenciales (Conjuntos Cerrados), o en las Comunas o Colonias o Barrios, que distribuyen la señal por cable a sus abonados se puede utilizar uno de los canales para emitir programas preparados por integrantes de las organizaciones comunitarias o instituciones oficiales o privadas del lugar. En Cali, Colombia, existe la experiencia de un Centro de Salud que transmite por este medio programas diversos sobre temas de la salud y el medio ambiente.

Los deportistas, actores y actrices de televisión, así como los cantantes y animadores de este mismo medio, son excelentes canales para llegar a los adolescentes, puesto que representan para ellos, por lo general, modelos a seguir y voces autorizadas. Los adolescentes los hacen sus "ídolos" y se interesan en saber qué comen, qué toman, cómo visten, cuáles son sus hábitos de recreación, descanso y convivencia.

Pero al mismo tiempo, la televisión presenta algunas desventajas: no es probable obtener una atención completa y los mensajes pueden resultar oscurecidos por "tandas" publicitarias. Además, es el medio más costoso para producción y distribución.

Adicionalmente, la proliferación de dramatizados y noticieros con escenas violentas, o de sexo explícito, muchas veces presentadas sin el debido contexto, representan, junto con muchos de los comerciales que emiten, una poderosa contracorriente a los esfuerzos que se pueden hacer en el mismo medio por estimular en los adolescentes hábitos



saludables. Este hecho se ve potenciado por la posibilidad cada vez más generalizada de acceder a programas televisivos de muy diversa calidad y temática, vía satélite o por cable. Este elemento ha multiplicado las posibilidades, pero también las amenazas o escollos para promover la salud y la protección de la misma en este medio de comunicación.

La **radio** provee una oportunidad para que la audiencia se involucre directamente mediante programas de llamadas, cada vez más populares en toda LAC. El mensaje auditivo de la radio permite que los mensajes sean menos intrusos, puede alcanzar audiencias que no utilizan el sistema de atención de salud en las ciudades y áreas rurales remotas. El consumo de la radio es generalmente pasivo, pero el intercambio con la audiencia es posible. Los programas de radio en vivo son muy flexibles y baratos.

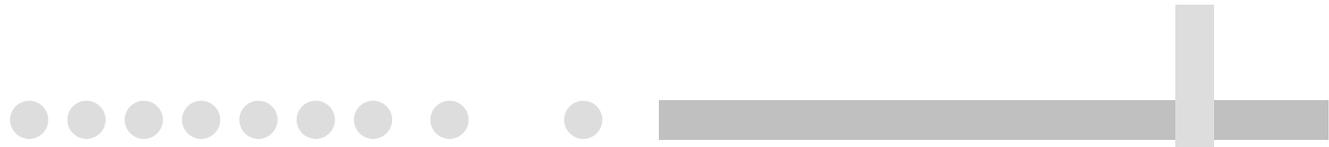
Las transmisiones deportivas, los programas musicales y los concursos radiales resultan también interesantes opciones para llegar a la audiencia adolescente. También en este medio hay locutores o conductores de programas cuya opinión tiene audiencia entre los jóvenes, estos personajes son una oportunidad valiosa para llegar a esta audiencia.

El **vídeo** es otra opción a considerar. En Cali, Colombia, hay varias experiencias de grupos de jóvenes que con equipos de vídeo de formato no profesional (y en algunos casos de formato profesional), producen sus propios noticieros locales y sus propios programas y los emiten a través de este medio. Esta opción resulta atractiva para los jóvenes, puesto que a la vez que les permite acercarse técnicamente a un medio tan cotidiano en la actualidad como lo es el vídeo, les posibilita expresar sus opiniones y aportarlas a la interpretación colectiva de hechos, noticias y procesos que se viven en sus comunidades, ganándose así un importante espacio en la misma.

El papel de la Iglesia Católica en las comunicaciones populares

La Iglesia Católica, bajo la influencia de las nuevas corrientes de pensamiento presentes en el Concilio Vaticano II y en el Sínodo de Obispos de Medellín (1968), fue un actor importante en muchas de las experiencias sobre medios de comunicación populares que surgieron por toda América Latina. En El Salvador, por ejemplo, gran parte del compromiso de la Iglesia hacia el cambio social se llevó a cabo mediante sus recursos de comunicación, tales como el periódico *Orientación* y la emisora de radio YSAX. Monseñor Arnulfo Romero, Arzobispo de San Salvador, utilizó los medios de comunicación de la Iglesia para contrarrestar los efectos de los medios comerciales de comunicación y promover el desarrollo económico, la toma política de conciencia y la solidaridad social entre su gente.

Las organizaciones religiosas sin fines de lucro, que operan en una escala mucho más reducida que los medios de comunicación comerciales privados o estatales, tuvieron tradicionalmente más éxito que los gobiernos en crear programas de comunicación para la educación y el desarrollo. Las radio-escuelas latinoamericanas son un ejemplo importante del éxito alcanzado por los programas de desarrollo producidos de forma privada por los medios de comunicación populares. Las radio-escuelas, operadas por organizaciones sin fines de lucro, generalmente bajo los auspicios de la Iglesia Católica, transmiten programas educativos por radio a grupos organizados bajo la dirección de un instructor.



Las **revistas** presentan muchas oportunidades para los mensajes de salud. Pueden explicar temas de salud más complejos con una transmisión de mensajes más objetiva, detallada y racional. La audiencia tiene la posibilidad de sacar recortes, releer y pensar en el material. Los lectores pueden pasar el material a otras personas y leerlo cuando les parezca conveniente. Sin embargo, las revistas en América Latina no llegan a gran parte de la audiencia que más necesita la información sobre salud porque son costosas y requieren saber leer. Sin embargo, otros formatos populares, como las "fotonovelas" y las tiras cómicas se han empleado con éxito en la Región para promover mensajes.

Los **periódicos** tienen muchas de las mismas ventajas y limitaciones de las revistas para la comunicación en salud. Llegan principalmente a los grupos urbanos, son costosos y requieren alfabetización. Al mismo tiempo, los periódicos pueden transmitir noticias sobre salud más a fondo que la televisión o la radio, y con más rapidez que las revistas. Las secciones especiales de información en salud pueden ser empleadas por más de un periódico en la Región. Finalmente, los periódicos locales pequeños, relacionados con las necesidades de la comunidad, proporcionan buenas oportunidades para la colocación de información en salud especialmente preparada.

La importancia de los medios populares de comunicación en la Región no implica que los medios de comunicación masivos sean menos importantes. En efecto, la radio y la televisión están generalizados y altamente desarrollados en todo LAC, como lo demuestran las cifras del siguiente cuadro. En 1990, la radio había logrado cerca del 100 por ciento de cobertura en la Región. Tiene una audiencia mayor que cualquier otro medio de comunicación. Sólo en Brasil, había más de 1.400 emisoras de radio, en su gran mayoría de propiedad privada y operadas comercialmente. En 1991, existían cerca de 164 millones de receptores de radio en América Latina, uno por cada 2,7 habitantes, y el número de televisores, que todavía no estaban introducidos en la década de los 50, había alcanzado 74 millones, uno por cada seis habitantes. Lo que estas cifras no expresan, sin embargo, es el hecho de que la gran mayoría de los medios de comunicación de masas rara vez se emplean en los programas de desarrollo en los campos de la educación, el desarrollo rural o la salud.

Número de receptores de radio y televisión por país (1997) por cada 1.000 habitantes		
<i>País</i>	<i>Receptores de radio</i>	<i>Televisores</i>
Argentina	681	223
Bahamas	739	230
Barbados	888	285
Belice	591	183
Bolivia	675	116
Brasil	434	223
Canadá	1.067	710
Chile	354	215
Colombia	524	115
Costa Rica	261	140
Cuba	352	239
Rep. Dom.	178	95
Ecuador	348	130
El Salvador	465	677
Guatemala	79	61
Haití	53	4.8
Honduras	410	94
Jamaica	483	183
México	329	272
Nicaragua	265	68
Panamá	299	187
Paraguay	182	101
Perú	273	126
St. Kitts/Nevis	701	264
Sta. Lucía	746	213
St. Vin./Granadinas	690	163
Trinidad y Tobago	533	333
EE.UU.	2.116	806
Uruguay	603	239
Vírgenes I (EE.UU.)	1.119	709
Vírgenes II (RU)	470	218
Venezuela	472	180

(Fuente: **Anuario Estadístico de la UNESCO, 1999**)



Etapa 3: Elaboración de materiales y pruebas preliminares

Terminada la planificación del programa, Ud. estará listo para producir mensajes y materiales para su programa. Este capítulo abarca lo siguiente:

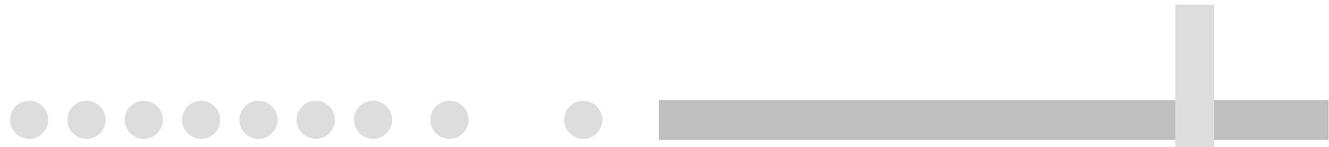
- *Elaboración de los conceptos del mensaje*
- *Prueba de los conceptos del mensaje y proyectos de materiales*
- *Consejos sobre la producción*
- *Contenido de los temas, incluyendo el atractivo del mensaje, el portavoz y consideraciones para audiencias de "difícil acceso" o audiencias especiales*

Si ha encontrado materiales apropiados para su programa, podrá saltarse o simplificar este proceso. Si no tiene la seguridad de que los materiales que ha encontrado sean apropiados—o piensa que necesita adecuarlos—puede pasar directamente a las pruebas preliminares.

Elabore y pruebe el contenido de los mensajes

Su declaración de estrategia de comunicación y la información que ha recopilado acerca de la audiencia seleccionada en la Etapa 1, conforman la base para elaborar los **conceptos del mensaje**. Estos conceptos del mensaje son sus mensajes en "primer borrador" y constituyen diferentes maneras de presentar la información a las audiencias seleccionadas. Puede necesitar preparar dos o más conceptos del mensaje empleando diferentes:

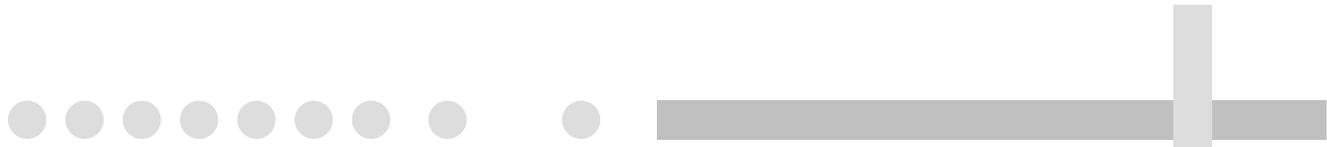
- **Géneros**—*humor, suspenso, informativo*
- **Portavoces**—*un líder juvenil, un trabajador de salud, un compañero, personalidades del deporte o del entretenimiento, adolescentes de la comunidad*
- **Técnicas**—*fotografías, gráficos, imágenes, testimonios*
- **Presentaciones**—*escrito, grabado en vivo, con música*



Materiales audiovisuales

Los materiales audiovisuales ofrecen una variedad de opciones de presentación, según los recursos disponibles, la audiencia seleccionada y el contenido del mensaje.

1. Demostración - el formato audiovisual es ideal para demostrar la conducta de salud, especialmente si se trata de habilidades que deben enseñarse, como el autoexamen para detectar el cáncer de mama.
2. Testimonios - un portavoz reconocible puede llamar la atención, por ejemplo, una estrella del deporte, una actriz o cantante popular entre adolescentes. El presentador más creíble y pertinente puede variar según las diferentes audiencias.
3. Escena de la vida cotidiana - una dramatización dentro de un entorno "cotidiano" puede ayudar a asociar a la audiencia con su mensaje. Una historia simple puede ser fácil para recordar; puede presentar el problema de salud y mostrar la solución en el marco de la vida cotidiana. Este estilo puede ser tanto creíble como memorable, pero también puede ser "trillado".
4. Dibujos animados - además de utilizarse para niños pequeños, los dibujos animados pueden ser atractivos para adolescentes y aun para adultos. Pueden emplearse los dibujos animados para demostrar acciones deseadas; también puede ser una buena elección para abordar temas abstractos o delicados, tales como el SIDA. Por ejemplo, una tira cómica sobre sexualidad sin riesgo.
5. Humor - puede ser memorable y efectivo, pero es difícil hacerlo bien. Para algunas audiencias o temas, el humor puede ser ofensivo: "La violencia no tiene gracia". La tradición de humor popular en la radio y televisión latinoamericanas son buenos ejemplos de cómo emplear el humor para atraer la atención de audiencias amplias y a menudo muy diferentes.
6. Emoción - puede hacer que un mensaje sea real y personal pero también puede causar rechazo. Los enfoques emotivos varían desde cálidos y preocupados hasta aquellos que infunden temor y que perturban. Pueden constituir elecciones de producción de "alto riesgo" y son culturalmente muy específicas. Estas opciones deben someterse a prueba con anterioridad ante diferentes audiencias.
7. Música - puede proporcionar un estado de ánimo que Ud. está tratando de crear, llegando a una audiencia amplia y de difícil acceso con su propio medio de expresión. Por ejemplo, la juventud marginal urbana. Se debe seleccionar bien el tema musical y dosificar bien su volumen, duración y los momentos en que debe aparecer, para evitar competir con el mensaje e inclusive superarlo, es decir que la atención y recuerdo de la audiencia sea mayor para la música que para el mensaje que Ud. pretendió transmitir.



¿Cómo percibe el público los mensajes de salud?

Pensar acerca de cómo percibe el público los mensajes de salud antes de elaborar los mensajes puede ayudar a garantizar que el público lea, vea, oiga y escuche la información que Ud. desea transmitir. Los factores que inciden en la aceptación pública de los mensajes de salud son culturalmente específicos y varían según género, escolaridad, edad y nivel de ingresos. Se ha realizado escasa investigación acerca de la percepción pública de los mensajes de salud en América Latina y el Caribe. Esta es un área donde será valioso empezar a recopilar información sistemática. Mientras se hace esto, puede ser útil considerar algunos de los factores que afectan a la aceptación pública de los mensajes de salud en EE.UU.

El riesgo para la salud es un concepto intangible. Muchas personas no comprenden el concepto del riesgo relativo, de modo que las decisiones personales pueden basarse en un razonamiento falso. Por ejemplo, el público tiende a sobrestimar el riesgo de accidentes de automóvil y de avión, los homicidios y otros sucesos que con mucha frecuencia ocupan las primeras planas y subestiman el riesgo de problemas de salud con menos valor de noticias, pero que son más comunes, tales como las ETS, el tabaquismo o el alcoholismo.

El público responde a soluciones fáciles. Es más probable que el público responda a un llamamiento a la acción si la acción es relativamente simple; por ejemplo, hacerse un análisis de sangre para chequear una posible anemia o hacerse una prueba de VIH. Es menos probable que actúe si el “precio” de esa acción es más elevado o si la acción es complicada, por ejemplo, abandonar el hábito de fumar para reducir el riesgo de cáncer. En consecuencia, cuando se aborda un tema complejo, debe recomendarse una acción intermedia; por ejemplo, pedir información.

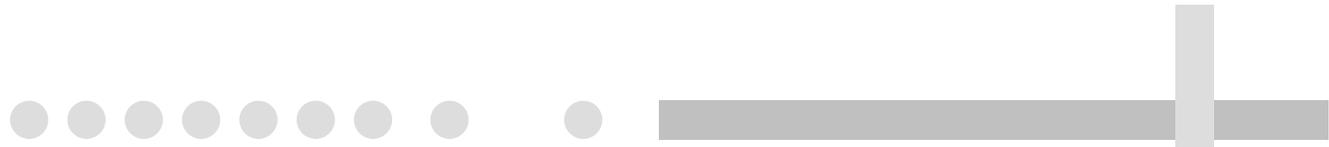
La gente quiere respuestas absolutas. Algunas personas no comprenden las probabilidades; desean tener información concreta con la que puedan tomar ciertas decisiones. En ausencia de respuestas firmes de un científico, los medios de comunicación, a veces, sacarán conclusiones inapropiadas, proporcionando al público información falsa pero que parece convincente y más fácil de aceptar y tratar. Ud. debe presentar su información cuidadosa y claramente tanto al público como a los medios de comunicación.

El público puede reaccionar desfavorablemente al temor. La información amenazante, que muchas veces no se puede evitar, puede conducir a la negación personal, niveles desproporcionados de histeria, ansiedad y sentimientos de impotencia. La preocupación y el temor pueden acentuarse por una lógica defectuosa y una mala interpretación, complicándose si no existen acciones inmediatas que la persona pueda tomar para reducir el riesgo.

El público duda de la veracidad de la ciencia. El público sabe que los científicos pueden estar equivocados y recuerda los incidentes en los que esto ocurrió.

El público tiene otras prioridades. Para muchas personas, la información de salud que es intangible no puede competir con problemas cotidianos más tangibles.

Las personas no se sienten personalmente susceptibles. El público tiene una fuerte tendencia a subestimar el riesgo personal. Una encuesta llevada a cabo en EE.UU. encontró que el 54 por ciento de los entrevistados creían que una enfermedad grave “no podía sucederles a ellos”, y consideraban que su riesgo era más bajo que el del público en general, independientemente de su riesgo verdadero.



El público tiene creencias contradictorias. Aunque una persona pueda creer que “eso no puede sucederme a mí”, puede creer que “todo causa cáncer” y, en consecuencia, “no hay manera de evitar el cáncer cuando le llega su hora” y por ello no hay necesidad de cambiar su conducta personal.

El público carece de orientación futura. La mayoría de los norteamericanos dicen que es mejor vivir en función del presente, que preocuparse acerca del mañana; les es difícil relacionarse con el concepto de futuro y con los mensajes de riesgo para la salud que vaticinan acontecimientos futuros.

El público personaliza la nueva información. La información nueva sobre riesgos se describe con frecuencia en función de su efecto sobre la sociedad. La persona necesita traducir esa información a nivel de riesgo personal para comprenderla; no traducir la información da lugar a malas interpretaciones y juicios erróneos, especialmente porque los análisis técnicos pueden ser incomprensibles para el público.

El público no comprende la ciencia. La terminología técnica y médica, las variables incluidas en el cálculo del riesgo y el hecho de que la ciencia no es estática sino que evoluciona y cambia en el curso del tiempo, son elementos poco entendidos por el público. En consecuencia, las personas carecen de las herramientas básicas requeridas para comprender e interpretar alguna información sobre salud.

Consideraciones para la construcción de mensajes

Tanto el canal como el propósito de comunicar información de salud influyen sobre el diseño del mensaje. La información puede diseñarse para transmitir nuevos hechos, alterar actitudes, cambiar la conducta o promover la participación en la toma de decisiones. Algunos de estos propósitos se superponen; a menudo, son progresivos. Es decir, para que la persuasión tenga efecto, el público debe recibir primero información, después entenderla, creerla, estar de acuerdo con ella y, luego, actuar en función de ella. Independientemente del propósito, los mensajes deben elaborarse teniendo en cuenta el resultado deseado. Los factores que ayudan a determinar la aceptación pública son, entre otros:

Claridad—Los mensajes deben transmitir claramente la información para asegurar que el público comprende el mensaje y limitar las posibilidades de malas interpretaciones o acciones inapropiadas. Los mensajes claros contienen un mínimo de términos técnicos/científicos/burocráticos, y eliminan la información que el público no requiere para tomar decisiones necesarias, tales como explicaciones detalladas innecesarias.

Uniformidad—En un mundo ideal, habría consenso científico sobre el significado de nuevos hallazgos en salud, y todos los mensajes sobre un tema específico serían uniformes. Lamentablemente, la uniformidad es a veces esquiva. Los expertos tienden a interpretar los nuevos datos de salud de modo diferente, haciendo difícil que haya consenso entre el gobierno, la industria, las instituciones de salud y los grupos de presión.

Puntos principales—Los puntos principales deben recalcarse, repetirse y nunca quedar ocultos detrás de información con menos importancia estratégica.

Tono y atractivo—Un mensaje debe reasegurar, alarmar, desafiar o ser directo, dependiendo del impacto deseado y la audiencia seleccionada. Los mensajes también deben ser veraces, sinceros, consistentes y tan completos como sea posible.

Credibilidad—El portavoz y la fuente de la información deben ser confiables y fidedignos.



Necesidad pública—Los mensajes deben basarse en lo que la audiencia seleccionada percibe como más importante para ella, en lo que desea conocer y no en lo que es más importante o más interesante para la institución que origina los mensajes.

El mensaje de salud debe redactarse considerando estos factores. Antes de la producción final, los mensajes deben someterse a una prueba previa con las audiencias seleccionadas y, en algunos casos, con los ejecutivos, para garantizar la comprensión del público y otras respuestas proyectadas.

Materiales impresos

Quizás Ud. decida producir un solo folleto, o quizás su programa y presupuesto requieran toda una gama de materiales, cada uno para un fin y audiencia seleccionada diferentes. Al decidir sobre los materiales impresos que va a producir, considere lo siguiente:

- Todos los mensajes del medio de comunicación que elija deben reforzarse entre sí y seguir la estrategia de comunicaciones.
- Independientemente de lo creativo, fuerte o maravilloso que sea un mensaje; si no se adapta a su concepción de la estrategia, a los objetivos y a la audiencia identificada, descártelo.
- Cualquier enfoque o estilo que haya elegido debe ser consonante con todos los elementos de la campaña. En los materiales impresos, emplee los mismos colores o colores compatibles, los mismos tipos de ilustraciones y la misma tipografía en toda la campaña. Si hay un logotipo del tema, empléelo en todos los materiales impresos y audiovisuales.
- Emplee ilustraciones para captar la atención y facilitar la comprensión y la memorización; asegúrese de que éstas refuerzan y no compiten con su mensaje. Utilice leyendas, titulares y declaraciones resumidas para reforzarlo aún más.
- Ud. debe considerar la información existente sobre el nivel y tipo de alfabetismo de la población a la cual dirigirá el material impreso, pues ello le ayudará a definir, entre otras cosas, la cantidad de texto que incluirá, el tamaño de la tipografía y cómo se debe distribuir y trabajar el material.
- Las gráficas y fotografías que incluya en su material deben ser de fácil comprensión para el público; Ud. debe verificar esto antes de hacer la impresión final del material.
- Si Ud. pretende que el material impreso sea usado intensivamente en terreno por el público al que lo dirigirá y aun que lo rayen y escriban sobre él, evite que el material le quede extremadamente bien acabado y bonito, al punto que parezca un ejemplar de colección y las personas teman dañarlo y prefieran conservarlo en su biblioteca.
- El tamaño o formato del material también debe ser considerado. Procure elaborar un material con un formato que por su tamaño sea cómodo y fácil de llevar, conservar y usar por su público.

Al considerar un tono o estilo específico para materiales audiovisuales o impresos, asegúrese de que tiene acceso a la pericia y presupuesto necesarios para producir y usar los materiales que ha elegido. Considere si el estilo mejorará o competirá con su mensaje. La sencillez, por lo general, es la mejor posibilidad de éxito.

Valores de producción

Independientemente del enfoque que elija, es necesaria una producción de alta calidad para que el mensaje funcione. Si piensa que tiene que escatimar en la producción, elija una manera más simple para presentar el mensaje. La producción de materiales de mala calidad desperdicia los fondos y puede perjudicar a la credibilidad de su programa.

Necesidad de someter a prueba la audiencia

Aunque piense haber elegido el estilo de presentación más conveniente para el mensaje y para la audiencia, debe someterlo a una prueba preliminar para asegurarse de que se adapta a su estrategia de comunicación y a sus objetivos.

Se han realizado muy pocas pruebas en LAC para la comunicación en salud, especialmente entre los grupos de ingresos más bajos que no constituyen el objetivo habitual de las campañas comerciales. Se sabe muy poco acerca de cómo o dónde consiguen información sobre la salud los adolescentes en LAC. La Región no cuenta con una rica experiencia sobre audiencias y sus reacciones como las que tienen otras regiones. Por este motivo, la **prueba de audiencia**, aun cuando ésta sea pequeña, es de gran importancia. Es importante también empezar a acumular información sobre qué tipos de contenido y atractivos son exitosos en la Región con los distintos grupos, para poner estos datos a disposición de otros programas de información de salud y crear maneras de establecer un centro de distribución de información sobre datos de audiencia y contenidos que han tenido éxito.

Someter a ensayo y pruebas preliminares los conceptos con la audiencia seleccionada puede:

- *Ayudar a identificar cuál de ellos tiene el mayor atractivo y potencial para surtir efecto*
- *Identificar nuevos conceptos*
- *Identificar términos o conceptos confusos*
- *Identificar el lenguaje utilizado por la audiencia seleccionada*
- *Ayudar a eliminar los conceptos más débiles y reducir costos de producción*

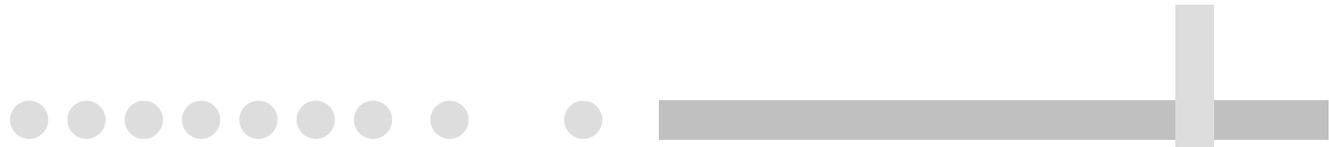


*Los jóvenes
deben recibir
información,
entenderla,
creerla, estar
de acuerdo con
ella y, por último,
actuar*



Consejos para elaborar anuncios de servicio público por televisión

- Mantener mensajes cortos y simples, con sólo uno o dos puntos clave.
- Tener la seguridad de que cada palabra surte efecto.
- Repetir el mensaje principal tantas veces como sea posible.
- Identificar el tema principal en los primeros 10 segundos para que capte la atención.
- Resumir y repetir el punto/mensaje principal al final.
- Recomendar acciones específicas.
- Demostrar el problema de salud, la conducta o las habilidades, si son relevantes.
- Proporcionar nueva información exacta y directa.
- Emplear un lema, tema musical o efecto de sonido memorable para ayudar a recordar.
- Asegurarse de que el presentador del mensaje es considerado una fuente confiable de información.
- Emplear pocos personajes.
- Elegir el enfoque apropiado.
- Hacer el mensaje comprensible con la mera presentación visual.
- Emplear atractivos positivos en lugar de negativos.
- Enfatizar tanto la solución como el problema.
- Evitar producir altos grados de temor a menos que el temor se resuelva fácilmente y el mensaje haya sido sometido a prueba.
- Asegurarse de que el mensaje, el lenguaje y el estilo se consideran relevantes y son apropiados para la audiencia proyectada.



Elabore proyectos de materiales

Basándose en los resultados de la **prueba de los conceptos del mensaje**, Ud. deseará refinar el enfoque más prometedor y producir **materiales en forma de proyecto o "borrador"**. Un diseñador gráfico o productor audiovisual proporcionará, con frecuencia, una versión de facsímil de un cartel del folleto o una cinta del anuncio radial para su revisión y aprobación. Los materiales en este formato deben someterse a prueba en esta instancia para: evaluar la comprensión; identificar los puntos fuertes y débiles; determinar la relevancia personal; y medir los elementos confusos, sensibles o polémicos.

Hacer las pruebas en la etapa conceptual ayuda a elegir el más fuerte de los distintos enfoques posibles para presentar su mensaje. Ahora, Ud. ha refinado el concepto más fuerte en lenguaje, estilo y formato que desea emplear. Se diseñan pruebas adicionales para consolidar el enfoque elegido antes de gastar los fondos de producción.

Debido a que la producción de materiales es una de las etapas más costosas en la elaboración del programa, tiene sentido someter a prueba los materiales antes de invertir en la producción final. Los borradores de materiales deben asemejarse al producto final tanto como sea posible, pero sin una producción costosa. Por ejemplo, los anuncios por radio pueden producirse en un entorno distinto de un estudio y con voces no profesionales para la prueba. Un anuncio de televisión puede someterse a prueba de forma provisional o con un boceto del vídeo con la voz grabada aparte. De igual manera, se pueden elaborar carteles y hojas volantes en forma de borrador para someterlos a prueba preliminar. Someta los gráficos a prueba preliminar con la audiencia seleccionada. Las personas interpretan los gráficos de diferente manera.

Pruebas preliminares: lo que pueden y no pueden hacer

Las pruebas preliminares de los borradores de materiales son un tipo de **evaluación formativa** utilizada para ayudar a garantizar que los materiales de comunicación funcionarán. Las pruebas preliminares se emplean para responder a preguntas acerca de si los materiales son: comprensibles; relevantes; llamativos y recordables; creíbles y aceptables para la audiencia seleccionada.

Estos son factores que pueden marcar una diferencia entre si los materiales darán o no resultado con grupos particulares; también implican juicios de valor sobre los otros entrevistados y su interpretación de lo que ellos quieren decir. La mayoría de las pruebas preliminares envuelven a pocas personas elegidas como representantes de las audiencias seleccionadas, y no una muestra estadísticamente válida en número y métodos de selección. La prueba preliminar es generalmente considerada como "investigación cualitativa", que puede interpretarse con laxitud para proporcionar indicios acerca de la aceptación y la orientación de la audiencia en lo referente a producción y uso de los materiales.

Pueden emplearse distintos procedimientos para probar los mensajes y los materiales. Los mejores métodos para un programa particular dependen de la naturaleza de los materiales, la audiencia seleccionada y la cantidad de tiempo y recursos disponibles para realizar las pruebas preliminares. No existe una fórmula para seleccionar una metodología para las pruebas preliminares; tampoco existe un método "perfecto". Los métodos deben seleccionarse y configurarse de forma que puedan adaptarse a cada requerimiento de prueba preliminar, considerando los objetivos y los recursos disponibles para cada proyecto.

Aquí se incluyen descripciones de algunos métodos usados con frecuencia para realizar pruebas preliminares de los conceptos de salud, mensajes y materiales. Además, se incluyen cuestionarios ilustrativos u otros formularios que se han elaborado para algunos de estos métodos a fin de que Ud. pueda adaptarlos. Cada método ofrece beneficios y limitaciones.

Los gráficos deben ser:

- Inmediatamente identificables
- Relevantes para el tema tratado y el lector
- Simples y poco densos
- Empleados para reforzar, no para competir con el texto

Trate de evitar:

- Las letras pequeñas
- Renglones demasiado largos o cortos
- Los grandes bloques de impresión
- Los márgenes justificados a la derecha
- Las fotografías que no se reproducen bien
- Diagramas técnicos



Prepare materiales impresos que sean fácilmente legibles

Escribir sobre la salud requiere a menudo el uso de lenguaje técnico. Sin embargo, la forma en que el mensaje se presenta—el estilo de redacción, el vocabulario, la tipografía, la disposición del texto, los gráficos y el color—puede favorecer que sea leído y comprendido.

El texto debe:

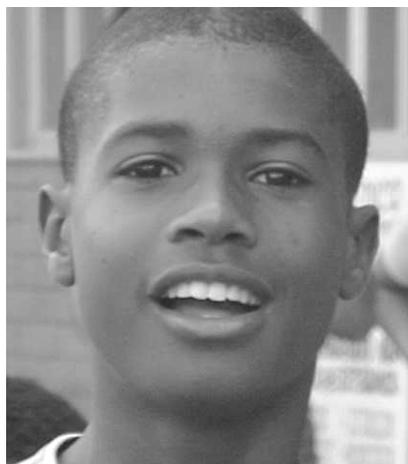
- Presentarse señalando el propósito para orientar al lector
- Resumirse al final para pasar revista de los puntos principales
- Presentarse en oraciones y párrafos cortos
- Dividirse con mensajes visuales para enfatizar los puntos clave y con topes (“bullets”) y subtítulos para reforzar los puntos importantes
- Escribirse en voz activa, no pasiva
- Subrayarse, escribirse en negrito o enmarcarse en cuadros para reforzarlo
- Clarificarse a prueba de legibilidad
- Someterse a prueba con la audiencia
- Explicarse, si fuera necesario, en un glosario

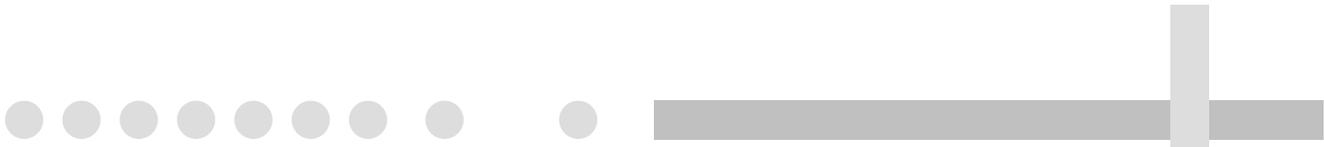
Trate de evitar:

- Jerga y términos o frases técnicas
- Abreviaturas y siglas

Una redacción clara es tan necesaria como un texto fácil de leer y gráficos que ayuden al lector a entender y recordar el mensaje.

A veces, el empleo de varios métodos combinados ayudará a superar las limitaciones de los procedimientos personales. Por ejemplo, puede recurrirse a entrevistas con grupos focales para identificar los temas y las inquietudes en relación con una audiencia particular, seguidas por entrevistas personales para discutir las inquietudes identificadas con mayor profundidad. La prueba de legibilidad debe emplearse como un primer paso en la prueba preliminar de los borradores de manuscritos, seguida por cuestionarios personales o entrevistas referidas a los materiales con personas de la audiencia seleccionada. Las entrevistas en lugares centrales o las pruebas teatrales de los mensajes para radio o televisión permiten establecer contacto con un mayor número de entrevistados de la audiencia seleccionada -- esto es particularmente útil antes de la producción final de los materiales. Después de describir los métodos de pruebas preliminares tiene lugar una discusión sobre cómo elegir el método más apropiado para una situación específica. *Nota: Una descripción pormenorizada de estos métodos se encuentra en los Apéndices de este manual.*

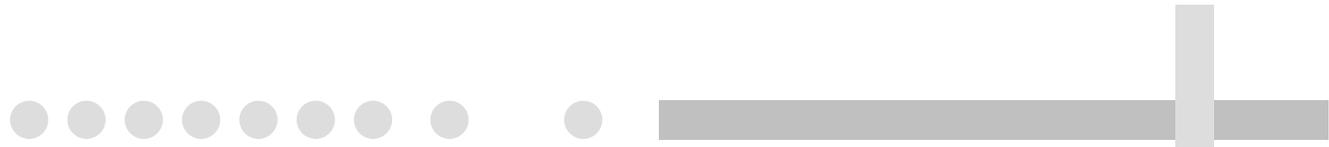




Emplear una persona famosa como portavoz

El empleo de la estrella adecuada para presentar su mensaje o representar su campaña puede ser una proposición apasionante. He aquí algunas consideraciones para pensar mientras toma la decisión:

1. Las personas célebres pueden ser eficaces si son asociadas por la audiencia directamente con su mensaje. Por ejemplo, un ex drogadicto, jóvenes embarazadas, un ex fumador o un ex pandillero.
2. Las personas célebres hablan por sí mismas y a través de su imagen; por lo tanto, hay que llegar a un acuerdo firme acerca de su función y lo que dirán y no dirán.
3. Las personas célebres pueden aumentar la atención de la audiencia y los intermediarios a su mensaje.
4. La aparición de una persona célebre puede competir con la atención dedicada a su mensaje.
5. Algunas audiencias quizás no reaccionen favorablemente a algunas personas célebres.
6. Asegúrese de que la persona célebre no tiene hábitos de salud o sostiene opiniones relacionadas con la salud que posteriormente podrían contradecir sus propios mensajes.
7. Recuerde que las personas célebres viven bajo el escrutinio público. Un cambio en su nivel de popularidad o estilo de vida personal podría afectar a la aceptación de su mensaje.
8. Una persona famosa local o una persona bien reconocida puede ser más creíble para algunas audiencias que una figura nacional.



Dada la naturaleza cualitativa de la mayoría de las encuestas para las pruebas preliminares, es importante reconocer sus limitaciones.

- Las pruebas preliminares no pueden predecir o garantizar totalmente el aprendizaje, la persuasión, el cambio de conducta u otras medidas o la eficacia de la comunicación.
- Las pruebas preliminares en la comunicación en salud rara vez son diseñadas para medir cuantitativamente las pequeñas diferencias que existen entre muestras grandes. No son estadísticamente precisas. No revelarán que el folleto A es 2,5 por ciento mejor que el folleto B.
- Las pruebas preliminares no sustituyen el juicio experimentado. Más bien, pueden proporcionar información adicional con base en la cual pueden adoptarse decisiones bien fundamentadas.

Es importante evitar el uso incorrecto de los resultados de las pruebas preliminares. Quizás el error más común es generalizar demasiado. Los métodos diagnósticos y cualitativos de pruebas preliminares no deben emplearse para estimar resultados en gran escala. Si 5 de los 10 entrevistados en una entrevista con grupos focales no comprenden porciones de un folleto, ello no significa necesariamente que el 50 por ciento del total de la población destinataria resultará confundida. La falta de comprensión entre los entrevistados de pruebas preliminares indica, sin embargo, que el folleto puede necesitar revisión para mejorar la comprensión. Las pruebas preliminares son indicativas, no proféticas.

Otro problema que surge en las pruebas preliminares de la comunicación en salud está relacionado con la interpretación de las reacciones de los entrevistados con respecto a un tema sensible o emocional, tal como el embarazo indeseado o las ETS o el SIDA. Los entrevistados pueden adoptar una postura inusualmente irracional al reaccionar ante tales materiales de pruebas preliminares y ocultar sus verdaderas inquietudes, opiniones y comportamiento. Como resultado, quien realiza la prueba preliminar debe examinar e interpretar cuidadosamente las respuestas.

Las pruebas preliminares presentan, al mismo tiempo, la oportunidad y la tentación de estructurar la prueba e interpretar los resultados para apoyar o justificar un punto de vista preconcebido. Es natural que se desee que los propios conceptos o mensajes favoritos sean aprobados, pero entonces no se necesita realizar la prueba a menos que Ud. esté dispuesto a considerar los resultados objetivamente.

La prueba preliminar no garantiza el éxito. Una buena planificación y una prueba preliminar viable pueden quedar anuladas por errores cometidos en la producción final. La copia de un volante que sale bien en la prueba preliminar puede resultar ineficaz a causa de una mala diagramación, de una tipografía poco legible y de ilustraciones inapropiadas.

Elaboración de materiales para audiencias especiales

Aunque cada audiencia seleccionada necesita una consideración especial hasta cierto punto, existen dos clases de audiencias que pueden requerir una planificación de mensajes y elaboración de materiales especiales:

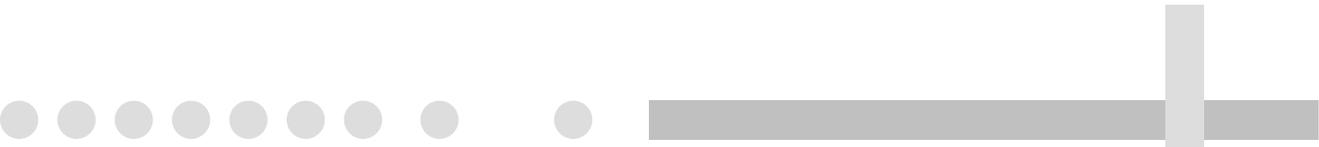
Las minorías étnicas y los pacientes

Minorías étnicas: La interacción con la audiencia seleccionada y con intermediarios familiarizados con ellos es especialmente importante al seleccionar minorías étnicas. Recuerde:

- El uso del lenguaje puede variar en diferentes grupos culturales.
- Las diferencias en las audiencias seleccionadas trascienden el idioma hasta abarcar una diversidad de costumbres.
- Diferentes clases de canales pueden ser creíbles y tener más posibilidad de llegar a audiencias minoritarias.
- El material impreso debe escribirse con sencillez y reforzarse con gráficos. Las personas perciben los gráficos en formas diferentes así como sus habilidades lingüísticas difieren.
- El material audiovisual y la comunicación interpersonal pueden tener más éxito para ciertos mensajes y audiencias.

Pacientes: Los pacientes y las familias que sufren un trastorno o enfermedad pueden necesitar diferente información y formatos diferentes en las distintas etapas de la enfermedad. Recuerde:

- No todos los pacientes son iguales y pueden no tener nada en común, excepto su enfermedad. En consecuencia, su interés en la información y la capacidad para comprenderla pueden variar.
- Pocos pacientes o miembros de la familia pueden absorber todo lo que necesitan saber de una sola vez y les puede parecer particularmente difícil absorber información en el momento del diagnóstico.
- Las necesidades de información de los pacientes pueden cambiar a medida que se adaptan emocionalmente a su enfermedad.



Ejemplos de qué pueden hacer las pruebas preliminares

- ***Evaluación de la comprensión***

La comprensión del mensaje de salud y de los materiales es una precondition esencial para la aceptación.

- ***Evaluación de la atención y la capacidad de recordar***

Los mensajes deben captar, en primer lugar, la atención de la audiencia para que funcionen. Estos mensajes rara vez se ven o escuchan en un ambiente aislado y deben competir con otros mensajes.

- ***Identificación de los puntos fuertes y débiles***

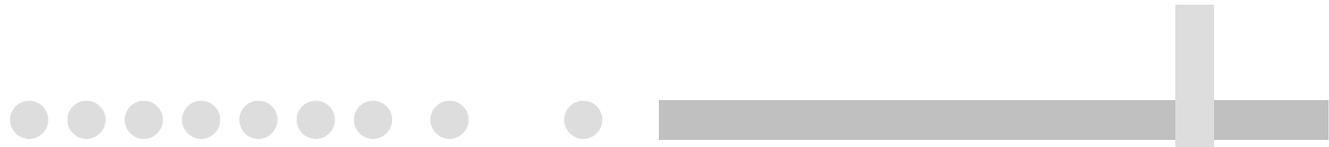
Significa asegurarse de que todos los elementos de los materiales tienen la probabilidad de funcionar con la audiencia seleccionada.

- ***Determinación de la relevancia personal***

Para que el mensaje tenga efecto, la audiencia debe comprender el problema, aceptar su importancia en su vida y estar de acuerdo con el valor que la solución tiene para ella.

- ***Medición de los elementos sensibles o polémicos***

Al desarrollar mensajes de salud a menudo surgen preguntas acerca de la sensibilidad de la audiencia para con el tema tratado. La prueba preliminar puede ayudar a predecir si los mensajes pueden enajenar u ofender a las audiencias seleccionadas.



Métodos para pruebas preliminares

A continuación se describen los métodos de prueba preliminar más frecuentes.

- *Cuestionarios autoadministrados*
- *Entrevistas de intercepción en un lugar central*
- *Entrevistas a grupos focales*
- *Prueba de legibilidad*
- *Revisión por los facilitadores*

A continuación de estas descripciones se encuentra un cuadro-resumen para ayudarlo a comparar las ventajas y desventajas de cada método.

1. Cuestionarios autoadministrados

Los cuestionarios autoadministrados:

- Permiten a los planificadores del programa obtener información detallada de entrevistados con los cuales quizás no sea posible celebrar entrevistas personales, por ejemplo, médicos o maestros.
- Permiten a los entrevistados mantener su anonimato y reconsiderar sus respuestas.
- No requieren tiempo de un entrevistador y, en consecuencia, pueden ser respondidos por muchos entrevistados a la vez con un costo relativamente bajo.

Por otro lado:

- Los cuestionarios autoadministrados requieren tiempo para localizar a los entrevistados y asegurar su cooperación, y requieren seguimiento para elevar las tasas de respuesta si las mismas se envían por correo.

Puede enviarse un cuestionario autoadministrado a los entrevistados junto con los materiales de pruebas preliminares. Se puede distribuir este formulario a los entrevistados reunidos en un lugar central y puede emplearse cuando no se puedan realizar entrevistas personales. Finalmente, es una técnica de prueba preliminar de bajo costo para las organizaciones con recursos mínimos.

Un cuestionario autoadministrado debe diseñarse y someterse a una prueba piloto con cinco a 10 entrevistados. Se pide a los entrevistados que revisen los materiales por su propia cuenta, que completen el cuestionario y, luego, que lo devuelvan dentro de un lapso determinado.

El cuestionario debe ser relativamente corto y claro ya que, de lo contrario, los entrevistados pueden no completarlo. Las instrucciones claras y concisas al entrevistado son importantes porque no hay entrevistador para hacer aclaraciones. Pueden emplearse



preguntas abiertas para evaluar la comprensión y las reacciones generales con respecto a los materiales, y **preguntas cerradas** para evaluar factores tales como la relevancia personal y la credibilidad del material. Las medidas de atención o de retención quizás no sean confiables cuando se emplean estas técnicas, ya que los entrevistados pueden consultar retrospectivamente el material. Los recursos se invierten principalmente en la elaboración de los cuestionarios y el análisis de los resultados. Estos últimos gastos pueden mantenerse al mínimo empleando muchas preguntas cerradas.

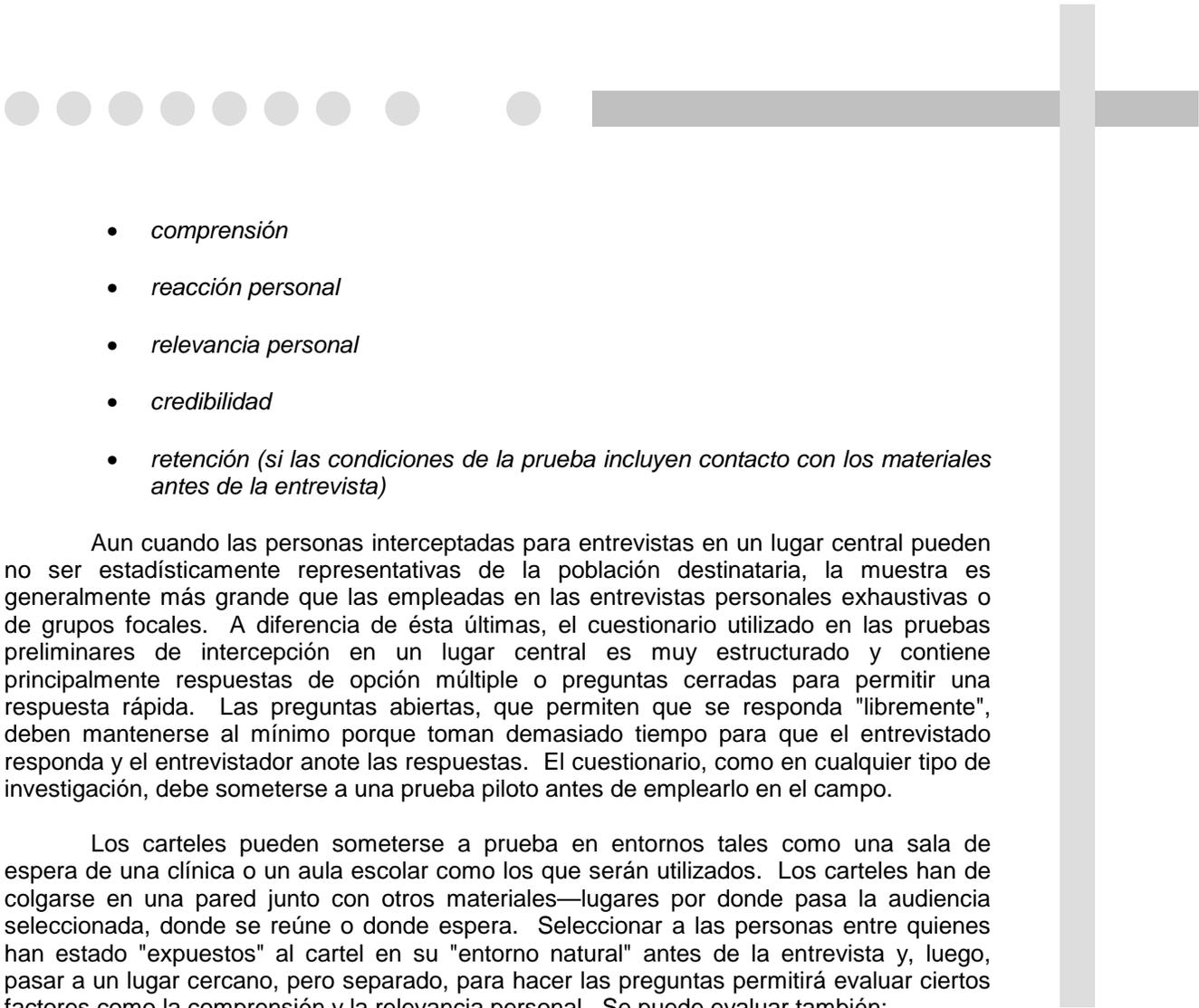
Los cuestionarios autoadministrados se emplean con frecuencia en Europa y América del Norte y también pueden emplearse en el Caribe de habla inglesa donde la tasa de alfabetización es elevada. En América Latina se emplean menos frecuentemente debido a varios problemas. El primero es el de la alfabetización. La audiencia seleccionada de los cuestionarios autoadministrados debe estar alfabetizada y ser capaz de leer y comprender las instrucciones del cuestionario. (Si sólo responden quienes saben leer, los resultados pueden resultar algo sesgados). El nivel de alfabetización no es necesariamente elevado en la audiencia seleccionada para programas de comunicación en salud. Para que los cuestionarios autoadministrados sean eficaces, el sistema postal debe poder garantizar la entrega inmediata, una limitación adicional para muchas áreas rurales y urbanas de la Región. Finalmente, los cuestionarios autoadministrados sufren una tasa mayor de rechazo que las entrevistas cara a cara y, a menudo, no pueden controlarse con una llamada telefónica debido a la falta de ese servicio en muchas áreas.

2. Entrevistas de intercepción en un lugar central (Apéndice C)

Las entrevistas de intercepción en un lugar central requieren situar a los entrevistadores en un punto frecuentado por personas de la audiencia seleccionada; para el caso de los adolescentes, serían sitios tales como una clínica de salud, una escuela, una piscina, una cancha para la práctica deportiva o una estación de ómnibus, y pedirles que participen en la prueba preliminar. Esto presenta dos ventajas:

- *Áreas con mucho tránsito pueden producir un buen número de entrevistas en un tiempo razonablemente corto*
- *Un lugar central para las audiencias seleccionadas de difícil acceso puede ser un medio costo-efectivo para recopilar información*

Una entrevista típica en un lugar central empieza con la intercepción. Se detiene a entrevistados potenciales y se les pregunta si desean participar. Luego, se hacen preguntas específicas para ver si reúnen los requisitos de los criterios de la audiencia seleccionada. En caso afirmativo, se les conduce al puesto de entrevistas, un lugar tranquilo, y se les muestran los materiales de la prueba preliminar y se les hacen preguntas. Las preguntas ayudan a evaluar lo siguiente:

- 
- *comprensión*
 - *reacción personal*
 - *relevancia personal*
 - *credibilidad*
 - *retención (si las condiciones de la prueba incluyen contacto con los materiales antes de la entrevista)*

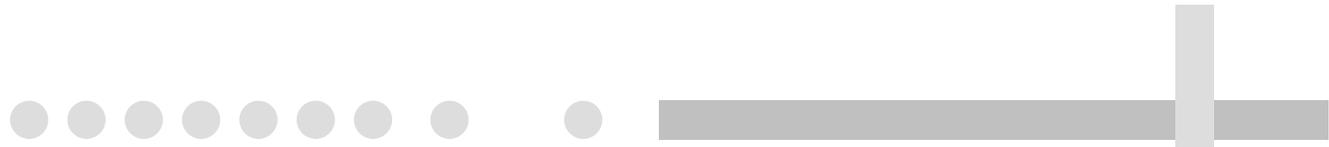
Aun cuando las personas interceptadas para entrevistas en un lugar central pueden no ser estadísticamente representativas de la población destinataria, la muestra es generalmente más grande que las empleadas en las entrevistas personales exhaustivas o de grupos focales. A diferencia de éstas últimas, el cuestionario utilizado en las pruebas preliminares de intercepción en un lugar central es muy estructurado y contiene principalmente respuestas de opción múltiple o preguntas cerradas para permitir una respuesta rápida. Las preguntas abiertas, que permiten que se responda "libremente", deben mantenerse al mínimo porque toman demasiado tiempo para que el entrevistado responda y el entrevistador anote las respuestas. El cuestionario, como en cualquier tipo de investigación, debe someterse a una prueba piloto antes de emplearlo en el campo.

Los carteles pueden someterse a prueba en entornos tales como una sala de espera de una clínica o un aula escolar como los que serán utilizados. Los carteles han de colgarse en una pared junto con otros materiales—lugares por donde pasa la audiencia seleccionada, donde se reúne o donde espera. Seleccionar a las personas entre quienes han estado "expuestos" al cartel en su "entorno natural" antes de la entrevista y, luego, pasar a un lugar cercano, pero separado, para hacer las preguntas permitirá evaluar ciertos factores como la comprensión y la relevancia personal. Se puede evaluar también:

- *Si el material capta la atención*
- *Si el entrevistado puede recordar los materiales cuando estuvo expuesto a ellos en un "entorno natural"*

La mayor ventaja del enfoque de intercepción en un lugar central es su costo-efectividad para entrevistar a un gran número de personas en poco tiempo. Dado que estas entrevistas están destinadas a proporcionar orientación (información cualitativa), la muestra sólo debe tener el tamaño suficiente para proporcionarle a Ud. respuestas a sus preguntas sobre la prueba preliminar. No se necesita un gran número de entrevistas. Si ha entrevistado a 50 personas, y la mayoría de ellas tienen la misma opinión acerca de sus materiales, quizás haya llegado el momento de terminar. Sin embargo, si hay diferencias o desacuerdos sustanciales entre los entrevistados, o si sus respuestas han planteado nuevas preguntas, deben realizarse entrevistas adicionales hasta que Ud. se sienta satisfecho de tener una orientación clara por parte de los entrevistados. Puede decidir revisar la prueba y quizás realizar una nueva prueba después de llevar a cabo un número menor de entrevistas si ve que se necesitan cambios.

Diseñar una prueba preliminar para intercepción en un lugar central puede resultar fácil. Unas cuantas preguntas sencillas: *¿Fuma? ¿Qué edad tiene? ¿Tiene hermanos de una edad similar a la suya?* pueden identificar rápidamente a entrevistados típicos de la



audiencia seleccionada en el punto de intercepción. Las preguntas para evaluar la comprensión y las percepciones de la audiencia seleccionada en relación con los materiales de la prueba preliminar constituyen el centro del cuestionario. Unas cuantas preguntas adicionales, adaptadas al tema o temas específicos, también pueden elaborarse para responder a las necesidades específicas de los planificadores del programa. La entrevista no ha de durar más de 15-20 minutos. Si ha de ser más larga, quizás sea necesario diseñar incentivos especiales para convencer al entrevistado de que siga con la entrevista. Por ejemplo, un pequeño obsequio, una gratificación o un llamamiento en cuanto a la importancia del tema y sus opiniones.

No recurra a las entrevistas de intercepción en un lugar central si las personas van a ser entrevistadas exhaustivamente o si se van a tratar temas emocionales o muy delicados. El enfoque de intercepción quizás no sea tampoco apropiado si hay probabilidad de que los entrevistados se muestren escépticos o pongan resistencia a iniciar la entrevista en el acto. Aun cuando toma tiempo organizar una cita, ésta puede ahorrar tiempo si los entrevistados no están dispuestos a cooperar en un lugar central.

3. Pruebas teatrales (Apéndice D)

Las pruebas teatrales se denominan así porque abarcan a un grupo grande de entrevistados en una habitación o entorno similar a un teatro donde deben reaccionar inmediatamente, por lo general, a materiales de audio o audiovisuales. En América del Norte y Europa, se emplean a menudo las pruebas teatrales para someter a prueba material comercial, y para evaluar cuál es la probabilidad de que la audiencia preste atención al mensaje y lo recuerde.

Las pruebas teatrales para programas de promoción de la salud en la Región han de emplearse con mejor probabilidad en entornos comunitarios, tales como una iglesia o un centro vecinal, para someter a prueba la comprensión de los materiales educativos con audiencias más pequeñas.

4. Entrevistas con grupos focales (Apéndice G)

Las entrevistas con grupos focales son una forma de investigación cualitativa adaptada de la terapia de grupo. Se emplean para obtener una comprensión de las percepciones, creencias y lenguaje de la audiencia seleccionada. Las entrevistas con grupos focales se realizan con grupos de ocho a diez personas. Empleando un esbozo de discusión, un moderador mantiene la sesión enfocada en el tema de interés y permite al mismo tiempo que los entrevistados se expresen libre y espontáneamente. A medida que surgen nuevos temas relacionados con el esbozo, el moderador indaga adicionalmente para conseguir apreciaciones útiles.

Las entrevistas con grupos focales son especialmente útiles en la etapa de elaboración conceptual del proceso de comunicación. Aclaran las creencias de la audiencia seleccionada en cuanto a un tema de salud, permiten a los planificadores del programa explorar las percepciones de los conceptos del mensaje y ayudan a desencadenar el pensamiento creativo de los profesionales en comunicación. La discusión en grupos estimula a los entrevistados a que hablen libremente, proporcionando indicios valiosos para elaborar materiales en el lenguaje propio de los consumidores y sugerencias sobre modificaciones o nuevas orientaciones.

Los grupos focales son especialmente apropiados para el programa de comunicación en salud para el Adolescente en América Latina debido a la falta de información sobre las creencias y actitudes de este grupo ante temas de su salud.



En las etapas de planificación de la formulación del programa, pueden emplearse grupos focales para elaborar hipótesis o ampliar los temas de estudio para estudios cuantitativos más grandes. Por ejemplo, las creencias y actitudes acerca del uso del condón entre las mujeres rurales adolescentes de ingresos más bajos. Los grupos focales también pueden ayudar a determinar las percepciones del público, las concepciones erróneas y las actitudes antes de elaborar un cuestionario y de realizar la investigación de campo.

Los grupos focales también pueden emplearse simultáneamente o después de finalizar una encuesta para complementar la investigación cuantitativa. La obtención de información exhaustiva de personajes típicos o de la audiencia seleccionada puede arrojar luz sobre el significado de los datos estadísticos o sobre las razones por las que ciertas personas responden de determinada manera.

Selección de los participantes:

Como sucede con todos los entrevistados, los que han sido seleccionados para los grupos focales han de ser típicos de la audiencia seleccionada. Diversos subgrupos dentro de la audiencia seleccionada pueden estar representados en discusiones de grupo separadas, especialmente al tratar temas delicados o emocionales. El dividir a los entrevistados por edad, sexo, raza o cualquier otra variable puede facilitar la libertad de expresión. Es menos probable que las adolescentes se sientan cohibidas al discutir la actividad sexual, por ejemplo, si sus padres o adolescentes del sexo masculino no forman parte del grupo.

Los entrevistados se reclutan de una a tres semanas antes de la sesión de entrevistas. Estos pueden reclutarse entre los miembros de una escuela o colegio, de un grupo juvenil, del lugar de recreación habitual de los adolescentes o de otra fuente. No se requiere reclutamiento "aleatorio" de los entrevistados porque los resultados de la investigación en grupos focales no están concebidos para ser estadísticamente representativos.

Criterios para realizar entrevistas con grupos focales:

En condiciones ideales, los entrevistados no deben conocer con antelación el tema específico de la sesión, de la misma forma que no deben conocerse entre ellos. Conocer el tema puede dar lugar a que los entrevistados formulen ideas con antelación y no hablen espontáneamente acerca del tema durante la sesión. El conocer a otros entrevistados puede cohibirlos y no permitirles hablar con libertad. Finalmente, todos los entrevistados deben ser relativamente "nuevos" para las entrevistas de grupos focales. Esto permite más espontaneidad en las reacciones y elimina el problema de los entrevistados "profesionales" que pueden dirigir o monopolizar la discusión.

No hay regla fija acerca del número de grupos focales que deben convocarse. Si las percepciones de las audiencias seleccionadas parecen ser comparables después de unos cuantos grupos focales, quizás no obtenga más información realizando sesiones adicionales. Si varían las percepciones, y la orientación para la elaboración de mensajes es poco clara, quizás resulten beneficiosos encuentros adicionales. En este caso, las revisiones en el esbozo de discusión después de varias sesiones pueden ayudar a aclarar temas no resueltos en las sesiones adicionales.



El moderador:

Ha de emplearse un moderador experimentado y capaz, que pueda manejar hábilmente el proceso grupal. El moderador no necesita ser un experto en la materia tratada. Un buen moderador crea vínculos e infunde confianza y ha de someter a prueba a los entrevistados sin reaccionar ante ellos o influir en sus opiniones. Debe estar en condiciones de dirigir la discusión y no dejarse llevar por el grupo, tiene que recalcar que no existen respuestas correctas o incorrectas a las preguntas planteadas. Un buen moderador entiende el proceso de obtener comentarios, mantiene la discusión en su cauce y aclara que no es un especialista en el tema. Será necesario realizar un ensayo con el moderador para señalar qué tema o inquietud se desea recalcar o tratar en más profundidad.

Interpretación de los resultados:

Los resultados de las entrevistas con grupos focales deben interpretarse cuidadosamente. Debe buscar tendencias y modelos en las percepciones de las audiencias seleccionadas más que sólo un resumen de la discusión. (Quizás desee tomar notas, o grabar en cassette o vídeo la sesión para volverla a escuchar o mirar más tarde).

La discusión en grupo no debe emplearse cuando se necesitan respuestas personales o información cuantitativa. Por ejemplo, al evaluar la copia final de un folleto, es más importante recopilar reacciones de la persona en vez de reacciones del grupo para explorar la comprensión real de la persona, sus percepciones y el uso potencial del material. Sin embargo, cada participante puede llenar los cuestionarios autoadministrados antes de empezar una discusión en grupo para combinar reacciones personales y del grupo.

5. Prueba de legibilidad

Los materiales de información sobre salud, tales como folletos, hojas volantes, carteles y artículos de revista, están diseñados para grupos seleccionados distintos; una prueba de legibilidad indicará si un texto impreso está escrito a un nivel que la mayor parte de la audiencia pueda comprender. Las fórmulas de legibilidad emplean recuentos de variables lingüísticas, tales como longitud de palabras y oraciones.

La "prueba de legibilidad" predice simplemente el nivel educativo aproximado que una persona ha de tener para comprender los materiales escritos. Es una técnica o prueba empleada más a menudo en los países con altos niveles de alfabetización y educación. Evaluar la legibilidad de un folleto u otro mensaje impreso no garantizará su efectividad y no es en lo más mínimo un indicador absoluto de éxito. La prueba de legibilidad es probablemente menos útil en LAC que en EE.UU. y Canadá porque los programas de promoción de la salud se dirigirán en general a los niveles de bajos ingresos y, en consecuencia, rara vez emplearán textos complejos o relativamente complejos, y esto, si emplean algún texto.



6. Revisión por los *gatekeepers* (Apéndice H)

A menudo, los materiales educativos para el público y los pacientes se dirigen a sus audiencias seleccionadas a través de profesionales de la salud u otros intermediarios, tales como las organizaciones que pueden comunicarse por Ud. con sus miembros. Estos intermediarios actúan como *gatekeepers* o facilitadores que controlan los canales de distribución para llegar a sus audiencias seleccionadas. Su aprobación o desaprobación de los materiales puede ser un factor crítico en el éxito de un programa. Si no les agrada un cartel o un folleto, o piensan que no es confiable o científicamente exacto, quizás éste nunca llegue a la audiencia a la que se intenta alcanzar. Además, al estar en contacto más estrecho que Ud. con la audiencia seleccionada, pueden proporcionar buen asesoramiento acerca de si la audiencia aceptará los materiales.

Aun cuando no es una técnica de prueba preliminar en el sentido más estricto de la palabra, la revisión de los materiales en borrador por los *gatekeepers* es importante y ha de considerarse como parte del proceso de evaluación formativa. No es un sustituto de la prueba preliminar de materiales con representantes de la audiencia seleccionada. Tampoco es un sustituto de la obtención de aprobaciones o revisiones realizadas por expertos para comprobar la exactitud técnica; estas etapas deben cumplirse antes de realizarse la prueba preliminar. A veces, informar al *gatekeeper* que los expertos técnicos han revisado la exactitud de los materiales puede tranquilizar y acelerar la aprobación del *gatekeeper*.

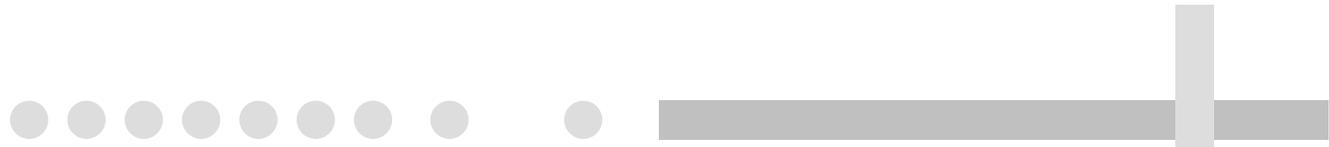
Las revisiones de los *gatekeepers* pueden realizarse simultáneamente con las pruebas preliminares de la audiencia seleccionada de modo que los datos de ambos grupos pueden recopilarse, analizarse y sintetizarse para orientar la revisión de los materiales. En resumen, el cuestionario autoadministrado puede dirigirse a una muestra intencional de personas que representen a la población de *gatekeepers*. Las preguntas deben incluir reacciones generales ante los materiales y evaluaciones sobre si la información es útil y exacta.

En otros casos, puede no haber cuestionario formal sino una conversación telefónica o personal o una reunión para revisar y comentar los materiales. En estos casos, Ud. debe considerar por adelantado qué tipo de preguntas desea hacer en la reunión o entrevista y si necesita o no la aprobación formal de los materiales. Una discusión con los *gatekeepers* en este momento también puede emplearse para presentarles su programa y solicitar su participación en una variedad de formas más allá de la elaboración de los materiales.

Determine qué y cuándo se va a probar

La investigación cualitativa ha de realizarse en las etapas iniciales de la elaboración del programa antes de que se hayan asignado todos los fondos para la producción de materiales y los mensajes todavía puedan cambiarse. La prueba puede resultar útil en la etapa de elaboración conceptual, una vez que las audiencias y las estrategias de comunicación hayan sido determinadas y antes de elaborar el mensaje. Explorar la audiencia seleccionada en esta etapa, con más frecuencia mediante discusiones con grupos focales, puede ayudar a determinar los atractivos del mensaje, el portavoz y el lenguaje apropiados, por ejemplo, crear debate frente a presentar hechos, presentar a un científico, a un funcionario público o a un miembro de la audiencia seleccionada.

Al someter a prueba los materiales redactados con anterioridad a la producción final se pueden identificar errores antes de gastar los fondos asignados en la producción final y, especialmente, antes de emplear los materiales con las audiencias seleccionadas. Los



materiales informativos terminados se someten a prueba a veces antes de empezar una nueva fase de un programa preexistente.

Las respuestas de investigación cualitativa no pueden considerarse representativas del público o proyectables a la población como un todo. Si se requieren datos proyectivos, deben utilizarse metodologías más formales. Sin embargo, para la mayor parte de los objetivos de la prueba preliminar, los métodos cualitativos pueden resultar más valiosos porque arrojan luz sobre el pensamiento y razones para actitudes o malentendidos que son vitales para ayudar a refinar los mensajes y los materiales.

Puede emplearse una combinación de métodos para evaluar la credibilidad, relevancia personal, aceptabilidad y otros puntos fuertes y débiles. Los métodos deben seleccionarse para responder al propósito de la prueba, la sensibilidad del tema y los recursos disponibles para la prueba. Una investigación adecuada es especialmente importante al elaborar mensajes delicados o potencialmente intimidantes, mensajes que presentan información compleja, nueva información o al diseñar un nuevo

programa. En estos casos, la prueba preliminar puede revelar problemas potenciales, pero ha de estructurarse, llevarse a cabo y analizarse cuidadosamente.

Al decidir cuándo, cómo y si ha de emplear los métodos de prueba preliminar en la elaboración de su programa, considere:

- **¿Cuánto sabe acerca de la audiencia seleccionada?**
- **¿Cuánto sabe acerca de ellos en relación con el tema de salud de adolescentes?**
- **¿Cuán nuevo, polémico, delicado o complejo es el tema?**
- **¿Qué investigación relacionada puede aplicarse al tema?**

Planifique y realice las pruebas preliminares

El nivel de esfuerzo y de recursos de personal requerido puede variar considerablemente de una prueba preliminar a la siguiente. La mayoría de las pruebas preliminares se realizan con muestras reducidas que constan de entrevistados que son típicos de la audiencia seleccionada y fácilmente accesibles. Estos resultados, combinados con su juicio profesional, proporcionan una orientación importante para mejorar los mensajes y materiales.

Esta sección proporciona sugerencias prácticas sobre la manera de planificar y ejecutar las pruebas preliminares. Estas sugerencias le ayudarán a reducir el tiempo y los costos inherentes si Ud. realiza las pruebas preliminares personalmente o trabaja con otra organización.



Diseño del cuestionario

Como en la etapa de planificación del desarrollo del programa, un primer paso en la planificación de una prueba preliminar es formular los objetivos de la investigación. Estos objetivos deben establecerse específicamente para proporcionar una comprensión clara de lo que se desea aprender. Las medidas de atención, comprensión, credibilidad y relevancia personal son fundamentales. Otras preguntas específicas también deben formularse para identificar los puntos fuertes y débiles en los mensajes en bruto y en los materiales, basándose en los objetivos de la prueba preliminar. No deben hacerse preguntas sólo para satisfacer la curiosidad de alguien.

Reclutamiento de los entrevistados

Una pequeña donación puede motivar a los miembros de organizaciones religiosas, escolares o vecinales a participar en la prueba preliminar. A menudo se recurre a un incentivo para ayudar a garantizar que los entrevistados participen en una prueba preliminar. Pequeñas cantidades de dinero, donaciones, entradas para el cine o una cena gratuita, pueden ofrecerse como incentivos. Es sensato reclutar a más personas que las que realmente se necesitan, ya que a menudo entrevistados que aceptan participar no se presentan. Si todos los participantes se presentaran, éstos han de incluirse en la prueba preliminar, o se debe informar a los entrevistados adicionales que hay demasiados candidatos presentes, darles el incentivo acordado, agradecerles y pedirles que se retiren.

Otras maneras de aumentar la participación son las siguientes: programar la prueba preliminar a una hora que sea más conveniente para los entrevistados; elegir un lugar seguro y conveniente, proporcionando medios de transporte si fuera necesario.

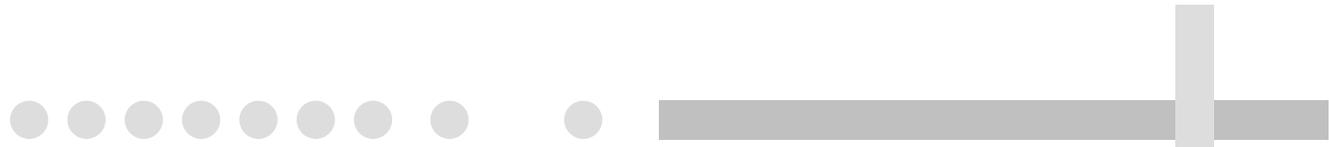
Identificación de los entrevistados

Emplee entrevistadores adiestrados siempre que sea posible. Esto es esencial para los grupos focales y entrevistas en profundidad. Las universidades, los centros de investigación en ciencias sociales y las agencias de publicidad locales pueden ayudar a identificar buenos entrevistadores.

Existen varias maneras de mantener bajos los costos de la prueba preliminar:

- Mantenga el cuestionario corto y preciso
- Trate de emplear tantas respuestas cerradas o de opción múltiple como sea posible
- Trate de elaborar códigos para cuantificar las respuestas con antelación a preguntas abiertas
- Siempre que sea posible, tome preguntas de otras investigaciones de pruebas preliminares (se presentan cuestionarios ilustrativos en el apéndice a modo de recurso)

Para realizar entrevistas en un lugar central, la universidad o las escuelas de comercialización, de comunicación o de educación para la salud de la universidad podrían proporcionar entrenamiento para entrevistadores y entrevistadores estudiantes. Los estudiantes en estas escuelas reciben entrenamiento en métodos de investigación y la prueba preliminar puede darles la oportunidad de desarrollar sus habilidades.



Instalaciones

Las instalaciones de la prueba preliminar han de ser silenciosas y confortables. Pueden utilizarse salas de reunión en las iglesias u otras organizaciones comunitarias para dirigir grupos focales o entrevistas personales en profundidad.

Métodos de prueba preliminar: Resumen

1. Personales

a. Cuestionarios autoadministrados

Fin: Obtener reacciones personales sobre los proyectos de materiales.

Aplicación: Materiales impresos o audiovisuales.

No. de entrevistados: Suficiente como para ver el patrón de respuesta (se requiere un mínimo de diez; 10-20 sería ideal).

Recursos requeridos: Lista de entrevistados, proyectos de materiales, cuestionario, grabadora de audio o vídeo cinta para material audiovisual.

Ventajas: Bajo costo; no requieren tiempo de personal para interactuar con los entrevistados; pueden ser anónimos; pueden llegar a los hogares, a poblaciones rurales y otros grupos de difícil acceso; son fáciles y rápidos para completar.

Desventajas: La tasa de respuestas puede ser baja; si se envían por correo, pueden requerir seguimiento; la recepción de suficientes respuestas puede tomar un tiempo largo; los entrevistados se autoseleccionan; no se controla la exposición a los materiales; los materiales pueden no ser apropiados si el grupo tiene aptitudes de redacción limitadas.

b. Entrevistas personales (por teléfono o en persona)

Fin: Probar las respuestas y creencias de la persona; tratar la gama de temas.

Aplicación: Elaborar hipótesis, mensajes, estrategias potencialmente motivadoras, tratar temas delicados o proyectos de materiales complejos.

Número de entrevistados: Un mínimo de diez por tipo de entrevistado.

Recursos requeridos: Lista de entrevistados, guía/cuestionario de debate, entrevistador entrenado, teléfono o habitación tranquila, grabadora.

Ventajas: Las respuestas detalladas pueden diferir de la primera respuesta; permiten someter a prueba materiales delicados o emocionales, o materiales más complejos y/o largos; permiten aprender más acerca de los grupos de difícil acceso; pueden emplearse con personas que tienen conocimientos limitados de lectura y escritura.

Desventajas: Lentos para dirigir y/o analizar, costosos y quizás no lleguen a arrojar una conclusión o consenso más firmes.

Métodos de prueba preliminar: Resumen

c. Entrevistas de intercepción en un lugar central

Fin: Obtener información más cualitativa acerca de materiales y/o mensajes.

Aplicación: Amplia, incluyendo conceptos, impresos y materiales audiovisuales.

Número de entrevistados: Suficiente como para establecer patrones de respuesta (entre 60-100 por tipo).

Recursos requeridos: Cuestionarios estructurados, entrevistadores entrenados, acceso al lugar, sala u otro sitio para entrevistar, grabadora o vídeo cinta para los materiales audiovisuales.

Ventajas: Se puede realizar rápidamente un gran número de entrevistas; proporcionan información confiable para la toma de decisiones; se pueden someter a prueba muchas clases de materiales; las preguntas cerradas pueden analizarse con rapidez.

Desventajas: Entrevistas cortas; se necesita incentivo y/o persuasión durante más tiempo; no se pueden comprobar; no se pueden tratar temas delicados; la muestra está restringida a las personas que están en el lugar; los entrevistados que optan por cooperar pueden no ser representativos.

2. En grupo

a. Entrevistas a grupos focales

Fin: Obtener información en profundidad acerca de las creencias, percepciones, lenguaje, intereses, inquietudes.

Aplicación: Conceptos y temas generales, materiales audiovisuales o materiales impresos, logotipos y/u otro material artístico.

Número de entrevistados: 8-12 por grupo, un mínimo de 2 grupos por tipo de entrevistado.

Recursos requeridos: Esbozo de discusión, moderador entrenado, lista de entrevistados, sala de reuniones, grabadora, vídeo cinta para materiales audiovisuales.

Ventajas: La interacción en grupo y duración de la discusión permiten obtener una respuesta en profundidad; permiten tratar los conceptos antes de elaborar los materiales; permiten recopilar más opiniones de una sola vez; permiten completar la tarea con los grupos y analizarla rápidamente; se pueden abarcar múltiples temas.

Desventajas: Muy pocos entrevistados para lograr consenso o tomar decisiones; ninguna respuesta personal (influencia grupal), a menos de que se combinen con otros métodos; pueden ser costosas; los entrevistados que optan por asistir pueden no ser representativos de la población destinataria.

Métodos de prueba preliminar: Resumen

b. Pruebas teatrales

Fin: Someter a prueba los materiales audiovisuales con muchos entrevistados a la vez.

Aplicación: Pruebas preliminares de materiales de audio o audiovisuales.

Número de entrevistados: Suficiente para establecer un patrón de respuesta (entre 60-100 por tipo).

Recursos: Lista de entrevistados, cuestionario, sala de reuniones, equipo audiovisual.

Ventajas: Se pueden realizar pruebas con muchos entrevistados al mismo tiempo, una muestra grande puede ser más productiva; pueden resultar económicas; se pueden analizar rápidamente.

Desventajas: Pocas preguntas abiertas posibles; pueden requerir una preparación más compleja; pueden resultar costosas si se requieren incentivos.

3. No participativas

Pruebas de legibilidad

Fin: Evaluar las habilidades de comprensión de lectura requeridas para entender los materiales impresos.

Aplicación: Materiales impresos.

Número de entrevistados: Ninguno.

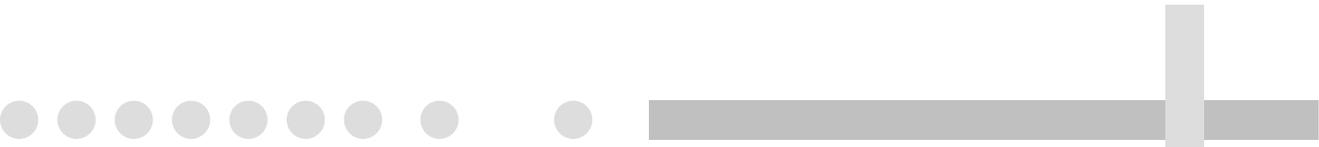
Recursos requeridos: Fórmula de legibilidad; 15 minutos.

Ventajas: Económicas, rápidas.

Desventajas: No son predictivas; no toman en cuenta terminología de salud; no existe reacción de la audiencia seleccionada.

Conseguir ayuda

Existen muchos recursos para obtener ayuda profesional para las pruebas preliminares. El profesorado en las escuelas universitarias de comercialización, comunicaciones, salud, educación, psicología o sociología puede contribuir en el diseño y realización de las pruebas preliminares. Las compañías de investigación en comercialización que se especializan en el reclutamiento de entrevistados, entrevistas, tabulación y otros servicios pueden estar dispuestas a proporcionar instalaciones para realizar sesiones de grupo y otras técnicas.



Resumen

Para obtener resultados útiles, una prueba preliminar debe planificarse cuidadosamente. Debe asignarse bastante tiempo para:

- *Contratar compañías de investigación, si fuera necesario*
- *Concertar la disponibilidad de las instalaciones requeridas*
- *Elaborar y someter a prueba el cuestionario*
- *Reclutar entrevistadores y entrevistados*
- *Recopilar los datos*
- *Analizar los resultados*
- *Hacer las modificaciones apropiadas en los mensajes o materiales*
- *Someter el material nuevamente a prueba preliminar, cuando sea necesario*

Una prueba preliminar adecuada debe comprender:

- *Definición cuidadosa de la audiencia seleccionada*
- *Reclutamiento de personas de dicha audiencia*
- *Consideración de las pruebas con "facilitadores" o intermediarios*
- *Definición del propósito de los materiales antes de elaborar los cuestionarios*
- *Ubicación de un entrevistador y un intérprete entrenados para algunas pruebas*
- *Evaluación cuidadosa de los resultados*
- *Considerar el empleo de una combinación de métodos para ajustar la prueba preliminar a sus necesidades*

Sin una planificación adecuada, la prueba preliminar quizás no responda a su propósito proyectado —mejorar sus mensajes y materiales. En cambio, podría convertirse en una investigación costosa con poca o ninguna utilidad.



Pretextos para evitar la prueba preliminar

No tengo tiempo o dinero

La prueba preliminar debe incluirse como una etapa en el proceso de elaboración de su programa desde el comienzo. El tiempo y los recursos para la prueba preliminar y para cualquier modificación que puede ser necesaria como resultado de la prueba preliminar deben formar parte de los planes de su proyecto. De otro modo, quizás no tenga los fondos y su jefe quizás perciba el tiempo asignado a la prueba preliminar y a modificar los materiales como un retraso en la producción en lugar de una señal de elaboración cuidadosa del programa.

Mi jefe no apoyará la prueba preliminar

Emplee la información de este manual para convencerlo de que la prueba preliminar es necesaria. Unos materiales hermosos y un diseño elegante del programa no pueden garantizar la atención, comprensión e identificación de la audiencia señalada con respecto a sus mensajes. Es más económico determinar si los materiales tienen una posibilidad de dar resultado antes de producirlos que tener que comenzar de nuevo posteriormente, o tener un programa fracasado.

Puedo ver la diferencia entre materiales buenos y malos; no necesito la prueba preliminar

Mucha gente ha dicho esto durante años, y sólo han constatado que estaban equivocados. Su entrenamiento y experiencia son credenciales esenciales pero, ¿está seguro de que puede reaccionar objetivamente a los materiales que ha elaborado o de los que es responsable? ¿Puede asumir realmente el rol de alguien que es diferente a Ud. y ver sus materiales con los ojos de esa persona? ¿Puede defender su decisión ante quienes no están de acuerdo con ella sin pruebas objetivas?

Nuestro artista/productor dice que la prueba preliminar no puede emplearse para juzgar la creatividad

El equipo gráfico, dibujantes y escritores creativos pueden ser sensibles a la crítica de los no profesionales, incluida la audiencia seleccionada. Explicar el propósito de la prueba preliminar o hacerles participar en el proceso de la prueba preliminar puede ayudarles a comprender y apreciar el proceso. Debe explicarles que está probando todos los elementos de la comunicación, las estrategias, el mensaje y la presentación, no meramente el trabajo de ellos. Se juzgarán todos los elementos en lo referente a su contribución al trabajo. Al someter a prueba conceptos creativos alternativos, puede orientar al personal creativo, sin decirles que su trabajo "falló".

Métodos didácticos

Inventario de técnicas educativas*

Técnicas	Ventajas	Desventajas	Sugerencias
1. Charlas	Relativamente simple de organizar. Se puede usar con grupos grandes. Despierta interés público y curiosidad. Se puede usar diversos oradores.	La participación pasiva de audiencia. Difícil de contar con buenos charlistas. Difícil de medir el aprendizaje. Aburrimiento puede causar deserción. La audiencia no tiene la oportunidad de clarificar dudas.	Distribuya hojas de resumen, si es posible. Ilustre usando pizarrón y otras ayudas visuales. Siempre deje tiempo para preguntas y discusión al final de la charla.
2. Sociodramas (juegos de simulación)	Estimula una amplia participación. Temas conflictivos pueden tratarse en un ambiente relajado. Pueden ser presentados y apreciados diversos puntos de vista sobre un tema. Por lo general, es agradable y divertido.	Requiere cuidadosa preparación y control. Puede molestar a participantes tímidos o que no están de acuerdo con el papel asignado. Puede ser tomado muy en serio y causar conflictos.	Discuta los temas abordados al concluir el sociodrama. Nunca critique la calidad de la actuación. Imparta instrucciones claras y provea materiales para preparación.
3. Teatro popular	Divierte y mantiene la atención de la audiencia. Es relevante a la cultura local. Puede producirse a bajo costo. Propicia amplia participación.	El mensaje puede enredarse en la trama disminuyendo su efectividad. Tendencia a prestar más atención a la forma que al contenido. No permite discusión para clarificar temas. En algunos países no es aceptado. Requiere tiempo y un mínimo de habilidad profesional.	Adapte a la cultura, lenguaje y costumbre locales. Combine con otros medios para reforzar el mensaje. Busque formas de hacer participar a la audiencia. Organice discusión general o en grupo al final de la representación.

*Ref. **Manual de técnica para una estrategia de comunicación en salud.** OPS Serie PALTEX, Nro. 11, págs: 24-39.198

Técnicas	Ventajas	Desventajas	Sugerencias
4. Narración de historias (cuentos)	Abundante disponibilidad en algunas comunidades. Relativamente aceptable culturalmente. Estimula la participación, genera y mantiene interés. Problemas y hábitos erróneos de una comunidad pueden ser indicados en forma simulada sin ofender a nadie. Particularmente útil con niños.	Sólo útil donde hay una tradición de contar y escuchar historias. La audiencia se puede sentir ofendida por el trato infantil. El mensaje puede perderse en la trama. Difícil encontrar narradores amenos. Si se interrumpe para clarificaciones se pierde el hilo.	Recopile historias de y con la comunidad. Use narradores locales cuando sea posible. Ilustre la historia con audiovisuales. Combine con discusiones de grupo. Use historias más bien cortas, con trama simple y pocos personajes.
5. Canciones	Es culturalmente aceptable. Atrae la atención de la audiencia. Facilita la participación. Utiliza talento locales. Es de bajo costo. Puede repetirse muchas veces.	Presupone la disponibilidad de personas con talento en la comunidad. Puede degenerar en simple memorización sin reflexión crítica y creativa.	Úsela en combinación con otras técnicas. Úsela como técnica de motivación más que de enseñanza. Trabaje en cooperación con artistas locales pero cerciórese de la veracidad del mensaje.
6. Discusión en grupo	Enriquece el aprendizaje a través del intercambio de ideas y experiencias. Desarrolla sentido de solidaridad, cooperación, tolerancia y comprensión. Propicia oportunidades para despejar errores y mitos, con discreción.	Requiere un moderador capacitado. Fácil caer en digresiones. Algunos participantes tienden a monopolizar la discusión.	Defina claramente el problema a discutir. Seleccione buenos coordinadores. Establezca los procedimientos que el grupo debe seguir. Cerciórese de que la participación es amplia. Resuma los resultados de la discusión. Haga que el grupo evalúe la calidad de la discusión y sugiera mejoras.

Técnicas	Ventajas	Desventajas	Sugerencias
7. Lluvia de ideas	Ayuda a eliminar discusión excesiva y digresiones del tema principal. Estimula la participación de los tímidos y retraídos. Se ejecuta en poco tiempo.	Requiere un coordinador capacitado y con experiencia en manejo de esta técnica. Es más apropiada para audiencias de mayor educación. No se puede utilizar en grupos numerosos.	Asegúrese que el grupo entienda la técnica. Reconozca todas las ideas. Úsela en combinación con otras técnicas menos directivas.
8. Visitas domiciliarias	Favorece el establecimiento de buenas relaciones entre la familia y el trabajador de la salud. Sirve para proveer información oportuna y relevante a la familia. Se presta para llevar control de lo aprendido.	Consumo bastante tiempo. Se tiende a visitar sólo domicilios más accesibles. Requiere una programación cuidadosa, a fin de escoger horarios apropiados que no interfieran con el trabajo u otras actividades de la familia.	Mantenga un registro de las visitas y de lo realizado. Deje panfletos u otros materiales instructivos para la familia. Visite a los que más lo necesiten.
9. Demostración	Muestra de forma práctica cómo hacer cosas. Hace evidente las habilidades del trabajador promoviendo la confianza de la comunidad. Permite amplia participación a través de "aprender haciendo"	Requiere cuidadosa preparación. Puede conducir a engaños ya que la situación de la vida diaria es por lo general diferente a la demostración. Factores externos pueden afectar el resultado. En comunidades pobres es difícil conseguir los recursos necesarios para la demostración.	Haga participar a la audiencia en la demostración. Establezca una situación lo más cercana posible a la vida real. Ensaye la demostración anticipando posibles tropiezos. Combínela con discusión y materiales escritos.

Técnicas	Ventajas	Desventajas	Sugerencias
10. Foro-Cassette	Puede usarse con grabadoras portátiles de bajo costo. Se puede usar grabaciones de diseño atractivo en forma de anuncios, entrevista, canciones, dramatizaciones. Se les puede escuchar mientras se trabaja, come, etc. La comunidad puede participar en su diseño	Requiere disponibilidad de recursos. Alcanza sólo a grupos pequeños. Requiere mantenimiento o manejo cuidadoso, baterías de repuesto y limpieza del grabador.	Procure la ayuda de técnicos para producir grabaciones atractivas. Evite producir una simple charla grabada. Haga participar a la comunidad en la producción del cassette. Asegúrese que luego de escuchar el cassette haya discusión.
11. Exhibición de películas (cine foro)	Puede usarse con audiencias numerosas. Atrae y retiene la atención por la vista y el oído. Presenta los mensajes en forma atractiva y enseña de manera integral a través de la voz, movimiento, ambientación, etc. Combina enseñanza con diversión.	Requiere disponibilidad de equipos de alto costo y de delicado mantenimiento. Requiere electricidad, sala oscura, operador y repuestos. Buenas películas educativas son difíciles de conseguir. Tiende a ser comunicación de una sola vía.	Seleccione cuidadosamente las películas para que sean oportunas y apropiadas. Estimule a la audiencia a evaluar y criticar la película. Combine con discusión. Úsela como una ayuda, pero no deje toda la enseñanza a la película.
12. Juegos	Relaciona espontáneamente con la realidad. Permite integrar al grupo fácilmente. Transforma simbólicamente la realidad y entrena a los participantes para hacerlo en la práctica. Hace agradable el proceso de enseñanza-aprendizaje.	Queda contenido sin discutir. Los adultos pueden resistirse a participar. Los funcionarios pueden oponerse por encontrar esta técnica "poco seria" o "demasiado divertida".	Diseñar juegos en forma conjunta con la población. No desarrollar juegos en los que se muestre defectos o dificultades de las personas. Preparar juegos en los que se estimule la emulación para superar dificultades y no la competencia.

Materiales de apoyo complementarios y combinación de técnicas educativas*

Técnicas educativas	Material de apoyo complementario	Otras técnicas con las que se puede combinar	Sugerencias
Charlas	Pizarrón Papelógrafo Rotafolio Fanelógrafo	Demostraciones Discusión en grupo	Trate de complementar y combinar la charla con materiales de apoyo y otras técnicas. Así logrará mayor interés y atención de su audiencia. Use charlas cuando deba dar a conocer nuevas ideas e informaciones. Prepare cuidadosamente el material de apoyo a emplear. Si es posible, entregue folletos después de una charla.
Sociodrama	Vídeo	Discusión en grupo	El sociodrama debe culminar siempre con análisis y discusión por parte del grupo. Pueden grabar en vídeo las representaciones para después volver a mirar y profundizar ciertos pasajes. También puede grabarlo en cassettes para escuchar las partes importantes. Esto le ayudará y gustará a su audiencia.
Teatro popular	Perifoneo	Charla	Puede anunciar la representación teatral por medio de afiches y perifoneo. Durante la presentación, puede usar pancartas para situaciones especiales. Al igual que el sociodrama, puede grabar en vídeo o cassette para su empleo posterior. Puede combinar una representación de teatro con una charla, con discusión en grupo o reforzar el mensaje mediante canciones que conozca el público.

*Ref. O.P. **Manual de técnica para una estrategia de comunicación en salud.** OPS, Serie PALTEX, no. 11, págs.: 94-100.198

Técnicas educativas	Material de apoyo complementario	Otras técnicas con las que se puede combinar	Sugerencias
Cuentos e historias	Fotografías	Discusión en grupo	La exhibición de fotografías o láminas de los personajes, situaciones o lugares donde se desarrolla el cuento, puede ayudar a su mejor comprensión. Con franelógrafo se puede ir “armando” la historia. El papelógrafo puede servir para resaltar y resumir las partes más importantes del cuento o historia. La discusión en grupo, para el análisis del cuento, es de gran utilidad. Se puede realizar grupos educativos que tengan vinculación directa en el cuento. Folletos explicando los contenidos educativos del cuento pueden ser un complemento útil.
Canciones	Pizarrón Papelógrafo	Demostraciones	Un pizarrón o un papelógrafo es un buen apoyo para enseñar a memorizar la letra de las canciones. Estas pueden ser grabadas en cassette y también pasadas por la radio. Durante las demostraciones, pueden colocarse canciones que recuerden los pasos que se están siguiendo para realizar alguna tarea o adquirir destrezas.
Lluvia de ideas	Papelógrafo Pizarrón	Discusión en grupo	Es recomendable tener un pizarrón o papelógrafo disponible para anotar las ideas que vayan surgiendo de la discusión en grupos; es un complemento indispensable cuando se emplea esta técnica.

Técnicas educativas	Material de apoyo complementario	Otras técnicas con las que se puede combinar	Sugerencias
Discusión en grupo	Pizarrón Papelógrafo Lámina Fotografías	Con la mayoría de las técnicas	Si aprende a utilizar bien esta técnica, pueden serle de gran ayuda, pues es posible combinarla con casi todas las demás técnicas educativas. Tener un pizarrón y un papelógrafo durante la discusión ayuda a ordenar las tareas. Las láminas y fotografías pueden inducir a la discusión y aportar elementos a la misma.
Visitas domiciliarias	Rotafolios Calendarios Afiches Láminas Folletos Objetos reales Maniqués	Demostraciones Cuentos e historias Charlas	Las demostraciones utilizando objetos reales o maniqués pueden ser la labor más importante de una visita domiciliaria, la que se puede completar con cuentos, historias o una charla. En sus representaciones pueden emplear rotafolios o láminas. Para que la familia recuerde y repase lo que Ud. le enseñó, puede dejarle afiches, calendarios y folletos.
Demostraciones	Objetos reales Maniqués Folletos	Charlas Discusión en grupo Visitas domiciliarias Canciones	Ya sea durante una visita domiciliaria o en un grupo, Ud. puede completar y enriquecer su demostración con canciones alusivas a lo que se está enseñando. También es recomendable complementar con una charla o con discusión en grupos. Dejar folletos explicativos sobre lo demostrado es de gran ayuda.

Técnicas educativas	Material de apoyo complementario	Otras técnicas con las que se puede combinar	Sugerencias
Foro-cassette	Grabadora Folletos Láminas	Discusión en grupo Charlas Cuentos e historias	La exhibición de una lámina durante un foro-cassette ayuda a aumentar la comprensión acerca de lo que se está escuchando. Contar un cuento o una historia alusiva o dar una breve charla puede ser un buen complemento de esta técnica. Finalizar el foro-cassette con una discusión de grupo y entregar folletos explicativos es una manera de asegurarse de que se entendió y recordará lo presentado.
Exhibición de películas	Proyecto de cine Papelógrafo Pizarrón Folletos	Charla Discusión en grupo	Es conveniente una breve charla introductoria o de explicación al final de la película. La discusión en grupos enriquecerá el aprendizaje. Es útil disponer de papelógrafo o pizarrón para anotar las conclusiones a que se arribe. Entregar folletos recordatorios puede ser un complemento excelente.
Juegos	Folletos Fanelógrafo	Cuentos Charlas Discusión en grupo	Antes de comenzar un juego, o a su término, se puede contar un cuento vinculado al tema o dar una breve charla. La discusión en grupo después del juego aumentará la comprensión de lo que se pretende enseñar. El fanelógrafo puede ser incorporado como parte del juego. Se puede confeccionar folletos educativos que complementen el juego.



Etapa 4: Ejecución del programa

Prepárese para presentar el programa

En esta etapa, varias acciones ocurren simultáneamente con el fin de prepararse para presentar el programa. Antes de empezarla, los materiales deben estar disponibles en cantidad suficiente, los programas y planes de promoción listos, debe haberse informado a los facilitadores que representan a los canales de ejecución y deben haberse tomado medidas para controlar el progreso del programa.

Antes de iniciar su programa, considere lo siguiente:

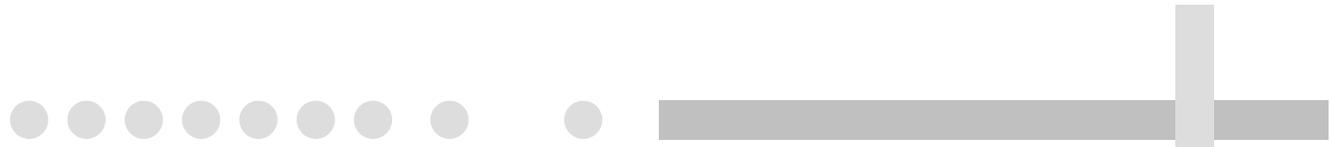
- *¿Dispone de una lista de todos los responsables de los medios de comunicación que se contratarán?*
- *¿Conocen su programa todas las organizaciones participantes?*
- *¿Ha preparado a su personal y a otras personas para que puedan responder preguntas?*
- *¿Cuenta con materiales suficientes para comenzar el programa y responder (volantes para el público)?*
- *¿Están los materiales en su lugar (en estaciones de televisión, consultorios médicos, escuelas o supermercados)?*
- *¿Han tomado conciencia los profesionales en la comunidad del nuevo programa y están preparados para responder si se les hace preguntas, por ejemplo, para orientar a los adolescentes?*
- *¿Dispone de los mecanismos para controlar el progreso alcanzado e identificar problemas potenciales?*

El plan de ejecución de su programa debe indicar cómo y cuándo se necesitarán los recursos, el momento en que ocurrirán ciertos eventos y en qué puntos va a evaluar sus esfuerzos.

La importancia de controlar el progreso

Una vez que su programa está en marcha, quizás no pueda prever todas las contingencias que pueden surgir, pero siempre es posible planificar cómo identificar problemas potenciales. Debe estructurar un sistema de monitoreo dentro de su programa para ayudarle a identificar cualquier problema, falla o descuido referentes a materiales, estrategias de ejecución o selección de canales, antes de que se conviertan en impedimentos mayores para el éxito.

A menudo, los problemas pueden corregirse rápidamente si logra identificarlos; en caso contrario, pueden perjudicarlo. Por ejemplo, si pide a los adolescentes que soliciten más información llamando a su entidad o a otras dependencias dispuestas a colaborar, debe



proporcionar un mecanismo (por ejemplo, un formulario de respuesta sencillo) para que los operadores telefónicos puedan anotar las preguntas recibidas y las respuestas brindadas. Una revisión frecuente de las respuestas identificará si se está proporcionando información incorrecta o inadecuada y si se necesita alguna nueva información para responder nuevos tipos de preguntas.

Con frecuencia, la ejecución del programa toma más tiempo del esperado; los materiales pueden retrasarse en la imprenta o una nueva prioridad puede demorar la participación comunitaria. Una revisión periódica de las tareas y del cronograma planificados le ayudará a modificar cualquier actividad que pudiera verse afectada por situaciones o demoras inesperadas. No hay nada malo en alterar sus planes para adaptarse a la situación si tiene presente lo que está tratando de lograr. En realidad, puede correr el riesgo de perjudicar su programa si no está dispuesto a ser flexible y alterar ciertas actividades cuando sea menester.

La evaluación del proceso: controlar cómo y cuán bien está funcionando su programa puede brindarle una prueba tangible del progreso del mismo; esto permite, a menudo, proporcionar estímulos, recompensar a los participantes y dar testimonio del éxito a su propia institución. También puede garantizar que el programa está funcionando de la forma prevista, lo cual es una garantía vital antes de emprender cualquier evaluación más formal de los resultados.

Establezca las medidas de evaluación del proceso

Para evitar que el programa en general no marche bien debido a que ciertas tareas específicas no están funcionando, debe asegurarse de que los controles del programa estén en orden. Esos mecanismos deben controlar:

- *Trabajo realizado, cronogramas y gastos (medidas internas)*
- *Publicidad, promoción y otras actividades de divulgación*
- *Funcionamiento y calidad de los sistemas de respuesta tales como la distribución y la respuesta a pedidos de información*
- *Cambios intermedios en la toma de conciencia, conocimientos o acciones de la audiencia*

Algunas modalidades de seguimiento incluyen:

- *Revisión semanal del inventario de materiales*
- *Servicios de recortes y registro (audio y vídeo) de la cobertura de los medios de comunicación impresos*
- *Tarjetas "devueltas" de seguimiento de llamadas telefónicas a la radio y la televisión*
- *Revisión de las respuestas telefónicas para comprobar lo exacto y apropiado del mensaje*
- *Monitoreo del volumen de las demandas y del tiempo que toman las respuestas*

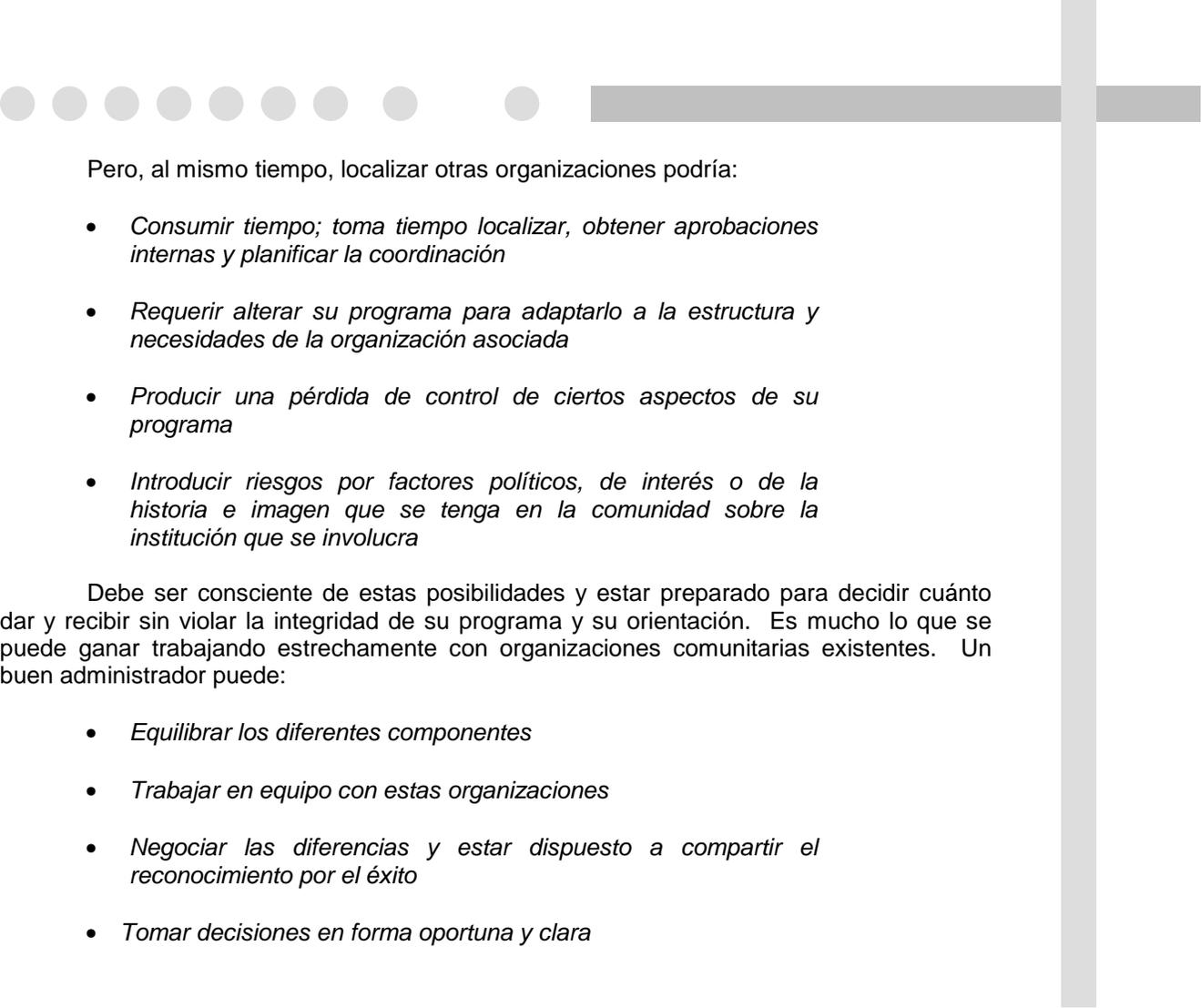
- 
- *Control de los puntos de distribución para evaluar el uso de los materiales y garantizar que éstos están todavía disponibles*
 - *Llamadas telefónicas o reuniones con organizaciones participantes para revisar el progreso realizado y los problemas*
 - *Grupos focales o entrevistas telefónicas con participantes del programa y/o miembros de la audiencia seleccionada*
 - *Seguimiento con maestros, médicos u otros líderes de la comunidad para comprobar su preparación e interés y para identificar problemas*

Trabaje con intermediarios

Quizás haya planificado emplear sólo uno o una combinación de medios de comunicación y canales interpersonales y comunitarios para su programa. Sin embargo, una vez que su programa ha adquirido visibilidad, otros pueden estar dispuestos a ayudar. Quizás tenga oportunidades para ampliar el número y la clase de canales participantes. Aún cuando el modo de expansión de su programa depende de sus recursos y estrategias de comunicación (Etapa 1), estas oportunidades pueden hacer que la ejecución del programa sea apasionante y estimulante. El uso creativo de los mensajes y materiales es esencial para el éxito, proporciona una evidencia tangible de los progresos alcanzados y puede ser muy gratificante.

Trabajar con organizaciones o personas ajenas a su propia organización es, casi siempre, necesario para alcanzar a la audiencia seleccionada. Estas organizaciones—un centro de la comunidad, una emisora local de radio, un trabajador de atención de salud—son canales intermediarios para llegar a la audiencia seleccionada, los cuales pueden:

- *Proporcionar acceso a la audiencia seleccionada*
- *Dar credibilidad a su mensaje o programa*
- *Proporcionar recursos y expertos adicionales*
- *Copatrocinar eventos comunitarios*
- *Fortalecer una o más líneas de trabajo de su programa, aportando nuevo material que Ud. no había considerado por ser costosos*



Pero, al mismo tiempo, localizar otras organizaciones podría:

- *Consumir tiempo; toma tiempo localizar, obtener aprobaciones internas y planificar la coordinación*
- *Requerir alterar su programa para adaptarlo a la estructura y necesidades de la organización asociada*
- *Producir una pérdida de control de ciertos aspectos de su programa*
- *Introducir riesgos por factores políticos, de interés o de la historia e imagen que se tenga en la comunidad sobre la institución que se involucra*

Debe ser consciente de estas posibilidades y estar preparado para decidir cuánto dar y recibir sin violar la integridad de su programa y su orientación. Es mucho lo que se puede ganar trabajando estrechamente con organizaciones comunitarias existentes. Un buen administrador puede:

- *Equilibrar los diferentes componentes*
- *Trabajar en equipo con estas organizaciones*
- *Negociar las diferencias y estar dispuesto a compartir el reconocimiento por el éxito*
- *Tomar decisiones en forma oportuna y clara*

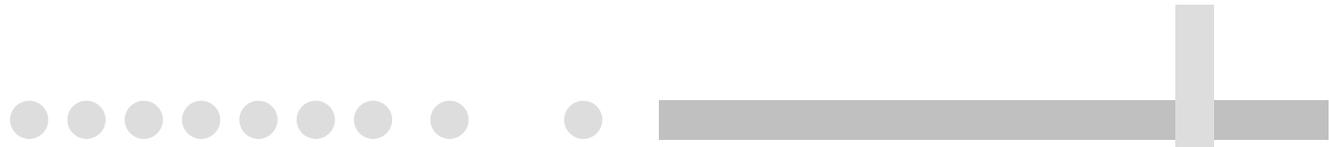
Elija los intermediarios

El centro vecinal de la comunidad es un buen punto de partida para encontrar líderes de la comunidad e identificar programas comunitarios en curso sobre salud y estilos de vida orientados a jóvenes y adolescentes. Probablemente esto le pondrá en contacto con la iglesia o grupo religioso local, una clínica de salud y, quizás, una emisora de radio o periódico local.

Existen cada vez más organizaciones en la Región que trabajan con agrupaciones de organizaciones intermediarias, por ejemplo, una asociación de periódicos comunitarios, redes de emisoras de radio populares, organizaciones de mujeres, asociaciones de grupos juveniles, grupos de la tercera edad, casas de la cultura, entre otros. Estas agrupaciones facilitan el contacto con audiencias seleccionadas más grandes y amplían la diseminación de sus materiales.

Etapas para incluir intermediarios en su programa

1. Elija organizaciones, agencias o individuos que puedan alcanzar e influenciar a la audiencia seleccionada.
2. Tan pronto como sea posible, haga partícipes a representantes de las organizaciones en la planificación del programa.
3. Notifíquelos por adelantado para que puedan estructurar su parte del programa dentro de calendario y negocie lo que se esperará de ellos y lo que ellos esperan de Ud. y su programa.
4. Permítales personalizar y adaptar los materiales del programa para adaptarlos a su situación e infundirles un sentimiento de propiedad, pero sin permitir que se alejen de la estrategia.
5. Pregúnteles qué necesitan para ejecutar su parte del programa. Más allá de la cuestión de financiamiento, considere otra asistencia, entrenamiento, información o herramientas que los habiliten para funcionar con éxito.
6. Proporcióneles nuevos contactos o vínculos a nivel local, regional y nacional que ellos consideren valiosos para sus actividades en curso.
7. Proporcióneles el fundamento, las estrategias y mensajes de su programa en su versión final. Recuerde que la planificación estratégica, el mensaje creativo y la calidad de producción son los aspectos más difíciles de conseguir para desarrollar un programa de comunicación y pueden ser el producto más valioso que Ud. pueda ofrecer a una organización comunitaria.
8. Evalúe el progreso a través de los mecanismos de retroalimentación y/o seguimiento y ayude a realizar los ajustes para responder a las necesidades de la organización y mantener el programa en su curso.
9. No les dé demasiadas tareas simultáneas.
10. Proporcióneles un informe final de lo que se logró y reúnanse para discutir las actividades de seguimiento y los recursos que les pueden ser útiles.
11. Recuérdeles con delicadeza que son responsables por sus actividades; ayúdeles a realizarlas, pero no las haga en lugar de ellos.
12. Recuerde que debe dar apoyo moral, agradecerles frecuentemente y proporcionar otras gratificaciones, tales como certificados y cartas de agradecimiento.
13. ¡No se olvide de un último "Gracias por su buen trabajo"!



Considere trabajar con el sector privado

Organizar empresas cooperativas con el sector privado puede ayudarle a que su programa funcione. Las compañías interesadas en información sobre salud incluyen:

- *Supermercados*
- *Farmacias*
- *compañías de seguro*
- *productores e importadores de productos farmacéuticos, alimentos y otros productos relacionados con la salud*

Además de proporcionar fondos, las organizaciones del sector privado podrían:

- *ayudar a distribuir materiales a sus consumidores, por ejemplo, en un supermercado*
- *proporcionar acceso a su investigación de mercado o a sus datos de comercialización*
- *permitir el uso de tiempo del personal o instalaciones*
- *patrocinar actividades para sus empleados o el público*
- *facilitar instalaciones para imprimir, envío de correspondencia, producción u otras contribuciones en especie*

Otras compañías pueden estar interesadas en trabajar con Ud., aun cuando su producto o servicio no se relacione con su programa, con el fin de:

- *prestar un servicio público útil*
- *mejorar su imagen institucional y su credibilidad*
- *atraer la atención de un sector específico del público*

Analice y revise los componentes del programa

Independientemente de si sigue ampliando y haciendo participar a más medios de comunicación u organizaciones en su programa, debe evaluar periódicamente lo siguiente:

- *Si las acciones siguen su curso normal y en el tiempo previsto*
- *Si se está llegando a la audiencia seleccionada*
- *Si algunas estrategias parecen tener más éxito que otras*
- *Si algunos aspectos del programa necesitan más atención, alternancia o eliminación*
- *Si se cumplen los cronogramas*
- *Si el gasto de recursos es aceptable*

El proceso de evaluación y otras medidas de seguimiento establecidas le permitirán tener oportunamente esta información. Deben establecer intervalos específicos para revisar el progreso realizado. La preparación de informes de progreso—con los logros, planes y calendarios modificados—puede ayudarle a mantener a todas sus organizaciones y miembros informados y sincronizados.



Dividir a los entrevistados por edad, sexo, raza, etc., puede facilitar la libertad de expresión



Actividades para considerar en los programas de comunicación en salud con organizaciones comunitarias

Planificación

- Asociación con el comité de elaboración del programa.
- Recopilar datos para ayudar a enfocar el programa, evaluar la salud de los adolescentes de la comunidad y otros recursos.
- Identificar a las organizaciones de salud y otras, y las bocas de salida de los medios de comunicación en la comunidad.
- Identificar los materiales de comunicación para la salud que estén disponibles y sean apropiados.
- Ayudar a someter el material a la prueba preliminar.

Desarrollo de recursos

- Reclutar voluntarios, organizaciones y medios de comunicación de la comunidad para que participen en el programa o proporcionen una contribución en especie.
- Contribuir con personal o tiempo de trabajo voluntario.

Ejecución y promoción del programa

- Proporcionar espacio para las reuniones y actividades del programa.
- Asociarse con el comité de elaboración del programa.
- Organizar y participar en las actividades.
- Distribuir materiales.
- Patrocinar presentaciones.
- Proporcionar un portavoz reconocido y creíble.
- Proporcionar entrevistas con los medios de comunicación.

Control y seguimiento

- Prestar servicios para el control del programa.
- Identificar y ayudar a capacitar a otras organizaciones interesadas en participar.
- Realizar seguimiento con los participantes para garantizar un compromiso continuado.



Etapa 5: Evaluación de la efectividad

Las mediciones del proceso tratadas en la Etapa 4 están diseñadas para supervisar el programa en desarrollo. El control del número de materiales distribuidos, el número de reuniones en las que se participó o la cantidad de artículos impresos, le indicarán la manera en que está operando el programa, y el modo en que está respondiendo la audiencia seleccionada. Esas mediciones no indicarán los efectos del programa: si la audiencia seleccionada aprendió, actuó o produjo algún cambio como resultado del mismo. En consecuencia, es importante evaluar los resultados de su programa—su efecto o resultado.

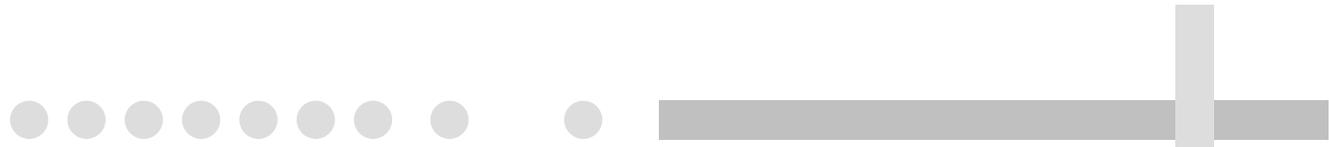
La mayor parte de las mediciones de resultados están concebidas para indicarle el efecto que se logró, pero no de qué manera o por qué: éstos son temas de investigación formativa y mediciones del proceso. El efecto o resultado es primordial, pero también necesita saber qué sucedió, de qué manera y por qué ciertos elementos dieron resultado y analizar lo que debe cambiarse en programas futuros. En consecuencia, los planes para medir los resultados finales se combinan con otras estrategias de evaluación durante la Etapa 1, planificación. Una revisión de todos los tipos de evaluación tratados en esta guía aparece más adelante.

Evaluación de los resultados

Las metodologías de evaluación de los resultados constan generalmente de una comparación entre la toma de conciencia de la audiencia seleccionada, las actitudes y/o la conducta antes y después del programa. A diferencia de los métodos de pruebas preliminares—evaluación formativa—descritos en la Etapa 3, éstas son medidas cuantitativas necesarias para sacar conclusiones acerca del efecto del programa. Avanzando un paso más allá de las mediciones del proceso, la evaluación de los resultados debe proporcionar más información acerca del valor que acerca de la cantidad de actividad. Las mediciones pueden ser autoregistradas, por ejemplo entrevistas con la audiencia seleccionada y observaciones, como cambios en las visitas a la clínica. Las comparaciones entre un grupo de control (que no recibió el programa, pero que es similar en otros aspectos a la audiencia seleccionada) y la audiencia seleccionada que recibe el programa, son aconsejables pero no siempre posibles.

Estudios del impacto

Como se ha dicho en la introducción a esta guía, los programas de comunicación son un factor que contribuye a mejorar la salud pública. En el entorno del mundo real, existen muchos factores que influyen en la conducta de salud de una persona, incluyendo apoyo y aprobación de los pares, autoestima y otras características personales, la publicidad y la cobertura de salud a través de los medios de comunicación masiva, factores comunitarios e institucionales (tales como la disponibilidad de servicios). Por lo general, es extremadamente difícil separar el impacto de su programa de comunicación de los efectos de otros factores—variables productoras de confusión—sobre la conducta personal. Por este motivo, los estudios del impacto rara vez se inician como parte de programas que utilizan sólo las estrategias de comunicación.



Determine qué evaluaciones realizar

La limitación de recursos puede forzarle a elegir entre la evaluación del proceso y la evaluación de los resultados. Ninguna de ellas, de forma independiente, le proporcionará una imagen completa de lo que ocurrió. Algunos expertos le dirán que si debe elegir, opte por la evaluación de los resultados como la única manera de certificar que alcanzó sus objetivos. Sin embargo, la evaluación del proceso puede ayudarle a comprender por qué logró o no sus objetivos. En consecuencia, otros dirán que las mediciones del proceso son más importantes para permitirle administrar bien su programa.

Todo planificador de un programa se enfrenta a limitaciones cuando emprende las tareas de evaluación, de la misma manera que existen limitaciones en el diseño de otros aspectos de un programa de comunicación. Estas limitaciones pueden incluir:

- *Fondos limitados*
- *Tiempo de personal y capacidades limitados*
- *Cantidad de tiempo asignado al programa*
- *Acceso limitado a instalaciones de informática*
- *Restricciones de la organización para contratar consultores o contratistas*
- *Políticas que limitan la capacidad de recopilar información proveniente del público*
- *Percepciones gerenciales sobre el valor de la evaluación*
- *Niveles de apoyo gerencial a actividades de evaluación bien concebidas*
- *Dificultades para definir los objetivos del programa o para establecer un consenso dentro de la organización*
- *Dificultades para diseñar mediciones apropiadas para los programas de comunicación*
- *Dificultades para separar los efectos del programa de otras influencias que actúan sobre la audiencia seleccionada en situaciones reales*

Estos impedimentos hacen necesario adaptarse a las limitaciones existentes así como a los requerimientos de un programa específico. Sin embargo, no es verdad que "algo es mejor que nada". Si se debe comprometer un diseño de evaluación, recopilación o análisis de datos para responder a las limitaciones, el programa debe tomar una decisión con respecto a si:

- *Los compromisos requeridos invalidarán los resultados de la evaluación*
- *La estrategia de evaluación es esencial para la situación particular en comparación con otros usos imperiosos de los recursos existentes*

He aquí algunos problemas que deben considerarse antes de decidir el tipo de evaluación que resultará mejor para su programa:

- *¿Quién, para qué y cuándo se usará la información resultante de la evaluación?*
- *¿Cuánto tiempo durará su programa? ¿Será la fase de ejecución lo suficientemente larga como para permitir la medición de los efectos significativos y el ajuste periódico?*
- *¿Desea repetir o continuar su programa?*
- *¿Sus objetivos son mensurables en el futuro inmediato?*
- *¿Qué componentes del programa son los más importantes para Ud.?*
- *¿Existe apoyo gerencial para la demanda pública de rendición de cuentas del programa?*
- *¿Qué aspectos del programa se adaptan mejor a las prioridades de su organización?*
- *¿Ayudará un informe de evaluación a que los esfuerzos de comunicación compitan con otras prioridades de la institución para los futuros recursos financieros?*

Existen varias fuentes que le pueden ayudar a concebir una evaluación. Si no cuenta con personal de planificación y evaluación en su organización, puede encontrar ayuda en una universidad o centro de investigación cercanos.

Una respuesta frecuente a "¿Qué clase de medida de evaluación está planificando?" es "No tengo suficiente dinero para la evaluación". Rara vez tiene alguien acceso a los recursos que requiere un programa ideal de comunicación en salud, mucho menos un componente de evaluación ideal. Sin embargo, existen beneficios prácticos al incorporar la evaluación como una parte de su trabajo:

indicarle si su programa sigue el curso previsto y qué resultados tuvo.

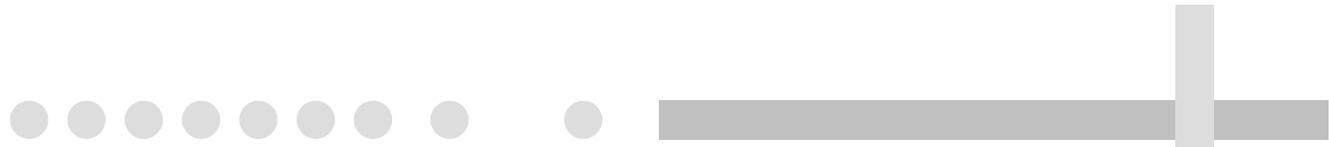
Esta planificación debe formar parte de su programa inicial (Etapa 1), aun cuando se discuta los pormenores de su puesta en práctica

La discusión anterior sobre la evaluación del proceso, los resultados e impacto incluyó algunos ejemplos de las clases de preguntas que Ud. podría hacer. Con un poco de

imaginación, encontrará que puede incluir alguna forma de evaluación para casi cualquier tamaño de presupuesto.

La gráfica sobre las opciones de evaluación basadas en los recursos disponibles le proporciona ejemplos de las tareas de evaluación que podría considerar si no cuenta realmente con un presupuesto para evaluación, y si tiene un presupuesto moderado para ella. También le facilita ejemplos de las clases de evaluación que podría considerar en condiciones ideales con recursos sustanciales. La matriz es aditiva de izquierda a derecha. Podría esperarse que cada nivel ascendente del programa incorpore la técnica de evaluación descrita en niveles inferiores, además de los descritos en el nivel superior.

Opciones de evaluación basadas en los resultados disponibles			
<u>Evaluación</u>	<u>Mínimos</u>	<u>Modestos</u>	<u>Sustanciales</u>
Formativa	Prueba de legibilidad	Ubicación central Entrevista de interceptación	Grupos focales Entrevistas individuales en profundidad
De proceso	Mantenimiento de registros	Lista para control del programa	Auditoría gerencial
De resultados	Evaluaciones de actividad (no. del examen selectivo, respuesta de la audiencia, asistencia al programa)	Progreso en el logro de objetivos controlados (cálculo del % de la audiencia seleccionada que es consciente y participante)	Evaluación de la audiencia seleccionada sobre conocimientos ganados; prueba preliminar y final
De impacto	Revisión de medios de prensa (monitoreo del contenido de los artículos que aparecen en los periódicos)	Encuestas públicas (encuestas de conducta autoinformada)	Estudios sobre el cambio en la conducta del público; datos sobre cambios en el estado de la salud pública



Elementos de un diseño de evaluación

Todo diseño de evaluación formal, ya sea formativo, de proceso, de resultados, de impacto o una combinación de todas estas categorías, debe contener ciertos elementos básicos. Entre ellos:

1. *Declaración de los objetivos de comunicación:* A menos que haya una definición adecuada de los logros deseados, la evaluación no los puede medir. Los evaluadores necesitan objetivos claros y definitivos para medir los efectos del programa.
2. *Definición de los datos que se recopilarán:* Esta es la determinación de qué se medirá en relación con el objetivo.
3. *Metodología:* Se formula un diseño de estudio para que se realice la medición de manera válida y confiable.
4. *Instrumentos:* La recopilación de datos se ha diseñado y sometido a una prueba preliminar. Los instrumentos varían desde simples hojas para anotar las preguntas del público hasta formularios complejos de entrevista y encuesta.
5. *Recopilación de datos:* El proceso de recopilación de datos propiamente dicho.
6. *Procesamiento de datos:* Adopción de un formato de datos útil para el análisis.
7. *Análisis de datos:* La aplicación de técnicas estadísticas a los datos para descubrir relaciones significativas.
8. *Informes:* Compilar y registrar los resultados de la evaluación. Estos resultados rara vez indican que un programa constituye un éxito o fracaso total. Hasta cierto punto, todos los programas tienen elementos buenos y malos. Es importante apreciar que pueden sacarse lecciones de ambos casos, si los resultados se analizan adecuadamente. Estas lecciones deben aplicarse para modificar el programa existente o como una guía para la planificación de nuevos esfuerzos.

Tipos de evaluación

Esta guía describe cuatro tipos de evaluación. Algunos de los conceptos y definiciones aquí empleados se ajustan a la terminología común; otros no. Estos cuatro tipos de evaluación están diseñados para predecir los resultados de un programa, medir los resultados o ayudar a determinar por qué se consiguen ciertos resultados. Examinar por qué se producen ciertos efectos ayuda a determinar qué estrategias o tareas dan buenos resultados y proporciona orientación para mejorar las funciones de un programa.

Aun cuando existen muchas barreras para emprender proyectos de evaluación formal, es importante considerar el empleo de herramientas de evaluación para ponderar el trabajo realizado. Los cuatro tipos de evaluación tratados son: formativa, de proceso, de resultados y de impacto.

1. Formativa

La evaluación formativa, incluida la prueba preliminar, está diseñada para evaluar los puntos fuertes y débiles de los materiales o estrategias de la campaña antes de la ejecución. Permite realizar revisiones necesarias antes de que siga adelante toda la actividad. Su fin básico es elevar al máximo la oportunidad de éxito del programa antes de comenzar la actividad de comunicación.

2. De proceso

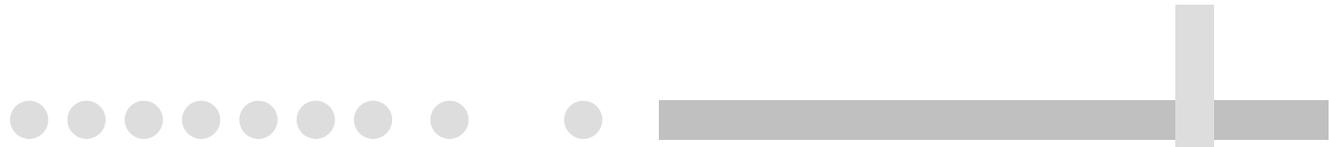
La evaluación de proceso examina los procedimientos y tareas relacionadas con la ejecución de un programa. Este tipo de evaluación también puede considerar los aspectos administrativos y organizativos del programa.

3. De resultados

La evaluación de resultados se emplea para obtener datos descriptivos sobre un proyecto y para documentar los resultados a corto plazo. Los resultados de tareas focales son los que describen el producto de la actividad, por ejemplo, el número de preguntas recibidas del público como resultado de un anuncio. Los resultados de corto plazo describen los efectos inmediatos del proyecto sobre la audiencia seleccionada, como el porcentaje de la audiencia seleccionada que muestra una mayor toma de conciencia sobre un tema. La información que puede resultar de una evaluación de los resultados incluye: cambios de conocimiento y actitud; intenciones expresadas por la audiencia seleccionada; cambios de conducta a corto o mediano plazo; políticas iniciadas u otros cambios institucionales efectuados.

4. De impacto

La evaluación del impacto es el más integral de los cuatro tipos de evaluación. Este tipo de evaluación es deseable porque se centra en los resultados a largo plazo del programa y en los cambios o mejoras en el estado de salud como consecuencia. Las evaluaciones de impacto rara vez son posibles porque a menudo son costosas, requieren compromisos prolongados y pueden depender de otras estrategias además de la comunicación. Por otro lado, los resultados a menudo no pueden relacionarse directamente con los efectos de una actividad o programa debido a otras influencias externas sobre la audiencia seleccionada que ocurren en el transcurso del tiempo. La información obtenida de un estudio de impacto puede incluir: cambios en la morbilidad y mortalidad; cambios en el absentismo laboral; mantenimiento a largo plazo de una conducta deseada.



Ejemplos de preguntas para la evaluación del programa

¿A cuántas personas se logró llegar? (evaluación del proceso)

- tiempo de radio y televisión y audiencia estimada en ambos casos
- cobertura del material impreso y estimación del público lector
- número de materiales educativos distribuidos
- número de presentaciones y tamaño de las audiencias
- número de otros contactos personales e institucionales

¿Respondieron? (evaluación del proceso)

- número de pedidos por persona, dónde oyeron hablar del programa, qué preguntaron o pidieron
- número de nuevas organizaciones que participan en el programa
- respuestas de las presentaciones

¿Quién respondió? (evaluación de los resultados)

- datos demográficos de los encuestados (género, nivel de instrucción, ingresos)
- residencia geográfica de los encuestados

¿Hubo algún cambio? (evaluación de los resultados)

- cambios en el conocimiento y/o actitudes
- cambios en las intenciones (los adolescentes dicen que tratarán de evitar el cigarrillo y el licor)
- medidas tomadas (aumento de los asistentes a las charlas sobre orientación sexual)
- políticas iniciadas u otros cambios institucionales efectuados



Etapa 6: Retroalimentación para refinar el programa

Aplique lo aprendido

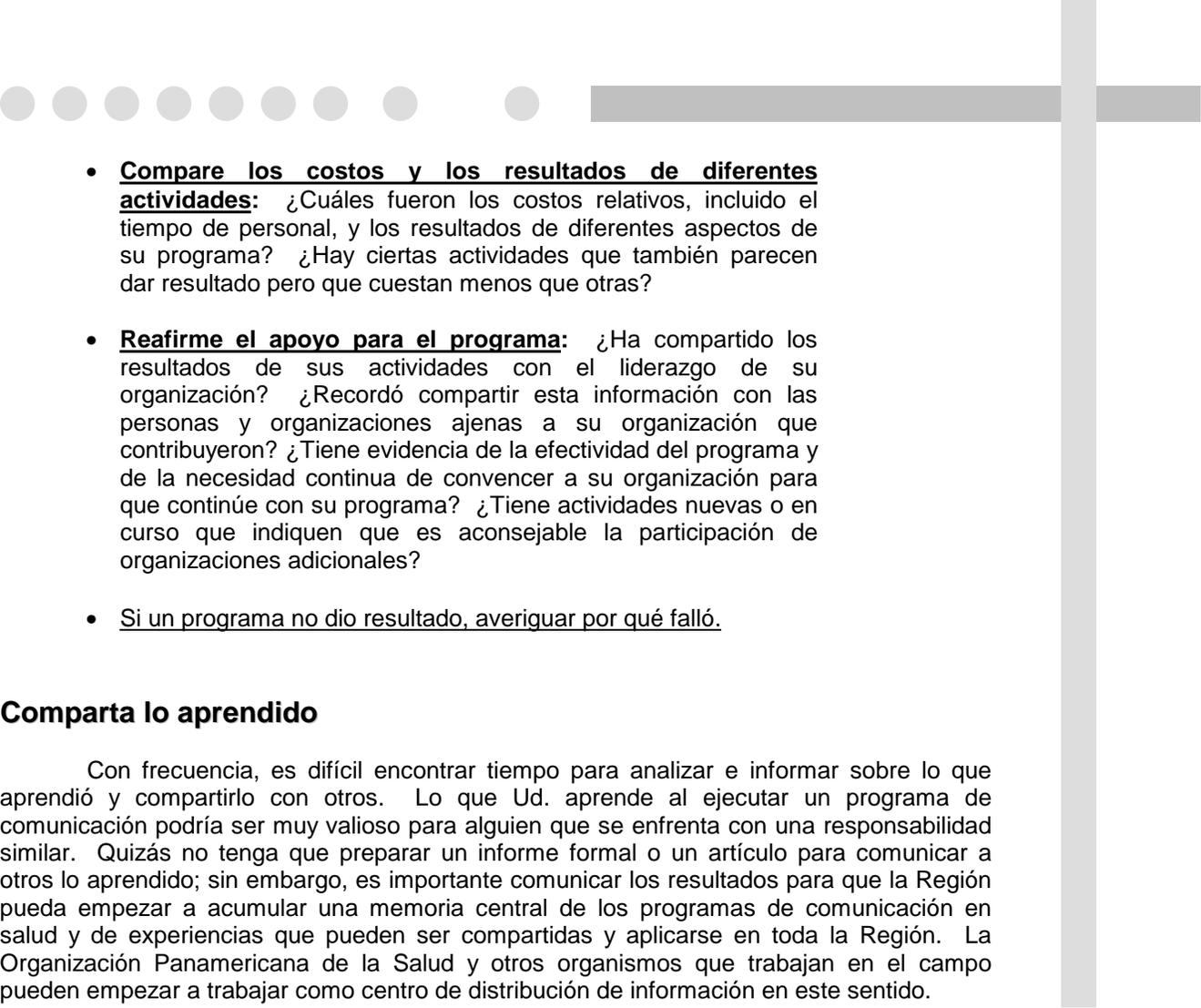
La manera ideal de aplicar los hallazgos de la evaluación es mejorar su programa en curso. También puede emplear lo que aprendió del proceso o de las mediciones de evaluación del proceso para:

- *Justificar su programa ante la gerencia*
- *Proporcionar evidencias de la necesidad de fondos adicionales u otros recursos*
- *Ampliar la comprensión institucional para apoyar las actividades de comunicación en salud*
- *Promover empresas cooperativas en curso con otras organizaciones*

Revise el programa

Si su programa está en vías de realización o si tiene la oportunidad de asesorar a otros que pueden planificar programas similares, tómese el tiempo necesario para aplicar lo que aprendió. Por ejemplo:

- **Reevalúe las metas y objetivos:** ¿Ha cambiado algo, por ejemplo con la audiencia seleccionada, la comunidad o la misión de su organización, que requiera una revisión de las metas y objetivos originales? ¿Existe información nueva acerca del tema de salud de los adolescentes que deba incorporarse en los mensajes o diseño del programa?
- **Determine las áreas donde se necesita realizar un esfuerzo adicional:** ¿Existen objetivos que no se están alcanzando? ¿Por qué? ¿Alguna estrategia o actividad no tuvo éxito? ¿Se requieren más recursos? ¿Necesita revisar por qué no dieron resultado y lo que se puede hacer para corregir cualquier problema?
- **Identifique actividades o estrategias eficaces:** ¿Se han alcanzado algunos objetivos como resultado de las actividades que tuvieron éxito? ¿Deberían continuarse y fortalecerse porque aparentemente están dando resultado? ¿O deben considerarse exitosas y terminadas? ¿Pueden ampliarse para aplicarse a otras audiencias o situaciones?

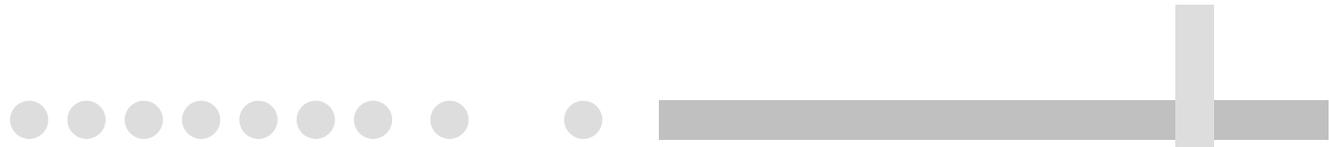
- 
- **Compare los costos y los resultados de diferentes actividades:** ¿Cuáles fueron los costos relativos, incluido el tiempo de personal, y los resultados de diferentes aspectos de su programa? ¿Hay ciertas actividades que también parecen dar resultado pero que cuestan menos que otras?
 - **Reafirme el apoyo para el programa:** ¿Ha compartido los resultados de sus actividades con el liderazgo de su organización? ¿Recordó compartir esta información con las personas y organizaciones ajenas a su organización que contribuyeron? ¿Tiene evidencia de la efectividad del programa y de la necesidad continua de convencer a su organización para que continúe con su programa? ¿Tiene actividades nuevas o en curso que indiquen que es aconsejable la participación de organizaciones adicionales?
 - **Si un programa no dio resultado, averiguar por qué falló.**

Comparta lo aprendido

Con frecuencia, es difícil encontrar tiempo para analizar e informar sobre lo que aprendió y compartirlo con otros. Lo que Ud. aprende al ejecutar un programa de comunicación podría ser muy valioso para alguien que se enfrenta con una responsabilidad similar. Quizás no tenga que preparar un informe formal o un artículo para comunicar a otros lo aprendido; sin embargo, es importante comunicar los resultados para que la Región pueda empezar a acumular una memoria central de los programas de comunicación en salud y de experiencias que pueden ser compartidas y aplicarse en toda la Región. La Organización Panamericana de la Salud y otros organismos que trabajan en el campo pueden empezar a trabajar como centro de distribución de información en este sentido.

Considere:

- **Enviar cartas acerca de sus hallazgos a las revistas médicas, de salud pública o de educación para la salud apropiadas**
- **Presentar un poster en una reunión profesional importante**
- **Enviar una descripción del programa y materiales ilustrativos a un centro de distribución de información relacionado**
- **Elaborar boletines informativos dirigidos a profesionales a nivel local**
- **Escribir cartas, hacer llamadas telefónicas, informes breves o reuniones con sus colegas en organizaciones similares**



Redacte un informe de evaluación

Tomarse tiempo para redactar un informe acerca de una prueba preliminar u otra tarea de evaluación que haya realizado es útil por varias razones. El informe puede proporcionar:

- La disciplina para ayudarlo a analizar críticamente los resultados de la evaluación y reflexionar acerca de cualquier cambio que, como consecuencia, deba hacer
- Un producto tangible para su organización
- Evidencia de que su programa o materiales se han elaborado cuidadosamente para emplearlos como una herramienta de ventas con facilitadores y con gerentes de las emisoras de radios y canales de televisión
- Un registro de sus actividades que puede emplearse en la planificación de futuros programas
- Asistencia a otros que pueden estar interesados en la elaboración de programas o materiales similares
- Una base para evaluar actividades en el futuro. Es más fácil diseñar un nuevo cuestionario basándose en otro ya utilizado anteriormente que comenzar de nuevo

Análisis cuidadoso

Las tareas de evaluación más frecuentes se agregan a otras responsabilidades que ya representan compromisos de tiempo completo. En consecuencia, rara vez existe tiempo suficiente para pensar en el significado de los hallazgos de la evaluación. Si está realizando u observando una prueba preliminar u otra tarea de evaluación, puede resultar fácil formular conclusiones acerca de la efectividad de sus materiales o programa durante el momento de realización de las tareas. Quizás desee evitar esta tentación y tomarse tiempo para revisar todos los hallazgos antes de determinar cuán buenos son sus materiales o el funcionamiento del programa, o los cambios que deben realizarse. Es importante considerar las sutilezas o ausencias demostradas en la evaluación así como lo que puede haberse declarado directamente. Escribir un informe puede brindar la oportunidad de considerar todo lo que sucedió en el curso de la evaluación, cómo se relacionan estos sucesos con el propósito de la evaluación y cualquier recomendación de cambio para mejorar sus materiales o programa.

Un producto tangible

La prueba preliminar y otras tareas de evaluación requieren una considerable inversión del escaso tiempo y fondos del programa. Presentar a sus organizaciones un producto puede ser particularmente útil si existe falta de apoyo para la evaluación. Puede ayudar a que otros vean no sólo lo que recibieron a cambio de su inversión, sino a que también comprendan por qué la evaluación tiene valor.

Evidencia de la efectividad

Si desea que los intermediarios utilicen sus materiales o programa, quizás tenga que convencerles de su valor. Un informe de evaluación es una prueba de que los materiales y el programa se elaboraron con cuidado. Esta evidencia puede ayudarle a explicar por qué sus materiales o programa puede ser mejor que otros.

Un registro formal

Lo que aprendió al realizar una evaluación, tanto el proceso como los resultados, puede aplicarse a futuros programas. Un informe de evaluación garantiza que las lecciones aprendidas estén disponibles para aplicación futura.

Ayuda para otros

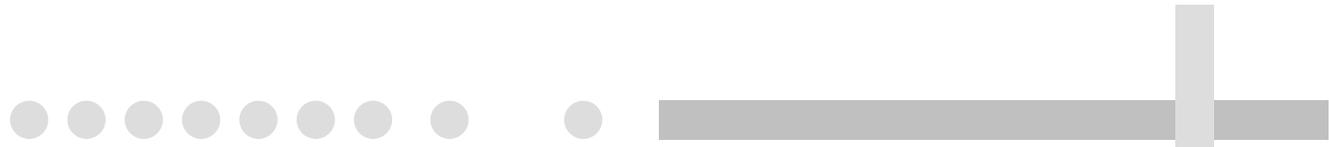
Compartir el informe de evaluación con sus colegas, que quizás estén considerando elaborar programas similares, puede ayudarles a diseñar programas más efectivos, convencerlos de que utilicen o modifiquen su programa y establecer su reputación de buen diseñador de programas.

Una base para futuras actividades de evaluación

Es mucho más fácil diseñar una evaluación basada en la experiencia anterior que comenzar desde el principio. Un informe que esboza lo que realizó, por qué lo realizó, cómo funcionó y qué debería modificarse en el futuro, proporciona una base sólida para planificar una nueva prueba preliminar o evaluación. Asegúrese de incorporar algún cuestionario u otros instrumentos que empleó en su informe para que pueda encontrarlos y revisarlos posteriormente.



Trabajar con intermediarios es necesario para alcanzar a la audiencia seleccionada



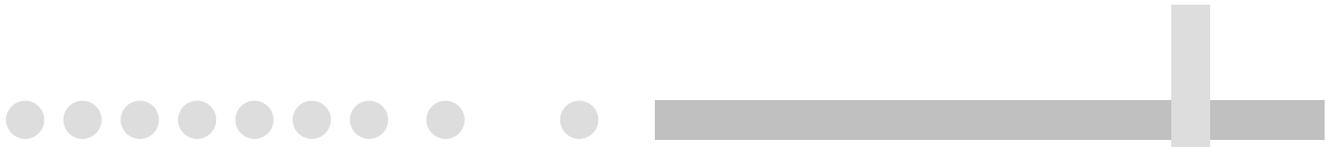
Plan general del informe

Considere incorporar estas secciones a su informe:

- *Propósito de los antecedentes y objetivos del programa*
- *Descripción de lo que se evaluó*
- *Propósito: por qué se realizó la evaluación*
- *Metodología: cómo se realizó, con quién, cuándo, cuántos instrumentos se utilizaron*
- *Obstáculos: problemas en el diseño o la realización de la evaluación*
- *Resultados: lo que descubrió y qué aplicación tiene para el programa*

Aun cuando el informe debe proporcionar un registro claro de lo que hizo, no debe ser más largo o más formal de lo estrictamente necesario. Manténgalo corto y fácil para leer. Adjunte cualquier cuestionario, hojas de anotación u otros instrumentos que utilizó como apéndices, en lugar de describirlos de forma narrativa.

Finalmente, asegúrese de compartirlo con cualquier persona que pudiera encontrarlo útil, así como con los encargados de la ejecución del programa que proporcionaron la retroalimentación. El mejor informe carece de valor si se archiva sin ser leído.



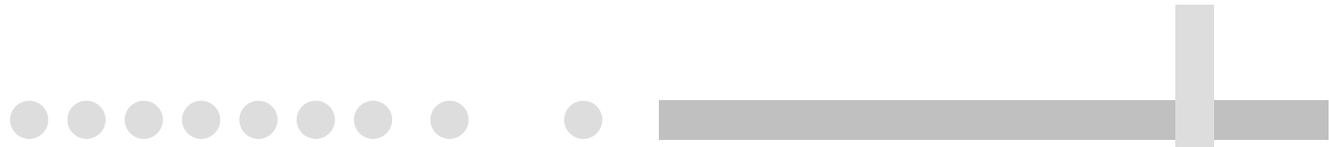
Apéndice A

Ejemplos de planificación de programas de comunicación

Preguntas/Tareas	Recursos para encontrar respuestas
Evaluación	
<ul style="list-style-type: none"> Establecer la meta del programa: por ejemplo, reducir la incidencia del tabaquismo en adolescentes a través de programas de educación e información que promuevan la adopción por los adolescentes de conductas que reduzcan los riesgos. 	Declaración de principios y objetivos de la institución. <i>Rol</i> de comunicaciones. Investigación de la literatura.
<ul style="list-style-type: none"> ¿Qué factores protectores pueden promoverse, y qué factores de riesgo modificarse? <ul style="list-style-type: none"> ¿Qué factores de riesgo constituyen la más alta prioridad para el desarrollo? (Por ejemplo uso del tiempo libre, padres fumadores). 	Estudios epidemiológicos. Consultas con expertos. Políticas organizacionales. Investigación de la literatura.
<ul style="list-style-type: none"> ¿Cuáles son las conductas asociadas con los factores de riesgo identificados? <ul style="list-style-type: none"> ¿Cuál es la conducta sobre la que se debe intervenir con mayor prioridad? ¿El hábito de fumar de los padres? ¿La falta de ofertas recreativas? 	Estudios epidemiológicos. Consultas con expertos. Políticas organizacionales. Estudios CAP.
<ul style="list-style-type: none"> ¿Cuáles deberían ser las audiencias seleccionadas? ¿Los adolescentes? ¿Padres de familia y profesores? 	Revisión de estadísticas de tabaquismo en adolescentes escolarizados. Políticas y normas de la organización. Grupos consultivos, grupos de trabajo. Análisis de los datos secundarios disponibles.

Preguntas/Tareas	Recursos para encontrar respuestas
Evaluación	
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuáles son los factores clave que influyen sobre las conductas de la audiencia seleccionada? <ul style="list-style-type: none"> • temor a ser rechazado(a) por los pares (actitud). • fumar hace daño luego de los años (creencia). • dejar de fumar (habilidades). • Desarrollar y establecer los objetivos del programa. <ul style="list-style-type: none"> • Aumentar el número de profesionales de la salud que aconsejan a sus pacientes adolescentes y a sus padres que dejen de fumar. • Aumentar el número de instituciones que patrocinan programas de educación sobre el tabaco, dirigidos a adolescentes. 	<p>Consulta con expertos y trabajadores locales de salud. Grupos focales.</p> <p>Revisión de la literatura. Consulta con expertos. Grupos focales. Análisis de los datos secundarios disponibles.</p>
Elaboración del programa	
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Por medio de qué canales se puede alcanzar mejor a la audiencia seleccionada: medios de comunicación, lugares de estudio, organizaciones juveniles, templos, trabajadores de salud, profesores, compañeros no fumadores? 	<p>Análisis del alcance e influencia del canal sobre la audiencia seleccionada a través de grupos focales, líderes comunitarios, medios de comunicación locales, organizaciones para el desarrollo.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuál es el mejor programa y/o producto para utilizar a través de los canales seleccionados con la audiencia seleccionada? <ul style="list-style-type: none"> • ¿Los proyectos seleccionados son aptos para producir el efecto deseado en el intermediario? • ¿Los proyectos y/o el programa son aptos para producir el efecto deseado en el intermediario? ¿En la audiencia seleccionada? 	<p>Prueba de conceptos. Grupos focales, consultas con expertos y organizaciones comunitarias.</p> <p>Pruebas preliminares. Análisis de contenido.</p> <p>Pruebas piloto.</p>

Preguntas/Tareas	Recursos para encontrar respuestas
Elaboración del programa	
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo serían distribuidos y/o promovidos el programa y/o los productos? 	<p>Análisis de las redes de intermediarios y de los medios de comunicación y organizaciones existentes. Revisión de programas anteriores de la institución. Revisión de otros programas semejantes.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar un plan de acción para el equipo de trabajo y la asignación de recursos, cronogramas y resultados deseados. 	
Seguimiento—Evaluación del proceso	
<ul style="list-style-type: none"> • ¿El proyecto está alcanzando al intermediario? Procedimientos comunes de seguimiento. <ul style="list-style-type: none"> • ¿El intermediario está utilizando el producto con la audiencia seleccionada? • ¿Qué porcentaje de la audiencia seleccionada está siendo alcanzado? • ¿El producto está produciendo el resultado deseado en la audiencia seleccionada? 	<p>Seguimiento de datos secundarios.</p> <p>Datos de encuesta.</p> <p>Datos de encuesta.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación de resultados del seguimiento y de la evaluación. 	<p>Observación y experiencia.</p>

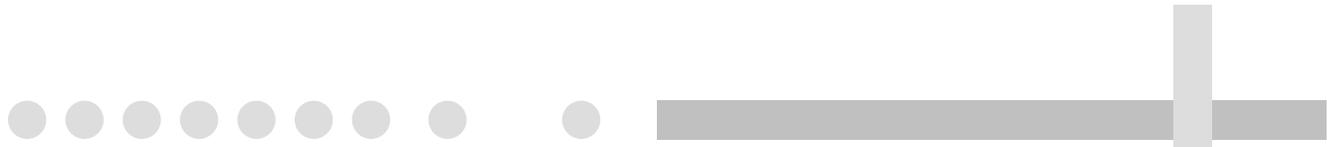


Guía de planificación de programas de comunicación sobre prevención de la violencia en adolescentes escolarizados

Preguntas/Tareas	Recursos para encontrar respuestas
<p>Evaluación</p> <ul style="list-style-type: none"> Establecer la meta del programa: por ejemplo, reducir las manifestaciones de violencia en las escuelas, a través de programas de educación e información que promuevan la adopción de habilidades para la resolución no violenta de conflictos en los adolescentes. 	<p>Declaración de principios y objetivos de la institución escolar. <i>Rol</i> de comunicaciones. Investigación de la literatura. Talleres con padres y profesores.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ¿Qué factores protectores pueden promoverse y qué factores de riesgo modificarse? <ul style="list-style-type: none"> ¿Qué factores de riesgo constituyen la más alta prioridad para el desarrollo? (Por ejemplo porte de armas por parte de los escolares, violencia intrafamiliar, pandillismo). 	<p>Estudios epidemiológicos. Dinámicas de consulta con estudiantes. Consultas con expertos. Políticas de la escuela. Investigación de la literatura.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ¿Cuáles son las conductas asociadas con los factores de riesgo identificados? <ul style="list-style-type: none"> ¿Cuál es la conducta sobre la que se debe intervenir con mayor prioridad? ¿La competencia por dominar el grupo escolar? ¿La afirmación de la identidad y del auto aprecio, con base en la fuerza y la capacidad de agredir? 	<p>Estudios psicológicos y sociológicos. Consultas con expertos. Políticas organizacionales. Grupos focales con estudiantes adolescentes.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ¿Cuáles deberían ser las audiencias seleccionadas? ¿Todos los escolares? ¿Sólo los de grados superiores? ¿Escolares y padres de familia? 	<p>Revisión de estadísticas de violencia y agresividad en la escuela. Políticas y normas de la organización. Grupos consultivos, grupos de trabajo. Análisis de los datos secundarios disponibles.</p>

Preguntas/Tareas	Recursos para encontrar respuestas
Evaluación	
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuáles son los factores clave que influyen sobre las conductas de la audiencia seleccionada? <ul style="list-style-type: none"> • Inseguridad (actitud) • Autoafirmación basada en la capacidad de fuerza y agresión (creencia) • Elegir el diálogo a la agresión (habilidades). • Desarrollar y establecer los objetivos del programa. <ul style="list-style-type: none"> • Vincular profesores, padres de familia y otros adolescentes y jóvenes, al propósito del programa. • Concertar con la institución escolar estímulos (reconocimientos públicos y premios) a los adolescentes que demuestren que han logrado resolver conflictos de manera no violenta. 	<p>Consulta con expertos y profesores de los adolescentes. Grupos Focales.</p> <p>Revisión de literatura. Consulta con expertos. Grupos focales. Análisis de los datos secundarios disponibles. Políticas institucionales. <i>Rol</i> de la comunicación. Organización de padres y de profesores.</p>
Elaboración del programa	
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Por medio de qué canales se puede alcanzar mejor a la audiencia seleccionada: medios de comunicación, lugares de estudio, organizaciones juveniles, templos, trabajadores de salud, profesores, compañeros con prestigio de ser conciliadores? 	<p>Análisis del alcance e influencia del canal sobre la audiencia seleccionada a través de grupos focales, líderes comunitarios, medios de comunicación locales, organizaciones para el desarrollo, grupos juveniles.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuál es el mejor programa y/o producto para utilizar a través de los canales seleccionados con la audiencia seleccionada? <ul style="list-style-type: none"> • ¿Los proyectos seleccionados son claros y efectivos para el intermediario? ¿Para la audiencia seleccionada? • ¿Los proyectos y/o el programa son aptos para producir el efecto deseado en el intermediario? ¿En la audiencia seleccionada? 	<p>Prueba de conceptos. Grupos focales, consultas con expertos y organizaciones estudiantiles o juveniles.</p> <p>Pruebas preliminares. Análisis de contenido.</p> <p>Pruebas piloto.</p>

Preguntas/Tareas	Recursos para encontrar respuestas
Elaboración del programa	
<ul style="list-style-type: none"> ¿Cómo serían distribuidos y/o promovidos el programa y/o los productos? 	Análisis de las redes de intermediarios y de los medios de comunicación y organizaciones existentes. Revisión de programas anteriores de la escuela. Revisión de otros programas semejantes.
<ul style="list-style-type: none"> Desarrollar un plan de acción para el equipo de trabajo y la asignación de recursos, cronogramas y resultados deseados. 	
Seguimiento—Evaluación del proceso	
<ul style="list-style-type: none"> ¿El proyecto está alcanzando al intermediario? Procedimientos comunes de seguimiento. <ul style="list-style-type: none"> ¿El intermediario está utilizando el producto con la audiencia seleccionada? ¿Qué porcentaje de la audiencia seleccionada está siendo alcanzado? ¿El producto está produciendo el resultado deseado en la audiencia seleccionada? 	Seguimiento de datos secundarios. Datos de encuesta. Datos de encuesta.
<ul style="list-style-type: none"> Evaluación de resultados del seguimiento y de la evaluación. 	Observación y experiencia.



Apéndice B

Cuestionario sobre el uso de los medios

Fecha:

Hora:

Localidad:

Código del entrevistador:

Código del supervisor:

Introducción del entrevistador: Soy de (empresa de investigación). Estamos realizando una encuesta acerca de la radio, la televisión, las películas, los periódicos, las revistas y el Internet y me gustaría hacerle algunas preguntas. Todas las respuestas que Ud. nos dé serán confidenciales. Sus respuestas se agregarán a muchas otras y Ud. nunca será mencionado o mencionada por su nombre.

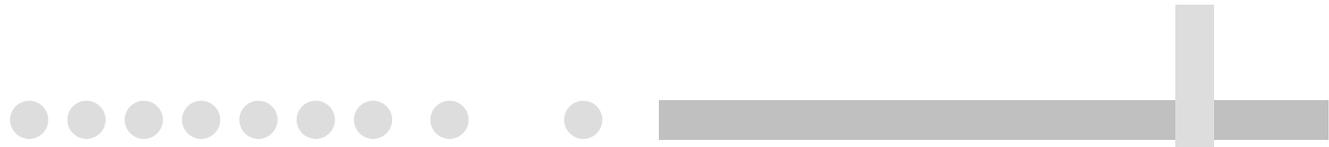
Primero me gustaría hacerle algunas preguntas generales acerca de los medios de comunicación.

1. ¿Diría Ud. que depende de los siguientes medios de comunicación muchísimo, mucho, solo un poco, nada, para (*leer cada tema*) a) Asesoramiento sobre los alimentos adecuados para una buena dieta a su edad; b) Información acerca de cómo atender problemas de salud tales como las enfermedades de transmisión sexual, el SIDA y los trastornos del apetito; c) Información acerca de cuándo Ud. debe ir para hacerse un chequeo médico u odontológico; d) Asesoramiento específico en relación con su sexualidad? *Entregar la tarjeta con las preguntas sobre medios de comunicación.*

	Muchísimo	Mucho	Sólo un poco	Nada
<p>Asesoramiento sobre los alimentos adecuados para una buena dieta a su edad</p> <ul style="list-style-type: none"> -radio -televisión -periódicos -revistas -Internet 				
<p>Información acerca de cómo atender problemas de salud tales como las enfermedades de transmisión sexual, el SIDA y los trastornos del apetito</p> <ul style="list-style-type: none"> -radio -televisión -periódicos -revistas -Internet 				
<p>Información acerca de cuándo Ud. debe hacerse un chequeo médico u odontológico</p> <ul style="list-style-type: none"> -radio -televisión -periódicos -revistas -Internet 				
<p>Asesoramiento específico en relación con su sexualidad</p> <ul style="list-style-type: none"> -radio -televisión -periódicos -revistas -Internet 				

2. Pensando en la radio, la televisión, los periódicos o las revistas, ¿cuál de estos piensa Ud. que proporciona la información más exacta acerca de los temas que le voy a leer? (*leer los temas, mostrar la tarjeta con las categorías de respuesta: la radio, la televisión, los periódicos, las revistas, el Internet*)

	Radio	TV	Periódicos	Revistas	Internet	Otros
• Dieta sana						
• Cólera y problemas de salud						
• Alcohol y problemas relacionados con él						
• Prevención de la farmacodependencia						
• Prevención de accidentes						
• Orientación sexual						
• Prevención del embarazo						
• Enfermedades de transmisión sexual						
• SIDA						
• Cómo dejar de fumar						
• Orientación sociológica para adolescentes y jóvenes						
• Cómo realizar ejercicios adecuadamente						
• Cuándo ir al médico o al odontólogo						



Ahora, me gustaría hacerle algunas preguntas acerca de su propio uso de los medios de comunicación y la regularidad con la cual Ud. escucha en general la radio, mira televisión y vídeos y lee los periódicos y revistas, o consulta y navega por el Internet.

3. ¿Con qué frecuencia, si es que lo hace alguna vez, escucha la radio? ¿Como promedio, la escucha diariamente, varias veces a la semana, menos, a menudo o nunca?

Diariamente
 Varias veces a la semana
 Menos
 A menudo
 Nunca

4. ¿Y qué me dice acerca de la televisión? ¿Como promedio mira televisión diariamente, varias veces por semana, menos, a menudo o nunca?

Diariamente
 Varias veces a la semana
 Menos
 A menudo
 Nunca

5. ¿Qué me dice acerca de los periódicos? ¿Cuán a menudo lee un periódico? ¿Como promedio, lee un periódico diariamente, varias veces por semana, menos, a menudo o nunca?

Diariamente
 Varias veces a la semana
 Menos
 A menudo
 Nunca

6. ¿Y qué periódicos, si es que alguno, ha leído u hojeado durante la semana pasada? *Entregar lista de los periódicos principales*

7. ¿Tiene un periódico o periodista favorito? Si es así, ¿quién? *Entregar lista de periódicos, periodistas y columnistas (ANOTE SÓLO UNA RESPUESTA POR PREGUNTA)*

8. ¿Qué revistas, si es que alguna, ha leído u hojeado durante el mes pasado? *Entregar lista de revistas*



9. ¿Cuántas veces vio películas o fue al cine en los últimos 30 días?

Ninguna	1
Una vez	2
Dos veces	3
Tres o más veces	4

10. Y ahora hablemos del Internet. ¿Consulta Ud. el Internet con alguna frecuencia? ¿Cuán a menudo lo hace? ¿Como promedio diariamente, varias veces por semana, menos, a menudo o nunca?

11. a. ¿Escuchó la radio ayer?

Sí	1	No	2
----	---	----	---

b. *En caso afirmativo, tengo una lista de las emisoras de radio. (Muestre la lista)*
Quisiera que me diga qué emisoras escuchó ayer. *(Lista de las emisoras de radio disponibles en el área)*

12. a. ¿Miró televisión ayer?

Sí	1	No	2
----	---	----	---

b. *En caso afirmativo, tengo una lista de las canales de televisión. (Muestre la lista)* Me gustaría que me diga qué canales vio ayer.
Lista de los canales de televisión disponibles en el área

13. ¿Cuán interesado (a) está Ud. en los siguientes tipos de programas de radio y televisión?

	Muy inter.	Algo inter.	No muy inter.	Nada inter.	No sé
Dieta y los alimentos adecuados	1	2	3	4	5
Cómo dejar de fumar	1	2	3	4	5
Problemas con el alcohol	1	2	3	4	5
Prevención de accidentes	1	2	3	4	5
Sexualidad y reproducción	1	2	3	4	5
Ejercicio y aptitud física	1	2	3	4	5
Salud en general	1	2	3	4	5
Abuso de drogas	1	2	3	4	5
Cómo resolver problemas sin violencia	1	2	3	4	5

14. ¿Tiene Ud. en su casa un (*lea la siguiente lista*) funcionando?
 Aparato de radio conectado a la red, receptor de radio con banda de AM/MW, receptor de radio con banda FM, receptor de radio con banda de onda corta, receptor de radio con banda de onda larga, receptor de radio con cassette, televisor, vídeo cinta, grabador de cinta de audio, computadora personal, computadora personal conectada a Internet.
15. *Si tiene un televisor que funciona, pregunte:* ¿Puede recibir programas extranjeros vía satélite en su aparato? ¿Recibe programas de los países vecinos [Sí/No], de Europa [Sí/No], de los Estados Unidos?[Sí/No]
16. ¿A cuál de los siguientes medios está conectado su aparato? (*Lea la siguiente lista*): ¿Una red de cable que sirve a

muchos hogares y edificios en su vecindario, un sistema pequeño que lo conecta sólo a Ud. y a sus vecinos inmediatos a una antena circular de satélite o a su propia antena privada de satélite?

Y ahora acerca de Ud.

- | | | | | | |
|-----|-------|---|---|-------|---|
| 17. | Sexo: | M | 1 | Edad: | |
| | | F | 2 | 10-14 | 1 |
| | | | | 15-17 | 2 |
| | | | | 18-24 | 3 |
18. ¿Cuántos años de educación ha completado?
- | | | | |
|--------------------|---|-----------------------|---|
| Ninguno | 1 | Secundaria incompleta | 4 |
| Menos que primaria | 2 | Secundaria completa | 5 |
| Primaria completa | 3 | Superior | 6 |
19. ¿Cuál es su ocupación?
- | | | | |
|-----------------------------|---|-------------|---|
| Estudiante | 1 | Ama de casa | 6 |
| Ventas | 2 | Informal | 7 |
| Oficina, empleado y afín | 3 | Otro | 8 |
| Agricultor, ganadero y afín | 4 | Desempleado | 9 |
| Artesano | 5 | | |
20. ¿Fuma ahora?
21. ¿Ha fumado alguna vez?
22. ¿Toma Ud. licor?
23. ¿Cuándo fue la última vez que tomó licor?
24. ¿Cuándo fue la última vez que visitó a un médico?
25. ¿Cuándo fue la última vez que visitó a un odontólogo?
26. ¿Tiene niños?

Muchas gracias por sus contribuciones.



Apéndice C

Cuestionario de intercepción en lugares centrales

NOTA: “Lugares centrales” se refiere a sitios de gran afluencia de la audiencia seleccionada donde realizar las entrevistas, como pueden ser la sala de espera de una clínica, o un mercado. El siguiente cuestionario es una versión ajustada para trabajarla con adolescentes, basada en el cuestionario que aparece en el Apéndice A, del *Manual de comunicación social para programas de salud* (OPS, 1992). El vídeo a que se refiere este cuestionario es hipotético. **Este cuestionario se ha elaborado de manera ilustrativa;** si Ud. requiere un cuestionario como este, debe apoyarse en personal experto para producirlo.

Introducción

Hola, mi nombre es _____ y trabajo con una organización que está haciendo una investigación sobre los problemas de salud de los (as) adolescentes en esta zona. Estaremos realizando un estudio de investigación de mercado con personas que tienen entre 10 y 18 años de edad. ¿Estaría Ud. dispuesto (a) a regalarnos unos minutos respondiendo a algunas preguntas?

Examinador

S.1 ¿Cuál es su edad? _____

1. Menos de 10 años (*Dar las gracias y terminar*)
2. Entre 10 y 13 años
3. Entre 14 y 16 años
4. Entre 17 y 18 años
5. Más de 18 años (*Dar las gracias y terminar*)

S.2 ¿Se le ha dicho alguna vez que tiene algo de lo siguiente?

	<i>Si</i>	<i>No</i>
1. Problemas respiratorios	Continuar	Continuar
2. Desnutrición	Continuar	Continuar
3. Problemas visuales (Miopía, por ejemplo)	Continuar	Continuar



S.3 ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor el nivel educacional más alto que Ud. ha completado? (*Marque con un círculo una respuesta*)

1. Preescolar incompleto (*Continuar*)
2. Preescolar completo (*Continuar*)
3. Parte de la escuela elemental (*Continuar*)
4. Escuela elemental completa (*Continuar*)
5. Parte de la escuela secundaria o de segunda enseñanza (*Continuar*)
6. Escuela secundaria o de segunda enseñanza completa (*Continuar*)
7. Estudios técnicos incompletos (*Continuar*)
8. Estudios técnicos completos (*Continuar*)
9. Estudios universitarios incompletos (*Continuar*)

S.4 Sexo de la persona entrevistada

1. Hombre
2. Mujer

S.5 Me gustaría mostrarle un vídeo que se ha producido como servicio público y obtener sus reacciones. Esto no tomará más de 15 minutos. ¿Si desea ver este mensaje de servicio público, vendría conmigo a (la iglesia, centro comunitario, tienda local) donde podremos verlo en televisión y en vídeo cinta?

1. No (*Dar las gracias y terminar*)
2. Sí (*Continuar*)

Cuestionario

Me gustaría mostrarle el vídeo y hacerle unas cuantas preguntas acerca del mismo. El mensaje está todavía en forma preliminar, por lo que necesitará recurrir un poco a su imaginación para formarse una idea del aspecto que tendrá después de la producción final. En esta versión Ud. verá los dibujos empleados para transmitir la idea, pero en la versión final se desarrollará la acción en vivo y tendrá un aspecto más acabado.

1. ¿Cuál fue en su opinión la idea principal de este vídeo?
(Anotar la primera mención)
¿Nada más? (Anotar todas las menciones)

	Primera mención (marque sólo una)	Nada más (marque todas)
• El embarazo en la adolescencia		
• Se debe tener una sexualidad sana y responsable		
• El respeto por sí mismo(a) incluye tener una sexualidad responsable		
• El amor a sí mismo(a) y a la pareja es la base de una sexualidad responsable		
• El diálogo y la confianza con los padres son fundamentales para resolver las dudas y afrontar los conflictos propios de la adolescencia		
• Tener un embarazo en la adolescencia no es el fin del camino		
• En caso de un embarazo, buscar ayuda profesional a tiempo es fundamental para nuestra vida y la del nuevo ser		
• Prepararnos para ser padres y madres es expresión de nuestro amor a nosotros(as) mismos(as) y a nuestros hijos(as)		
• Un(a) hijo(a) necesita nuestro amor y cuidado permanentes		
• Otra		

2. ¿Qué le gustó especialmente, si es que le gustó algo, acerca del vídeo?
 (Anotar la primera mención)
 ¿Nada más? (Anotar todas las otras menciones)

	Primera mención (marque sólo una)	Nada más (marque todas)
• Todo		
• Nada		
• Me gustó el mensaje en general		
• Fácil de seguir/comprender		
• Capta la atención/es interesante		
• El mensaje es importante		
• El mensaje contiene información útil		
• Es un buen recordatorio		
• Me gustó la idea de tener una sexualidad sana y responsable		
• El mensaje es directo y acertado		
• Se concentra en los adolescentes		
• Su presentación es agradable, tiene ritmo, es bonito		
• El mensaje es dramático		
• El mensaje se dirige directamente a mí		
• Me gusta el tono alentador/un embarazo no es el fin del camino		
• Mensaje e imágenes encajan bien		
• No sé		
• Otra		

3. ¿Qué no le gustó en particular acerca del vídeo, si es que algo no le gustó?
 (Anotar la primera mención)
 ¿Nada más? (Anotar todas las menciones)

	Primera mención (marque sólo una)	Nada más (marque todas)
• Todo		
• Nada		
• El mensaje me disgustó en general		
• El mensaje fue difícil de seguir/comprender		
• Voces difíciles de entender		
• Demasiado liviano/no es suficientemente dramático		
• Demasiado serio/temeroso/excesivamente dramático		
• Aburrido, poco atractiva su presentación		
• No me gustó la voz		
• No captó la atención/poco interesante		
• No tiene suficiente información/la información no es nueva ni útil		
• Demasiado pesimista, triste		
• Mensaje e imágenes no encajaron bien		
• Mensaje no relacionado conmigo		
• No sé		
• Otra		

4. ¿Hubo algo en el vídeo que Ud. encontró confuso o difícil de comprender?

(Anotar primera mención)

¿Nada más? *(Anotar todas las otras menciones)*

	Primera mención (marque sólo una)	Nada más (marque todas)
• Nada (todo estaba claro)		
• Confuso en general		
• El mensaje no es claro		
• Palabras difíciles de comprender		
• La historia presentada es confusa, no se entiende bien		
• Demasiada información presentada		
• Insuficiente información presentada		
• Mensaje no relacionado conmigo		
• No comprendí a quién se está dirigiendo		
• Otra		

5. ¿Hubo algo en el vídeo que Ud. encontró difícil de creer?

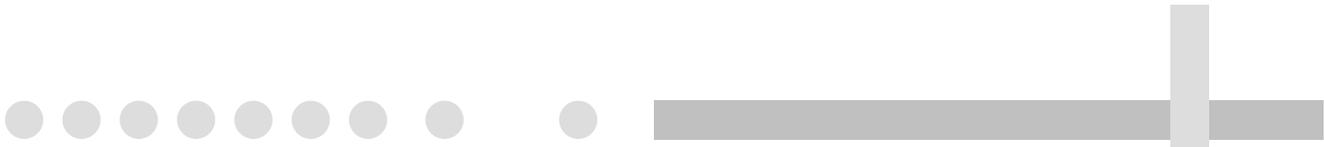
(Anotar primera mención)

¿Nada más? *(Anotar todas las otras menciones)*

	Primera mención (marque sólo una)	Nada más (marque todas)
• No, nada		
• Mensaje no creíble en general		
• No es creíble que una adolescente que tenga un hijo pueda superar ese problema		
• No es creíble que se pueda dialogar libremente con los padres		
• No es creíble que haya instituciones que se interesen por adolescentes embarazadas para ayudarlas		
• Otra		

6. Voy a leerle un conjunto de frases que describen el mensaje que Ud. acaba de ver. Para cada frase dígame si Ud. está firmemente de acuerdo, de acuerdo, ni está de acuerdo ni difiere, difiere o difiere firmemente con la oración (*Leer las frases e indicar de acuerdo o desacuerdo*)

	Decididamente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Difiero	Decididamente en desacuerdo
El mensaje fue interesante					
El mensaje fue convincente					
El mensaje fue irritante					
El mensaje fue confuso					
El mensaje dio en el clavo					
El mensaje no fue suficientemente serio					
El mensaje fue ofensivo					
El mensaje fue atemorizante					
El mensaje fue creíble					
El mensaje me dio información útil					
El mensaje dio información para otros					
El mensaje captó mi atención					



	Decididamente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Difiero	Decididamente en desacuerdo
El mensaje captará la atención de quienes estén embarazadas o su pareja					
El mensaje fue un buen recordatorio					
El mensaje tuvo un tono alentador en general					
El mensaje fue demasiado leve, debe ser más fuerte					
Seré más consciente acerca de la responsabilidad de tener una sexualidad sana y responsable					
Me resulta difícil establecer buenas relaciones y diálogo con mi padre y mi madre					
El mensaje me convenció de que se debe estar preparado para tener una sexualidad sana y responsable					



Apéndice D

Cómo diseñar una prueba de tipo teatral para vídeo

Planificación de la prueba preliminar

La finalidad de la prueba preliminar es determinar qué mejoras deben realizarse antes de la producción final de su vídeo. Para guiarlo en la preparación del cuestionario de prueba preliminar y en el análisis de los resultados, describa claramente los objetivos de su mensaje, la audiencia seleccionada y los puntos o ideas principales que su vídeo está tratando de transmitir. Identifique también cualquier inquietud especial que tenga acerca del vídeo.

Los productores de vídeo tienen a menudo ciertas inquietudes acerca de las reacciones de la audiencia seleccionada a su mensaje. Por ejemplo, las palabras o frases técnicas podrían ser confusas. O, los personajes del vídeo podrían ser percibidos como inverosímiles o inapropiados, o la música como un problema.

Ahora es el momento de considerar cada elemento en el mensaje que pueda afectar la capacidad de la audiencia seleccionada para recordar el mensaje, su comprensión u otras reacciones y determinar cuáles de estas inquietudes deben abordarse en las pruebas preliminares.

Producción del cuestionario

Para recopilar información útil en la prueba preliminar, el cuestionario debe elaborarse cuidadosamente. Contendrá cuatro partes.

1. Las **preguntas del programa** en lo referente a las reacciones de la audiencia seleccionada al vídeo que se presentará en la sesión de prueba. (Preguntas de la Parte I del cuestionario ilustrativo).
2. **Rememoración y comunicación de las ideas principales**—tres preguntas tipo para evaluar la capacidad de su vídeo para captar la atención y transmitir la idea principal serán la segunda parte de su cuestionario. (Parte II del cuestionario ilustrativo).
3. Las **reacciones de la audiencia**—varias preguntas tipo sobre las reacciones de la audiencia y preguntas que Ud. desarrollará específicamente para la prueba del mensaje.
4. Preguntas de **demografía** para registrar las características de los participantes (sexo, edad, educación, estado de salud).

¿Cómo funciona el cuestionario?

Después de que los participantes hayan visto el vídeo, el anfitrión de la reunión hace preguntas acerca del vídeo en la primera página del cuestionario. Después de dar tiempo a los participantes para escribir sus respuestas en la página 1, el anfitrión lee en voz alta las preguntas estándar de la prueba preliminar (Parte II) y les da tiempo a los participantes para dar sus respuestas.

Las primeras dos preguntas miden el grado en que la audiencia recuerda el mensaje o la capacidad de su mensaje para captar la atención. La tercera pregunta está diseñada para medir el grado en que su mensaje comunicó su idea o punto principal. No es suficiente que el anuncio sea recordado; también debe comunicar información clave a su audiencia.

Los resultados ideales serían que todos recordasen haber visto su vídeo y recordasen la idea principal que transmite. Una vez que los participantes han completado la página 2, el anfitrión debe mostrar el vídeo por segunda vez. Entonces debe repetir la pregunta sobre la idea principal (Ver la Parte III). Generalmente un número mayor de entrevistados podrá describir la idea principal después de su segunda exposición. Además de completar la pregunta sobre la idea principal después de la segunda exposición al mensaje, se les debe hacer una serie de preguntas a los participantes para medir sus reacciones a al mensaje.

Resumen—Planificación de la prueba preliminar

- Escribir los objetivos del mensaje, la audiencia seleccionada y los puntos principales.
- Identificar las inquietudes especiales, tales como palabras técnicas, credibilidad, música.
- Considerar cada elemento del mensaje teniendo en cuenta la capacidad de la audiencia seleccionada para recordarlo u otras reacciones. Decidir qué inquietudes tienen prioridad.

¿Debe emplear preguntas tipo?

Las preguntas tipo de rememoración y reacción deben incorporarse en la prueba preliminar por dos razones. Primero, las preguntas están dirigidas a las mediciones más importantes de la eficacia potencial de un mensaje—es decir, si capta la atención de la audiencia y si transmite su idea principal. Además, el uso de las preguntas tipo permite hacer comparaciones, ya que estas preguntas pueden emplearse en muchas pruebas preliminares de los videos producidos para la promoción de la salud y, en consecuencia, pueden emplearse para realizar comparaciones.

¿Por qué necesito preparar preguntas adicionales?

Prepare preguntas que respondan a sus inquietudes especiales acerca de su vídeo. Por ejemplo, puede desear incluir una pregunta que indague sobre qué acción recomienda su mensaje que las personas realicen.

¿Cómo sé qué preguntar?

Es mejor desarrollar una o más preguntas abordando cada característica del mensaje en su vídeo. Los ejemplos de las preguntas para cada característica enumerada del mensaje figuran en la Parte III del cuestionario ilustrativo. Estas preguntas son ejemplos; Ud. tiene que adaptar las preguntas a sus necesidades. Recuerde que el objetivo de las pruebas preliminares es descubrir cualquier problema con su vídeo antes de la producción final. Cualquier inquietud grave que tenga acerca de su mensaje deberá explorarse en las pruebas preliminares.

¿Cómo preparo el cuestionario para la prueba preliminar?

Una vez que haya escrito su cuestionario, debe hacer copias para los participantes de la prueba preliminar. Haga copias extra del cuestionario precaviendo que asistan a la sesión de pruebas preliminares un mayor número de personas que el que Ud. espera.

¿Cuántos participantes deben reclutarse?

Esta metodología de pruebas preliminares está diseñada para proporcionar información cualitativa, de diagnóstico. En consecuencia, no hay procedimiento estadístico para la determinación del tamaño de la muestra. Sin embargo el tamaño de la muestra debe ser suficientemente grande, para darle confianza en que ha sondeado una amplia gama de opiniones. Un tamaño de muestra razonable y adecuado es de 50 participantes típicos de su audiencia seleccionada. Si los participantes han de reflejar una audiencia general, la muestra debe incluir una combinación de hombres y mujeres, que representen una gama de edades, educación y niveles de ingreso. Una consideración importante relacionada con el reclutamiento es el tipo de instalación y los arreglos de exhibición que empleará. Si convoca a todos los 50 participantes juntos a una sesión de prueba, necesitará por lo menos dos monitores de televisión para que todos puedan ver el vídeo. Puede ser necesario establecer dos o más sesiones de la prueba para instalaciones más pequeñas. Asegúrese de elegir un lugar que sea conveniente para su audiencia.

Características del mensaje

- Uso de la música
- Uso de una persona famosa como portavoz
- Uso de números de teléfono
- Uso de la dirección postal
- Solicitud de una acción específica
- Instrucciones para realizar una conducta específica de salud
- Presentación de información técnica o médica
- Promoción de una organización patrocinadora de un evento
- Personajes concebidos de forma tal que sean típicos de la audiencia seleccionada
- Uso de un anunciador para explicar las imágenes
- Presentación de información polémica o desagradable

¿Cómo se reclutan los participantes?

Una técnica que se ha empleado con éxito para reclutar a los participantes para las pruebas preliminares de los mensajes de salud consiste en buscar la cooperación de grupos de la comunidad, tales como grupos juveniles, grupos deportivos, organizaciones cívicas, sociales o religiosas cuyos miembros son típicos de su audiencia seleccionada. Las escuelas, los puestos o centros de salud y los lugares de trabajo también pueden contactarse para obtener ayuda para el reclutamiento de los participantes. Algunas de estas organizaciones tienen generalmente listas de miembros que pueden emplearse para fines de reclutamiento. Esto es especialmente útil si Ud. necesita reclutar una audiencia seleccionada y puede identificar una organización cuyos miembros concuerdan con sus necesidades. Además, los miembros tienen mayor probabilidad de participar por motivo de su afiliación o en beneficio de su organización. Puede ofrecer pequeños regalos individuales o refrescos durante la sesión.

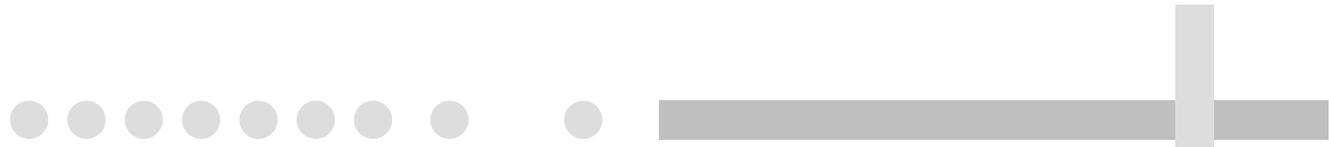
Cuando haya identificado a grupos de la comunidad potencialmente cooperativos, póngase en contacto con un funcionario dentro de la organización para obtener su cooperación y explicar la naturaleza y las necesidades de la prueba. Una vez obtenida su cooperación, decida cómo reclutará a los participantes. Una posibilidad consiste en realizar la prueba preliminar como parte de la reunión del grupo regularmente programada. En este caso, todos los miembros que asistan a la reunión participarán en la prueba preliminar. De esta manera, se emplea un esfuerzo extra relativamente pequeño en el reclutamiento de los participantes y no tiene que informarse a los participantes acerca de la prueba preliminar hasta que lleguen a la reunión. Esto reduce al mínimo la posibilidad de que descubran la verdadera naturaleza de la prueba. En este caso, puede utilizar su instalación de reunión ordinaria para desarrollar la prueba, un lugar conveniente y familiar. Si algunos participantes en la reunión no satisfacen sus requisitos de selección, sus respuestas pueden descartarse posteriormente.

Las desventajas de este enfoque son que existe poco control del número de personas que vendrán y sobre la composición del grupo. Debido a que la sesión de pruebas preliminares dura aproximadamente una hora, puede ser difícil colocarla en el temario de una reunión regularmente programada. Una alternativa consiste en convocar a los miembros del grupo a una reunión especial. En este caso, quizás sea necesario que alguien en su organización o algún miembro de la comunidad les pida que participen. En cualquier caso, la petición a los miembros debe hacerse en nombre de sus propios grupos.

La mayor ventaja de reclutar a los participantes independientemente de las reuniones programadas es la oportunidad de examinar a los mismos con respecto a las características relevantes y eliminar antes de la prueba preliminar a los profesionales de salud u otras personas que no deben participar. Las desventajas del reclutamiento de los participantes para las pruebas preliminares fuera de

Resumen—Requisitos para el reclutamiento

- Ud. necesita por lo menos 50 participantes
- Para una audiencia general, reclute una combinación de hombres y mujeres, con distintas edades, niveles de educación y de ingreso
- Para un mensaje concebido para una audiencia general y una audiencia específica, reclute dos muestras
- Reclute a las audiencias seleccionadas por intermedio de grupos juveniles, equipos deportivos, organizaciones cívicas, sociales o religiosas o través de las escuelas, clínicas o lugares de empleo



una reunión programada son, entre otras, la cantidad de tiempo y energía empleados en contactar y recordar a los participantes la celebración de la prueba y la necesidad de encontrar instalaciones especiales para la misma.

En las pruebas preliminares de vídeos de salud, debe excluirse la participación de profesionales del campo de la salud. Tampoco deben participar las personas que conocen el programa de su organización, ya que lo más probable es que sus respuestas resulten sesgadas.

Realización de la prueba preliminar

1. Esté bien preparado (a) y organizado (a).
2. Preséntese dando el nombre solamente y exprese su interés en respuestas individuales al material del vídeo.
3. Distribuya los cuestionarios.
4. Projete el programa de vídeo, cuidando de detectar cualquier problema con el sonido o la imagen.
5. Lea cada pregunta en la página 1 del cuestionario y dé tiempo a los participantes para que puedan dar las respuestas.
6. Haga que los entrevistados llenen la página 2 siguiendo sus instrucciones.
7. Projete el programa de vídeo por segunda vez.
8. Haga que los entrevistados llenen el resto del cuestionario.
9. Recoja el cuestionario, entregue los pequeños regalos o refrescos y deles las gracias a los participantes.

Análisis de los resultados de la prueba preliminar

El análisis del cuestionario incluye dos pasos. Primero, tabular o contar cuántos participantes dieron cada respuesta posible a cada pregunta. Luego, buscar patrones en las respuestas y sacar el significado de los números.

Las **preguntas cerradas** obligan a los participantes a seleccionar una respuesta entre varias alternativas. Un método rápido para tabular o contar el número de participantes que seleccionaron cada respuesta posible a cada pregunta consiste en emplear un cuestionario en blanco y marcar o anotar en él el número de respuestas totales para cada pregunta.

Las **preguntas abiertas** son más lentas de analizar. Las preguntas abiertas permiten que los participantes se expresen en sus propias palabras. La manera más fácil de analizar estas preguntas es escribir cada pregunta en la parte superior de una página en blanco separada, una hoja de codificación. Puesto que los participantes están respondiendo con sus propias palabras, el primer paso es agrupar las respuestas a cada pregunta en



categorías. Agrupe las respuestas a cada pregunta en tres categorías: por ejemplo correcto, parcialmente correcto e incorrecto. Al categorizar la memorización de la audiencia y las respuestas referidas a la idea principal, emplee el guión del vídeo y su propia exposición de los puntos principales del mensaje para guiar el análisis. En el caso de algunas preguntas abiertas, quizás desee clasificar las respuestas como favorables o desfavorables.

¿Cómo interpreto los resultados de la prueba preliminar?

Una vez que ha tabulado las respuestas a cada pregunta, su interpretación debe guiarse por los objetivos establecidos para su mensaje en el formulario de planificación de la prueba preliminar. Se muestran las normas para la interpretación de las respuestas a las preguntas tipo de las pruebas preliminares. Los rangos se basan en los resultados de pruebas anteriores. Pueden ser útiles para comparar su vídeo con los resultados de la prueba preliminar anterior. Esta guía no puede darle los rangos o las tasas para las preguntas que se relacionan específicamente con su vídeo. Tendrá que interpretar los porcentajes por sí mismo. Pregúntese cuán vital es el que la mayoría de los participantes respondan de una cierta manera a cada pregunta. Por ejemplo, si el vídeo comunica la información de la idea principal mediante la música, es muy importante que una gran mayoría responda que puede comprender las palabras de la canción. Por otro lado, si la música del vídeo sirve como sonido de fondo, entonces no es tan vital comprender la letra de la canción.

Idealmente, la mayoría de las respuestas abiertas caerán dentro de la categoría correcta. Este modelo tiende a confirmar que el vídeo está alcanzando sus objetivos. El tamaño de la muestra y la metodología empleada no permiten la formulación de conclusiones definitivas acerca de cuál será el impacto de su mensaje después de su transmisión. La prueba preliminar mejorará el vídeo. Considere los resultados generales.

- ¿Qué se aprendió con la prueba preliminar?
- ¿Alcanzó el vídeo sus objetivos de comunicación?
- ¿Cuáles son los puntos fuertes del vídeo, las debilidades?
- ¿Recibió el vídeo una reacción favorable y apropiada de audiencia?
- ¿Destacó alguna respuesta a cualquier pregunta específica?
- ¿Debe revisarse el vídeo?

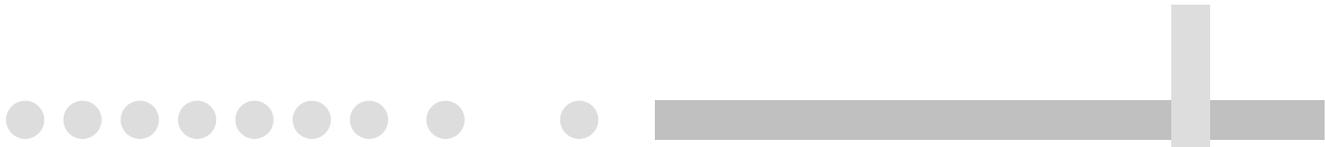
Resumen—Análisis de la prueba preliminar

- Tabular cuántos participantes dieron cada respuesta posible a cada pregunta
- Observar los patrones a través de las preguntas
- Comparar los resultados con los objetivos originales
- Decidir si recomendar cambios en el vídeo

Normas para la interpretación de las respuestas a las preguntas estándar de las pruebas preliminares			
	Alto %	Promedio %	Bajo %
Atención/rememoración	41 o más	30-40	29 o menos
Idea principal	36 o más	25-35	24 o menos
Digno de recordar	76 o más	60-75	59 o menos
Personalmente relevante	66 o más	50-65	49 o menos
Nada confuso	9 o menos	10-20	21 o más
Creíble	91 o más	75-90	74 o menos
Bien hecha	66 o más	50-65	49 o menos
Convincente	71 o más	55-70	54 o menos
Informativa	76 o más	60-75	59 o menos
Demostró su premisa	91 o más	75-90	74 o menos
Interesante	66 o más	50-65	49 o menos
Agradable	66 o más	50-65	49 o menos

Formulario de planificación de la prueba preliminar

1. ¿Cuál es el objetivo de comunicación de mi vídeo?
2. ¿Cuál es la audiencia seleccionada?
3. ¿Cuál es el punto principal o general que estoy tratando de comunicar a mi audiencia con este vídeo?
4. ¿Qué otros puntos importantes deseo que el observador recuerde de este vídeo? (Enumerarlos en orden de importancia)
5. ¿Qué inquietudes especiales tengo acerca de este vídeo (e.g., reacciones frente a los personajes, a la música, a las palabras técnicas, al entorno, etc.)?



Apéndice E

Cuestionario de la prueba preliminar del vídeo ilustrativo

Parte I

Gracias por ver este programa. Una de las razones por las que se les mostró fue la de obtener su reacción—ver qué parte les gustó y qué parte no les gustó.

1. ¿Hubo alguna parte del programa que le gustara especialmente?
2. ¿Hubo algo acerca del programa que le disgustara?
3. Por favor, indique su reacción general al programa rodeando con un círculo una de las frases a continuación:
 - Un gran programa, me gustaría verlo nuevamente
 - Un programa bastante bueno
 - Un programa regular, como muchos otros
 - Otro programa malo
4. ¿Recomendaría el programa a sus amigos? ¿Por qué sí o por qué no?

Parte II

Por cada vídeo que Ud. recuerda haber visto, sírvase escribir en la línea de puntos lo que decía el mensaje y lo que mostró el mensaje. Escriba la idea principal que cada mensaje estaba tratando de transmitir en las líneas sólidas. (Por cada vídeo mostrado).

- | | |
|----------------------------|--|
| a) ¿Qué dijo el mensaje? | c) ¿Cuál fue la idea principal que cada mensaje trató de transmitir? |
| b) ¿Qué mostró el mensaje? | |

1. a. _____
- b. _____
- c. _____

Parte III



Se enumeran a continuación las preguntas de reacción típicas que le recomendamos que incluya en su cuestionario.

1. Esta tarde Ud. vio un vídeo. Ahora que Ud. ha observado el mensaje dos veces, díganos cuál fue, en su opinión, la idea principal del mensaje.

2. En su opinión, ¿hubo algo en particular que valiera la pena recordar acerca del mensaje?

___ Sí

___ No

En caso afirmativo, ¿qué valió la pena recordar?

3. ¿En su opinión, a qué tipo de persona estaba dirigido este mensaje?

___ A alguien como yo

___ A alguien distinto, no a mí

___ Si a alguien distinto, ¿por qué?

4. ¿En su opinión, hubo algo en el mensaje que fuera confuso o difícil de comprender?

___ Sí

___ No

¿En caso afirmativo, qué fue confuso?



5. Ahora nos gustaría que describiera el vídeo. De cada par de palabras o frases, sírvase marcar con un círculo la que Ud. considera que mejor describe el mensaje.

Creíble/no creíble

Bien realizado/mal realizado

Convincente/no convincente

Transmitió la idea/no transmitió la idea

Interesante/no interesante

Agradable/no agradable

Informativo/no informativo

A continuación brindamos algunas preguntas ilustrativas para cada característica del mensaje tratada en el Capítulo 2.

Uso de la música:

1. Rodee con un círculo la respuesta de cada par que mejor describa lo que Ud. piensa acerca de la música en el mensaje.

Apropiada para el mensaje/no apropiada

Eficaz para transmitir el mensaje/ineficaz

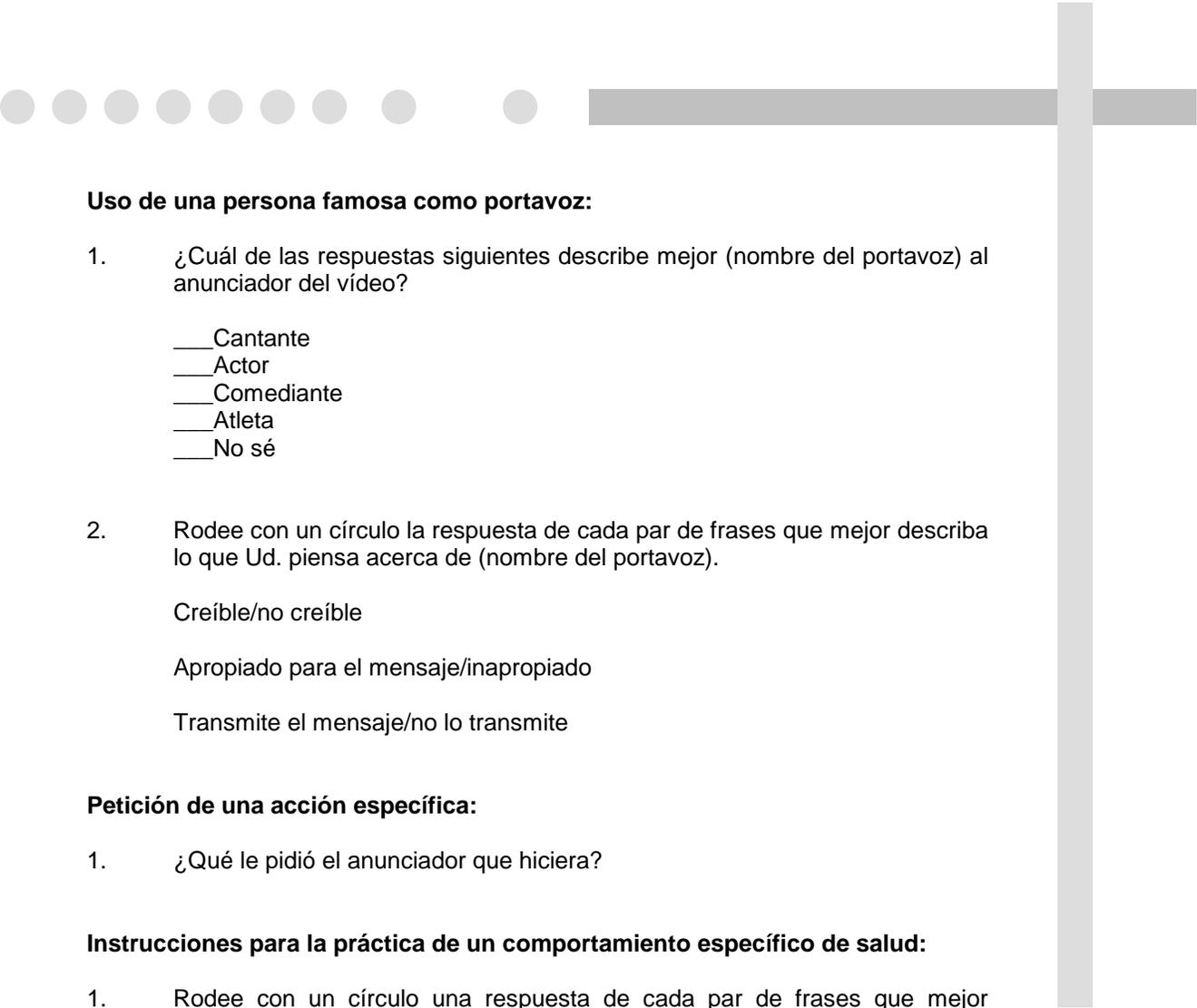
Pude comprender las palabras de la música/no pude

2. En general, cómo describiría la música en el vídeo

___ La música es apropiada para el mensaje

___ La música no es adecuada para el mensaje

___ No recuerdo la música



Uso de una persona famosa como portavoz:

1. ¿Cuál de las respuestas siguientes describe mejor (nombre del portavoz) al anunciador del vídeo?

 Cantante
 Actor
 Comediante
 Atleta
 No sé

2. Rodee con un círculo la respuesta de cada par de frases que mejor describa lo que Ud. piensa acerca de (nombre del portavoz).

Creíble/no creíble

Apropiado para el mensaje/inapropiado

Transmite el mensaje/no lo transmite

Petición de una acción específica:

1. ¿Qué le pidió el anunciador que hiciera?

Instrucciones para la práctica de un comportamiento específico de salud:

1. Rodee con un círculo una respuesta de cada par de frases que mejor describa lo que Ud. piensa acerca de las instrucciones en relación con (comportamiento) en el vídeo.

Clara y fácil de comprender/confusa y difícil de comprender

Podría practicar el comportamiento/No podría practicar el comportamiento (después de ver el vídeo)

Presentación de información técnica o médica:

1. El vídeo presentó información técnica o médica. Seleccione la respuesta de cada par de frases que mejor describa lo que Ud. piensa acerca de la información.

El vídeo hizo un buen trabajo en la presentación de la información/mal trabajo

Comprendí todos los términos en vídeo/tuve dificultad en comprender



Presentación de información nueva

1. ¿Cuánta información en el vídeo fue nueva para Ud.?
 Toda
 La mayor parte
 Alguna
 Ninguna

2. ¿En general, cuán útil fue la información en el vídeo para Ud.?
 Muy útil
 Algo útil
 No muy útil
 Inútil
 No sé, no estoy seguro (a)

Personajes que se suponen típicos de la audiencia seleccionada:

1. ¿Cuál de las siguientes declaraciones describe mejor los personajes en el vídeo?
 Los personajes del vídeo me recordaron a personas que conozco
 Los personajes del vídeo no me recordaron a personas que conozco

2. En general, ¿cómo describiría los personajes del vídeo? Seleccione una respuesta de cada grupo.

Realista/no realista

Me ayudó a comprender el mensaje/no me ayudó a comprender

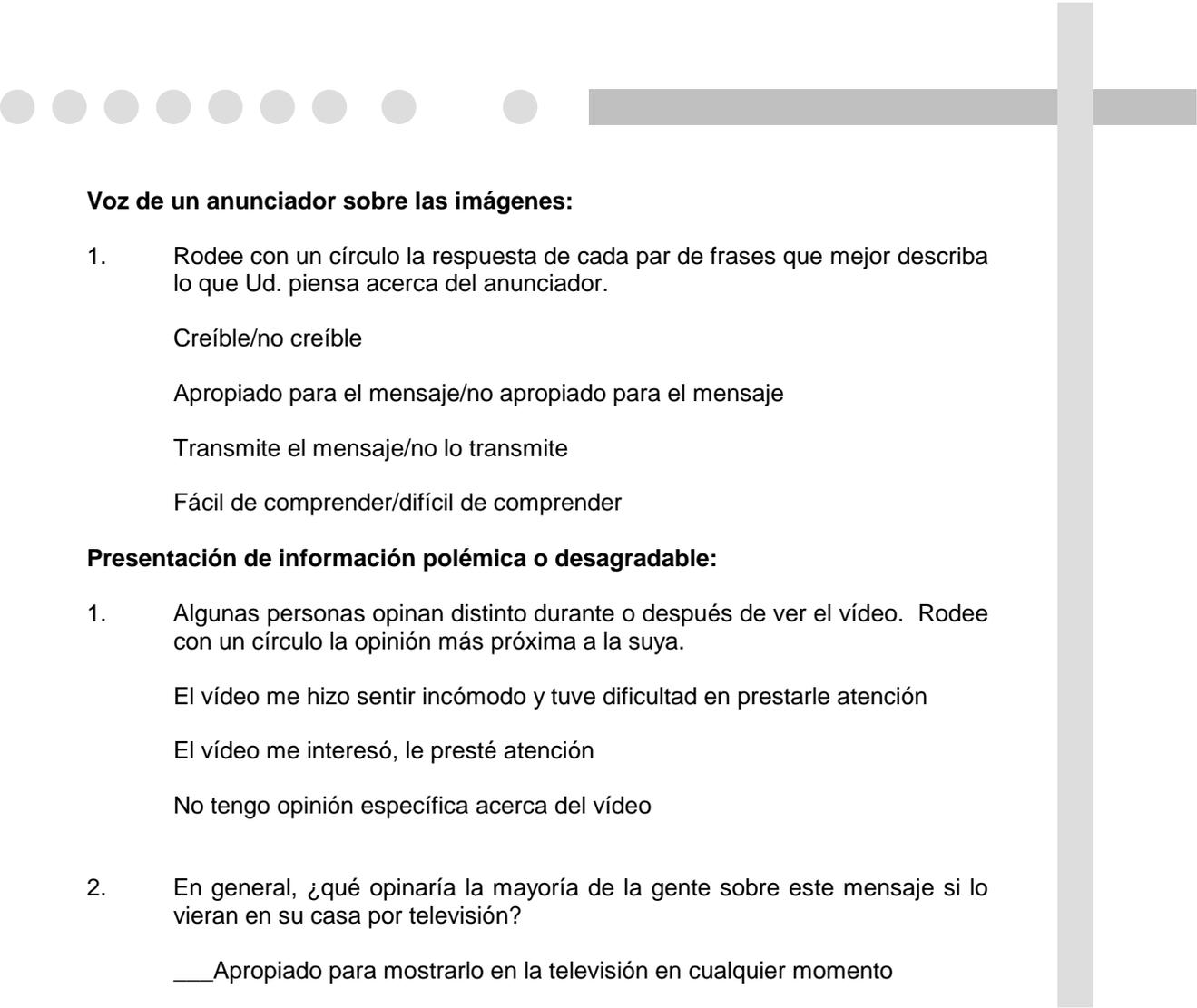
3. En general, ¿cómo describiría los personajes del vídeo? Seleccione una respuesta de cada grupo.

Atractivos/no atractivos

Transmiten el mensaje/no lo transmiten

Creíbles/no creíbles

Fáciles de comprender/difíciles de comprender



Voz de un anunciador sobre las imágenes:

1. Rodee con un círculo la respuesta de cada par de frases que mejor describa lo que Ud. piensa acerca del anunciador.

Creíble/no creíble

Apropiado para el mensaje/no apropiado para el mensaje

Transmite el mensaje/no lo transmite

Fácil de comprender/difícil de comprender

Presentación de información polémica o desagradable:

1. Algunas personas opinan distinto durante o después de ver el vídeo. Rodee con un círculo la opinión más próxima a la suya.

El vídeo me hizo sentir incómodo y tuve dificultad en prestarle atención

El vídeo me interesó, le presté atención

No tengo opinión específica acerca del vídeo

2. En general, ¿qué opinaría la mayoría de la gente sobre este mensaje si lo vieran en su casa por televisión?

___Apropiado para mostrarlo en la televisión en cualquier momento

___Apropiado para mostrarlo, pero solo en ciertos momentos.

___No apropiado para mostrarlo en ningún momento

Se enumeran a continuación preguntas ilustrativas que puede emplear para identificar las características de sus participantes en la prueba preliminar. Algunas de estas preguntas también pueden emplearse como preguntas de examen selectivo para reclutar a los participantes de una audiencia seleccionada específica.

1. ¿Cuál es su sexo?

- Hombre
- Mujer



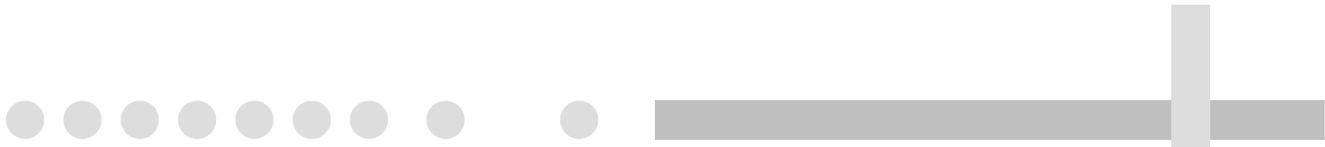
2. ¿Cuál es su edad?
 - Menos de 10
 - 10-13
 - 14-16
 - 17-18

3. ¿Hasta que grado llegó en la escuela?
 - Ninguna escuela
 - Escuela primaria
 - Escuela secundaria
 - Educación superior

4. ¿Tiene hijos?
 - Sí
 - No

5. ¿Cuál de las siguientes frases le describen mejor?
 - Actualmente fumo
 - Fumaba, pero he dejado de hacerlo
 - Nunca he fumado
 - Actualmente consumo licor
 - Consumía licor, pero he dejado de hacerlo
 - Nunca he consumido licor

6. Alguna vez le ha dicho un (a) médico (a), una enfermera o un (a) odontólogo (a) que Ud. padece o ha padecido de:
 - ___ Desnutrición
 - ___ Bajo peso
 - ___ Obesidad
 - ___ Problemas respiratorios
 - ___ Problemas visuales (miopía, por ej.)
 - ___ Caries
 - ___ Otra enfermedad



Apéndice F

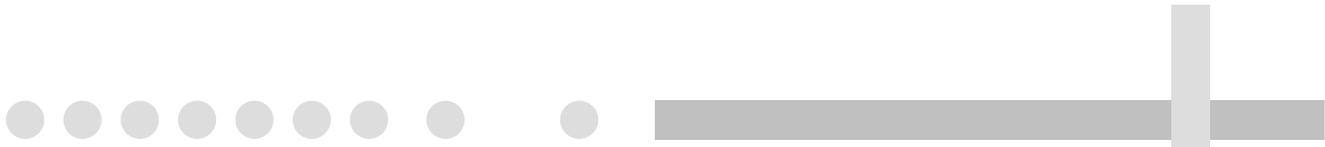
Guión para presentar el vídeo ilustrativo

Introducción

Buenas tardes, soy _____ y me gustaría darles las gracias a todos Uds. por venir hoy aquí. Sólo unas cuantas palabras de introducción y comenzaremos nuestro trabajo. Les hemos pedido que vengan aquí porque consideramos que es muy importante que nos den sus ideas acerca de este vídeo. Recuerden que estamos interesados en sus criterios personales. No deseamos que nos digan lo que piensan que queremos oír ni lo que sus padres, amigos o alguna otra persona piensa—necesitamos sus propias opiniones.

No hay respuestas correctas ni respuestas equivocadas. Por lo tanto, no hablen del programa ni de sus respuestas con las personas que los rodean. Además, asegúrense de que escriben sus respuestas claramente en el espacio proporcionado en el cuestionario que les hemos dado.

¿Tienen alguna pregunta acerca de este procedimiento? Responderé a cualquier otra pregunta que tengan al final del vídeo.



Apéndice G

Guía del moderador de grupos focales

Conformación del grupo

Es conveniente que los integrantes del grupo focal no se conozcan entre sí, para facilitar su libre expresión sin temor a que personas conocidas sepan sus opiniones sobre temas que pueden considerar delicados o muy personales.

Ud. también debe considerar la conveniencia de conformar grupos focales integrados sólo por adolescentes hombres y otro sólo por adolescentes mujeres, para tratar con mayor tranquilidad asuntos relacionados con los cambios en sus cuerpos y sobre la sexualidad.

Preparación y explicación

1. Presentación

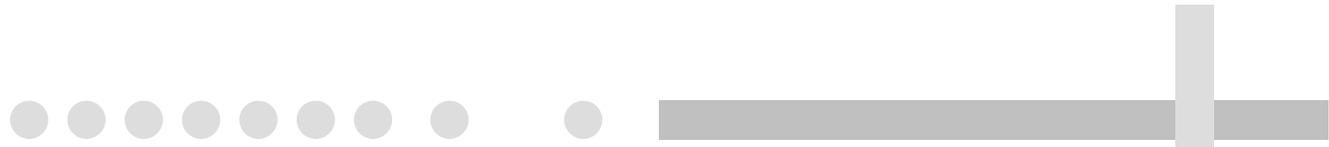
- a. Gracias por venir.
- b. Su presencia es importante.
- c. Describir qué es un grupo focal; que es como una encuesta de opinión, pero las preguntas son muy generales, amplias.

2. Propósito

- a. Trataremos algunos temas relacionados con la salud de los adolescentes.
- b. Estoy interesado (a) en todas sus ideas, comentarios y sugerencias.
- c. No hay respuesta correcta o equivocada.
- d. Todos los comentarios, tanto positivos como negativos, son bienvenidos.
- e. Siéntanse con libertad para diferir unos de otros. Nos gustaría recibir muchos puntos de vista.

3. Procedimiento

- a. Explicar el uso de la grabadora de cinta. Todos los comentarios son confidenciales y se utilizarán sólo para fines de investigación.
- b. Desearía que esta fuera una discusión en grupo, por lo que no necesitan esperar a que yo les pida que hablen. Sírvanse hablar uno (a) a la vez para que la grabadora pueda recogerlo todo.
- c. Tenemos mucho terreno que cubrir, por lo que puedo cambiar el tema o pasar adelante. Deténgame si desean agregar algo.
- d. Mantener en mente el proceso grupal.



4. Autopresentaciones

- a. Solicitar a cada participante que se presente a sí mismo (a), que diga al grupo su nombre, dónde vive y qué actividades realiza.

Desarrollo del trabajo del grupo focal

Actitudes generales: Salud y adolescencia

1. ¿Es su salud algo en lo que Ud. piensa activamente? (¿Si no, por qué no?)
2. Cuando piensa en la salud, ¿en qué piensa?
3. ¿Piensa acerca de la salud de su familia? ¿En qué temas o asuntos piensa?
4. ¿Piensa en su edad actual y en los cambios que ésta le está trayendo? ¿En qué piensa? (Indagar sobre: los cambios del cuerpo, la primera menstruación, cambios en el comportamiento, relación con los mayores, la independencia, las situaciones vitales).
5. ¿Qué cree que piensan sus padres u otras personas acerca de su edad adolescente? (Indagar sobre: los cambios de comportamiento, relación con hermanos y hermanas, relación con los padres y con los mayores, la independencia, las nuevas responsabilidades con los demás y consigo mismo (a)).

Relación con los miembros mayores de la familia

1. ¿Tiene padres, otros parientes o amigos mayores que son muy allegados a Ud.?
2. ¿Cuál es su relación con estos parientes/amigos mayores? (¿Cuánto contacto tiene, se siente unido (a) a ellos? ¿Ellos son responsables por Ud.?)
3. ¿Ud. platica con ellos sobre su salud y bienestar? ¿De qué hablan específicamente?

Conocimiento sobre el embarazo

1. ¿Qué conoce Ud. o qué ha oído acerca del embarazo?
2. ¿Qué piensa que es el embarazo? (Indagar sobre: qué han oído hablar de él, qué lo origina, cómo se manifiesta, cuál es su evolución y duración, qué cuidados se deben tener durante él, cuáles medios se conocen para evitarlo, qué se debe hacer cuando se está embarazada, cómo se da cuenta si una mujer está embarazada).
3. ¿Es el embarazo una consecuencia inevitable de las relaciones sexuales?
4. ¿Con quién o quiénes conversa sobre este tema?

- 
5. ¿Tiene preguntas? ¿Qué le gustaría saber acerca el embarazo?
 6. ¿Alguna vez tiene pensamientos o inquietudes acerca del embarazo? ¿Para sí mismo (a) o para alguien más? (¿Quién?)
 7. ¿Qué clase de preocupaciones?

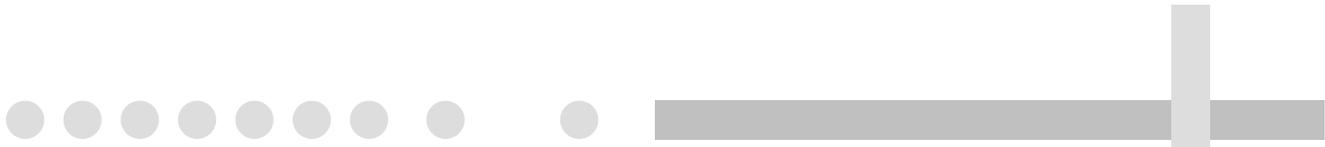
Fuentes de información (general)

1. Si Ud. deseara saber más acerca del embarazo (tuviera preguntas o inquietudes), ¿qué haría para conseguir dicha información? (Indagar sobre: fuentes adicionales, por ejemplo los amigos, el lugar de estudio, etc.).
2. ¿Conoce agencias u organizaciones estatales o privadas que tengan programas especiales para prevenir el embarazo o atender adolescentes embarazadas?

Afrontar el embarazo

1. Ahora, deseo que piense en una situación hipotética dónde Ud. está preocupado (a) porque cree que una amiga también adolescente como Ud. o la novia de un amigo puede estar embarazada. Si esta persona (su amiga o amigo adolescentes) le pidiera apoyo, qué **haría**? (Indagar: ¿Cómo interactuaría con esa persona, dónde buscaría ayuda?).
2. En particular, ¿qué necesitaría **saber** para hacer frente a la situación? Temas que investigar: más información acerca de lo que es; el diagnóstico; las consecuencias; los cuidados y controles médicos; cómo buscar información y cómo encontrar atención de salud; a dónde ir, qué clases de servicios existen cerca del lugar donde Ud. vive.
3. ¿Qué clase de **información** sería sumamente valiosa para Ud. si tuviera que cooperar con una amiga embarazada?

Muchas gracias por sus contribuciones.



Apéndice H

Cuestionario del *gatekeeper*/Revisión profesional

Nombre:

Organización:

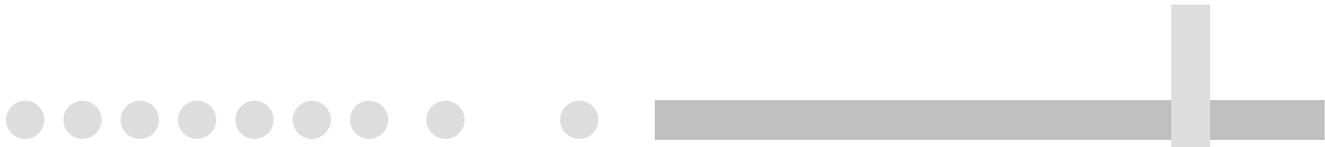
1. ¿Cuáles diría que son los mensajes principales comunicados en este folleto?
2. ¿Cuán importante piensa que son estos mensajes para los (as) adolescentes?
muy importantes
algo importantes
no especialmente importantes
3. ¿En su opinión profesional, las recomendaciones que se hacen aquí son apropiadas para los (as) adolescentes?
sí
no
4. ¿Existe algo en este folleto que Ud. encuentre vago, confuso o poco claro?
sí (En caso afirmativo, sírvase aclarar)
no
5. ¿En su opinión, existe algo en este folleto que sea incorrecto o equivoco?
sí (sírvase aclarar)
no
6. ¿Considera que hay algún punto importante que se haya omitido en relación con este tema?
sí (sírvase aclarar)
no
7. ¿Existe algo en este folleto que Ud. considera que pueda resultar ofensivo para los (as) adolescentes?
sí (sírvase aclarar)
no
8. ¿Cuál de las siguientes frases describe mejor su opinión acerca de las ilustraciones o fotos usadas en el folleto? (marque un círculo para cada par)
 - a. apoyan eficazmente el mensaje
 - b. no apoyan eficazmente el mensaje

 - a. son pertinentes para el grupo proyectado
 - b. no son pertinentes para el grupo proyectado
9. ¿Qué le gusta en particular acerca del folleto?
10. ¿Qué le disgusta en particular acerca del folleto?



11. ¿A cuál de los siguientes grupos considera Ud. que está orientado este folleto?
(marque uno)
a todos los (as) adolescentes
a todos los adolescentes, pero especialmente a las mujeres (o los hombres)
sólo a las adolescentes (o a los adolescentes)
12. ¿Cuán sensibles considera que serán los (as) adolescentes al mensaje
contenido en el folleto?
muy sensibles
algo sensibles
no sensibles (¿Por qué piensa de esta manera?)
13. ¿Cuál de las siguientes frases describe mejor su opinión sobre este folleto, en
función de la forma en que los (as) adolescentes lo considerarán
probablemente? (rodee con un círculo una respuesta de cada grupo)
- | | |
|---------------------------------|----------------------------|
| a. Muy informativo | a. Muy realista |
| b. Algo informativo | b. Algo realista |
| c. No muy informativo | c. No realista |
| a. Muy fácil de comprender | a. Muy atractivo |
| b. Bastante fácil de comprender | b. Algo atractivo |
| c. Difícil de comprender | c. No atractivo |
| a. Muy alentador en el tono | a. Muy motivador |
| b. Algo alentador en el tono | b. Algo motivador |
| c. No alentador | c. No motivador en el tono |
14. ¿Cómo se podría mejorar el mensaje en este folleto?
15. Basándose en lo que Ud. sabe acerca de los (as) adolescentes, ¿hay otros
comentarios que desee hacer acerca de este folleto?

Muchas gracias por su tiempo. Sírvase devolver el cuestionario y el folleto en el sobre franqueado adjunto a la dirección indicada.



Apéndice II

Cuestionario para la audiencia seleccionada

1. Comunicación/comprensión de las ideas principales

¿Cuál fue la idea principal que este mensaje estaba tratando de transmitirle?

¿Qué le pide que haga este mensaje?

¿Qué acción recomienda el mensaje que realicen los (as) adolescentes?

¿En su opinión, hubo algo en el mensaje que fuera confuso?

Cuál de estas frases describe mejor el mensaje:

Fácil de comprender

Difícil de comprender

2. Cosas que le gustaron/disgustaron

¿En su opinión, hubo algo en particular que merezca la pena recordar acerca del mensaje?

¿Qué le gustó en particular acerca del mensaje?

¿Hubo algo en el mensaje que le disgustara o le molestara especialmente?
En caso afirmativo, ¿qué?

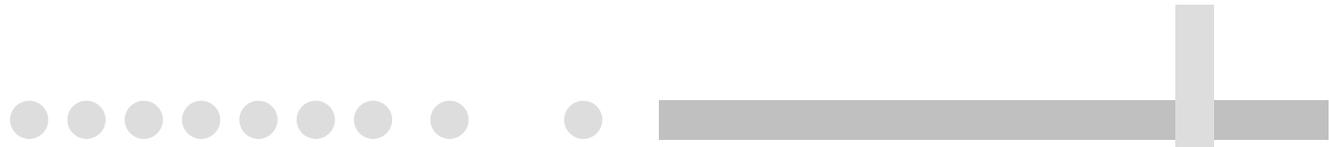
3. Credibilidad

¿En su opinión, hubo algo en el mensaje que fuera difícil de creer? En caso afirmativo, ¿qué?

¿Cuál de estas palabras o frases describe mejor lo que Ud. opina acerca del mensaje?

Creíble

No creíble



4. Relevancia personal/interés

En su opinión, ¿a qué tipo de persona estaba dirigido este mensaje?:

¿Estaba dirigido a alguien como Ud., o alguien distinto?

¿Estaba dirigido a todas las personas, a todas las personas pero especialmente a la audiencia seleccionada o sólo a la audiencia seleccionada?

¿Cuál de estas palabras o frases describe mejor lo que Ud. piensa acerca del mensaje?

Interesante No interesante Informativo No informativo

¿Aprendió algo nuevo acerca del tema de salud del mensaje? En caso afirmativo, ¿qué?

5. Otras reacciones de la audiencia seleccionada

Pueden evaluarse las reacciones de la audiencia seleccionada para recibir el mensaje empleando pares de palabras o frases, o adoptando una escala de 5 puntos.

Más abajo se enumeran varios pares de palabras o frases con los números del 1 al 5 entre ellos. Me gustaría que indicara qué número describe mejor su opinión acerca del mensaje. Cuanto mayor sea el número, tanto mejor piensa Ud. que la frase a la derecha lo describe. Cuanto más bajo sea el número, tanto peor piensa Ud. que la frase a la izquierda lo describe. Ud. también puede elegir cualquier número intermedio. Ahora examinemos cada conjunto de palabras. Sírvase decirme qué número describe mejor su reacción al mensaje.

Demasiado corto 1 2 3 4 5 Demasiado largo

Desalentador 1 2 3 4 5 Alentador

Estimulante 1 2 3 4 5 Alarmante

Bien realizado 1 2 3 4 5 Mal realizado

No informativo 1 2 3 4 5 Informativo

¿Existe algo en el mensaje que molestaría u ofendería a las personas que Ud. conoce?



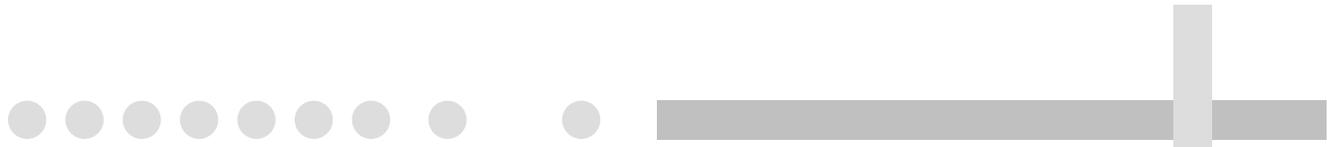
6. Impresiones acerca del anunciador

Sírvase seleccionar una respuesta de cada par de frases que describe mejor sus sentimientos acerca del anunciador

Creíble
No creíble

Apropiado para el mensaje
No apropiado para el mensaje

Transmite el mensaje
No transmite el mensaje



Apéndice J

Información sobre materiales de comunicación en salud

Asociación Latinoamericana de Educación Radiofónica (ALER)

Vicente Martínez, Secretario Ejecutivo
Valladolid 115 y Madrid
Quito, Ecuador
Telefax: (593-2) 524-358
E-mail: vicente@aler.org

Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC)

Dr. Carl James Hospedales, Director
Caribbean Epidemiology Center
16-18 Jamaica Boulevard
Federation Park
Port-of-Spain, Trinidad
Tel: (868) 622-4261
E-mail: e-mail@carec.paho.org

Centro Internacional de Estudios Superiores de Comunicación para América Latina (CIESPAL)

Av. Almagro no. 32-133 y Andrade Marín
Quito, Ecuador
E-mail: ciespal@ciespal.org.ec



**Departamento de Medicina
Social y Preventiva**

University of the West Indies
Mona
Kingston 7, Jamaica
E-mail: bbain@uwimona.edu.jm

**Departamento de Salud y
Servicios Humanos (DHHS)**

Department of Health and Human Services
Office of the Secretary
Assistant Secretary for Public Affairs
200 Independence Ave., S.W.
Washington, DC 20201
Internet: <http://www.hhs.gov/about/infoguid.html>

**Instituto de Alimentación y
Nutrición del Caribel (CFNI)**

Dr. Fitzroy J. Henry, Director
Caribbean Food and Nutrition Institute
University of the West Indies
Kingston 7, Jamaica
Tel: (876) 927-1540
Fax: (876) 927-2657
E-mail: e-mail@cfni.paho.org

**Instituto Caribeño de
Comunicación de Masas**

CARIMAC
University of the West Indies
Mona
Kingston 7, Jamaica
E-mail: carimac@uwimona.edu.jm



Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura (IICA)

55-2200 Coronado
Costa Rica
Tel: (506) 216-0222
Fax: (506) 216-0233
E-mail: iicahq@iica.ac.cr
Página web: <http://www.iica.ac.cr>

Oficina Federal de Prevención de la Fármacodependencia (NIH)

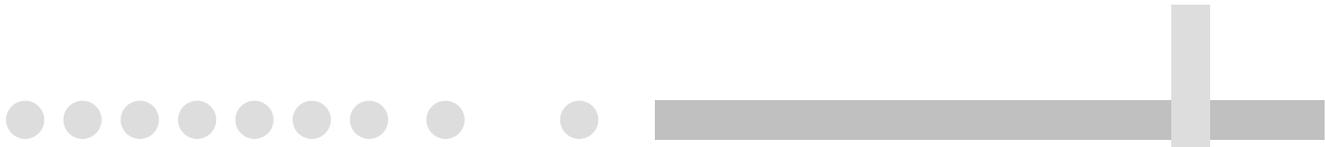
National Institute on Drug Abuse
NIDA/NIH
6001 Executive Blvd.
Room 5213
Bethesda, MD 20892-9651
Tel: (301) 443-1124
E-mail: information@lists.nida.nih.gov

OPS/OMS Caribe

Patricia Brandon
CPC Barbados
Dayralls and Navy Garden Roads, Christ Church
Bridgetown, Barbados
Tel: (246) 426-3860
Fax: (246) 436-9779
E-mail: brandonp@cpc.paho.org

UNESCO Panamá

Apartado Postal 12626
Zona Postal 0819
Panamá, República de Panamá
Tel: (507) 315-0156
Fax: (507) 315-0676
E-mail: pan@unesco-la.org.pa



Apéndice K

Listado de páginas web

A continuación se ofrece un listado de páginas web que podrían apoyar a periodistas interesados en incorporar temas de salud en la programación rutinaria de los medios de comunicación. Se inicia la presentación con los criterios utilizados para su selección seguido por una lista de websites anotados en el idioma de la página web.

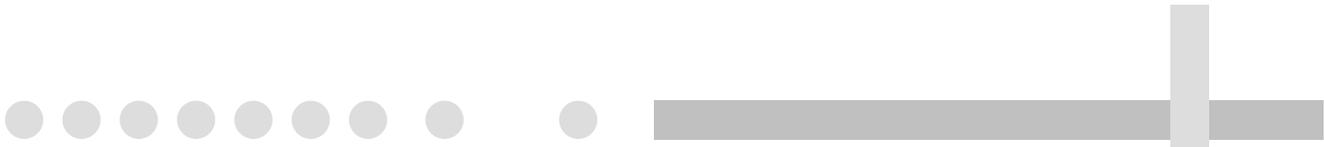
Criterios de selección

Hay una coincidencia en mirar las tecnologías de información como un cambio positivo en la prestación de salud, pero que puede tener sus aspectos negativos si quienes pueden utilizarlas no son conscientes de su potencialidad e impacto, pues así como pueden constituirse en elementos democratizadores, podrían aumentar la brecha tecnológica y las diferencias entre grupos de poder en la sociedad. Otro riesgo es que la enorme avalancha de información que está a la mano, en vez de aumentar el conocimiento y la comprensión, produzca un bloqueo y abandono del instrumento. Por eso se sugiere la presencia de "intermediarios" que ayuden a la gente a navegar dentro de los sistemas; estos serían como **agentes** dentro del proceso de localizar información, procesarla, filtrarla e interpretarla en formas confiables. Estos aspectos se discutieron en una mesa redonda en Aspen¹ en donde se habló de intermediarios que en el pasado incluían a los periódicos, las escuelas, iglesias, agencias de gobierno, organizaciones de la comunidad, asociaciones profesionales, etc. pero con el ingreso de las tecnologías de la información ya la gente no confía en ellos y procede a buscar la información por sí misma. Dentro de los intermediarios se encuentran obviamente los médicos, enfermeras y periodistas. Se habla de que el papel de los periodistas sería agregar valor a la información y contextualizarla, y tratar de ir de los simples datos a la información, luego al conocimiento, para lograr la utopía que es la sabiduría. Sin embargo, como todo el mundo tiene acceso a la misma información, el resultado más bien es la uniformidad y un conocimiento superficial, en vez de uno diverso y profundo².

Algunas de las áreas que reciben el impacto de las TI son: la calidad de la atención y su seguimiento, **la validez y consistencia de la información disponible**, así como aspectos de privacidad y los efectos en la relación médico-paciente. Se sugiere que la información sea suministrada en línea por centros médicos, que se hagan consultas en línea con profesionales reconocidos (los médicos virtuales) y que se desarrollen mecanismos de protección al paciente para sentar responsabilidades y dar protección contra diagnósticos o tratamientos erróneos³.

Considerando los desarrollos anteriores, la selección de sitios dedicados a salud que nos encomendara realizar, se hace tomando en consideración los siguientes criterios:

1. Credibilidad: las fuentes, la vigencia o actualidad, la relevancia y utilidad, y si existen procesos de revisión editorial de la información.
2. Contenido: debe ser exacto y completo y debe indicar sobre quién recae la responsabilidad de la información que se entrega.
3. Alcance: información para el usuario en que se indica el propósito del sitio y las colecciones que se asocian con el mismo.

- 
4. Enlaces: que se evalúan de acuerdo con la selección, arquitectura, contenido y dirección de los mismos.
 5. Diseño: que incluye la accesibilidad, transparencia (organización lógica) y facilidad de búsquedas internas.
 6. Interactividad: incluye los mecanismos de comunicación con los usuarios y entre ellos.
 7. Restricciones: aclaración de si la función del sitio es la comercialización de productos y servicios o si se trata de un proveedor de contenidos informativos únicamente.

Por ejemplo, organizaciones prestigiosas como el New York Times, la cadena CNN, agencias reconocidas del gobierno, son fuentes informativas de gran credibilidad y que ofrecen información de calidad. Los sitios poseen el logo de la organización que los apoya. Por otra parte, empresas establecidas en internet como yahoo, altavista y otras, las cuales, además de su autoridad, nos dan una medida del "rating" de solicitudes por ser los sitios a los que se refieren los usuarios en primer término. Las calidades de empresas comerciales aparecen en forma transparente en estos sitios, de modo que los usuarios saben a qué atenerse cuando reciben avisos o promociones.

Se incluyeron sites sobre salud que ofrecen organismos internacionales como WHO, UNICEF, PAHO, USAID, IADB, o la NLM, que son agencias reconocidas con trayectoria de seriedad y profesionalismo en el tratamiento de la información. Como se trata de una selección de puntos de acceso de calidad, se seleccionaron algunas universidades con portales muy activos, como la John Hopkins, o centros de normas y acreditación tanto en las Américas como en Europa.

Con el interés de incluir sitios que van dirigidos no solo al personal de salud sino a toda la población que tiene acceso a internet y que la usa para buscar solución a sus problemas de salud, incluimos una variedad de portales comerciales, y finalmente, dado el rezago de la región latinoamericana en materia de desarrollo de TI, y de la escasa representatividad de fuentes en español, decidimos incluir una selección de sitios representativos de redes informativas impulsadas por los Ministerios de Salud y otras agencias gubernamentales latinoamericanas, a pesar de que no todas responden a los criterios de vigencia o actualidad de la información, sino que el énfasis es más en la relevancia o utilidad de la misma.

La expansión de esta área es veloz y basta, por lo que este que presentamos es un esfuerzo inicial y una selección.

¹ Bollier, D. y Firestone, C. (1995). The Future of Community and Personal Identity in the Coming Electronic Culture.

² Id.

³ Kassirer, J. (1995). "The Next Transformation in the Delivery of Health Care". *New England Journal of Medicine*, 333:52-54.



Bibliotecas Virtuales

ADOLEC/Bireme Regional: <http://www.adolec.org>

ADOLEC/Bireme Brasil: <http://www.bireme.br/bvs/adolec>

ADOLEC/Bireme Colombia (página asociada, OPS Colombia):
<http://pagina.de/juventudes>

ADOLEC/Bireme Costa Rica: <http://www.binasss.sa.cr/adolescencia/adolec.htm>

ADOLEC/Bireme México: <http://www.adolec.org.mx>

Biblioteca Virtual en Salud: <http://www.bireme.br>

Biblioteca Virtual en Salud México: <http://bvs.insp.mx>

Biblioteca Virtual en Salud Costa Rica: <http://www.binasss.sa.cr/index.html>

Buscadores

Navigator: <http://www.nytimes.com/learning/general/navigator/index.html>

MedExplorer: <http://www.medexplorer.com/>
Información gratuita sobre salud.

Lycos: <http://dir.hotbot.lycos.com/Health/>
WebMD, de Lycos, ofrece un recursos integral de salud.

Yahoo: <http://dir.yahoo.com/health/index.html>
También en: <http://health.yahoo.com/>

First Gov: <http://www.firstgov.com/topics/healthy.html>
Healthy People incluye respuestas a preguntas sobre salud, drogas, seguro médico y seguridad.

Soc. Iberoamericana de Info. Científica: <http://www.siicsalud.com/main/busalpub.htm>

Family Doctor: <http://www.familydoctor.org/>
Información ofrecida por American Academy of Family Physicians (Academia Americana de Médicos de Familia).



Organizaciones y agencias internacionales

Organización Panamericana de la Salud: <http://www.paho.org>

Organización Mundial de la Salud: <http://www.who.int>

Advocates for Youth: <http://www.advocatesforyouth.org>

American Medical Association Guidelines for Adolescent Preventive Services
<http://www.ama-assn.org/adolhth/recomend/monogr1.htm>

Banco Interamericano de Desarrollo: http://www.iadb.org/sds/soc/site_11_e.htm
División de Desarrollo Social.

Banco Mundial: <http://www.worldbank.org/html/extdr/hnp/vaccines/>

Banco Mundial/Partnership for Child Development:
<http://www.ceid.ox.ac.uk/schoolhealth>

Centers for Disease Control and Prevention (CDC): <http://www.cdc.gov>

CDC/DASH: <http://www.cdc.gov/nccdphp/dash.html>
División de Salud de Adolescentes y Escuelas

CINTERFOR: <http://www.cinterfor.org.uy/jovenes>

ECLAC/CEPAL: <http://www.eclac.org>

Education Development Center: <http://www2.edc.org/HealthIsAcademic>

FOCUS on Young Adults: <http://www.pathfind.org/focus.htm>

Fondo de Población de Naciones Unidas (FNUAP): <http://www.unfpa.org>

George Washington University Center for Health and Health Care in Schools (CHHCS):
<http://www.healthinschools.org>

Health Canada: <http://www.hc-sc.gc.ca/>

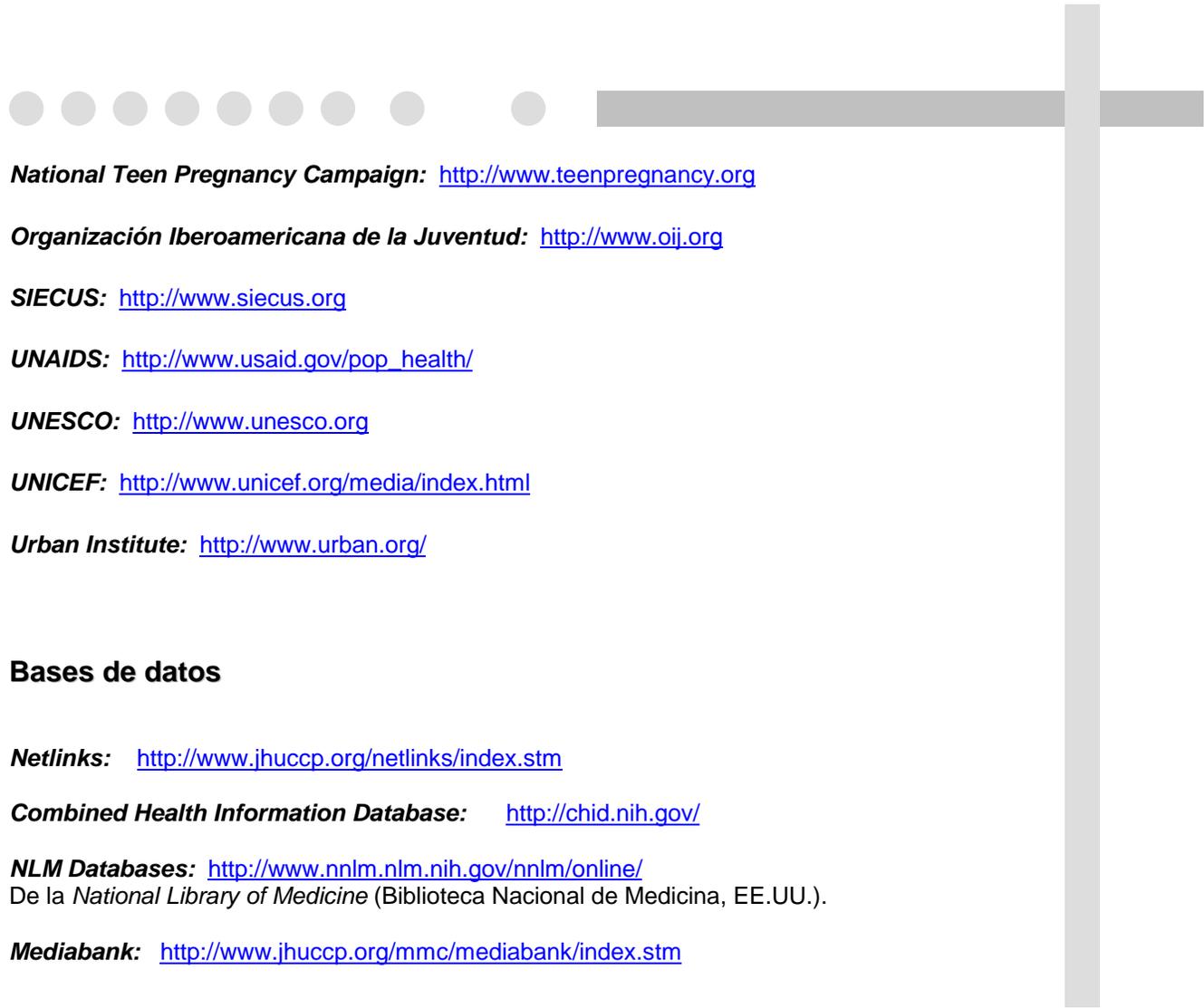
Iniciativa Regional para la Reforma del Sector Salud:
<http://www.americas.health-sector-reform.org/>

La Iniciativa Regional para la Reforma del Sector Salud para América Latina y el Caribe apoya procesos de reforma nacionales para promover servicios de salud básicos más eficaces.

International Association for Adolescent Health: <http://www.iaah.org>

International Planned Parenthood Federation: <http://www.ippf.org>

International Youth Foundation: <http://www.iyfnet.org/>



National Teen Pregnancy Campaign: <http://www.teenpregnancy.org>

Organización Iberoamericana de la Juventud: <http://www.oij.org>

SIECUS: <http://www.siecus.org>

UNAIDS: http://www.usaid.gov/pop_health/

UNESCO: <http://www.unesco.org>

UNICEF: <http://www.unicef.org/media/index.html>

Urban Institute: <http://www.urban.org/>

Bases de datos

Netlinks: <http://www.jhuccp.org/netlinks/index.stm>

Combined Health Information Database: <http://chid.nih.gov/>

NLM Databases: <http://www.nlm.nih.gov/nlm/online/>

De la *National Library of Medicine* (Biblioteca Nacional de Medicina, EE.UU.).

Mediabank: <http://www.jhuccp.org/mmc/mediabank/index.stm>

EE.UU. y Canadá

Asociaciones, institutos y centros de información

HealthGate: <http://www3.healthgate.com/>

American Academy of Family Physicians: <http://www.aafp.org/>

National Library of Medicine Health Information: <http://www.nlm.nih.gov/hip/>

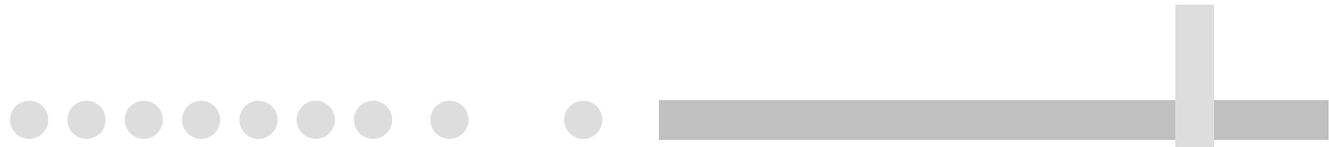
Canadian Institute for Health Information: <http://www.cihi.ca/eindex.htm>

Pathfinders: <http://www.nlm.nih.gov/healthinfoquest/>

JCAHO: <http://www.jcaho.org/>

JCAHO es la *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (Comisión Adjunta de Acreditación de Organizaciones de Salud).

Johns Hopkins University/Center for Communication Programs: <http://www.jhuccp.org/>



Media/Materials Clearinghouse (MMC): <http://www.jhuccp.org/mmc/index.stm>

Un recurso internacional para profesionales de salud que desean encontrar folletos, posters, vídeos y otro material diseñado para promover la salud pública.

BM Children's Vaccine Program: <http://childrensvaccine.org/homepage.htm>

Este programa está dedicado a asegurar que todos los niños se beneficien sin demora de las vacunas más actuales.

National Women's Health Information Center: <http://www.4woman.gov/media/index.htm>

Portales de salud y centros noticieros

CNN: <http://www.cnn.com/HEALTH/>

Reuters Health: <http://www.reutershealth.com/>

Discovery Health: <http://www.discoveryhealth.com/>

HealthLinks: <http://www.healthlinks.net/>

National Center for Policy Analysis: <http://www.ncpa.org/pi/health/hedex16.html>

InteliHealth: <http://www.intelihealth.com/IH/ih/IH/WSIHW000/408/408.html>

Medscape: <http://www.medscape.com/>

Global Health Network: <http://www.pitt.edu/HOME/GHNet/GHNet.html>

National Clearinghouse on Tobacco and Health: <http://www.cctc.ca/ncth/>

Relief Web: <http://www.reliefweb.int/w/rwb.nsf>

Ofrece información actual sobre emergencias humanitarias y desastres naturales.

Satellife: <http://www.healthnet.org/>

Este ONG utiliza satélites, teléfono e Internet para ofrecer servicios de salud a países en vías de desarrollo.

Sitios para audiencias seleccionadas

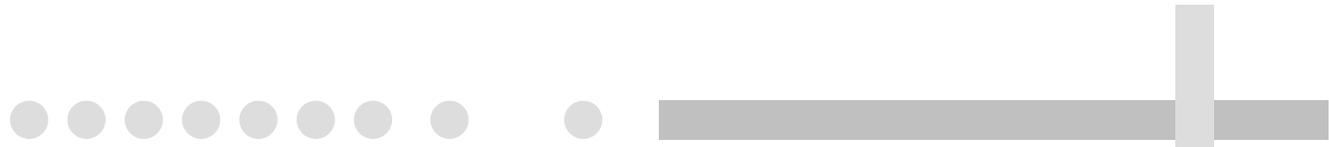
Early Childhood Care and Development <http://www.ecdgroup.com/>

Global ChildNet: <http://edie.cprost.sfu.ca/gcnet/index.html>

Center for International Health Information: <http://www.cihi.com/>

OnHealth Network: <http://onhealth.webmd.com/home/index.asp>

Dr. KOOP: <http://www.drkoop.com>



Sitios específicos

CancerNet: <http://cancernet.nci.nih.gov/>

Aspe's Disabilities and Managed Care: <http://managedcare.hhs.gov/>

Disabilities Information Resources: <http://www.dinf.org/>

Natural Health Consultant (NHC) Institute: <http://www.NHCinstitute.com/>

Danone Institute: <http://www.danoneinstitute-can.com/english/index.htm>

Health Action Network Society (HANS): <http://www.hans.org/>

Canadian Health Network: <http://www.chn-rcs.ca/customtools/homee.html>

Health Canada News: <http://hwcweb.hwc.ca/english/news.htm>

HealthNet Canada: <http://www.healthnet.ca/english/news/news.html>

Global Cardiovascular Infobase: <http://cvdinfobase.ic.gc.ca/DEFAULT.HTM>

Europa

Blackwell Science: [http://www.blackwell-science.com/default\(java\).htm](http://www.blackwell-science.com/default(java).htm)

Página oficial de la casa editorial Blackwell.

Medirect: <http://www.medirect.com/>

GastroHep: <http://www.gastrohep.com>

NHS Confederation: <http://www.nhsconfed.net/frame.htm?eng>

BBC Health and Fitness Online: <http://www.bbc.co.uk/health/>

Medinfo: <http://www.medinfo.co.uk/>

That Nursing Site: <http://www.ThatNursingSite.com/>

Synergy: <http://www.blackwell-synergy.com/>

ElMedicoNet: <http://www.geocities.com/CapeCanaveral/Lab/4685/>

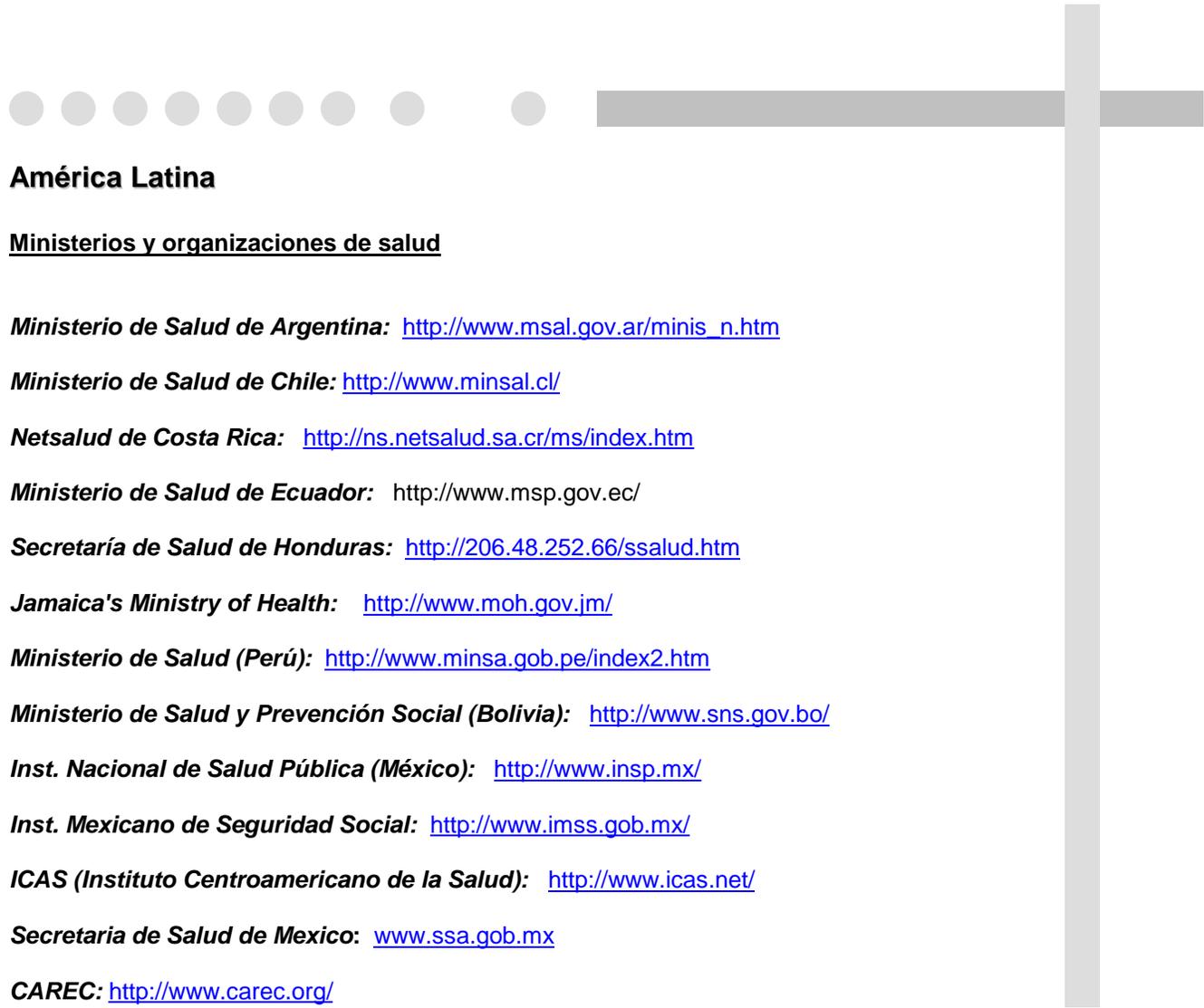
Una guía de sitios de salud en español, con énfasis en España.

Busca Salud: <http://www.buscasalud.com>

Portal en español de medicina.

Buscopio: <http://www.buscopio.com/scripts/proel/buscopio/bscprt.asp>

YAHOO Salud: <http://espanol.dir.yahoo.com/Salud/>



América Latina

Ministerios y organizaciones de salud

Ministerio de Salud de Argentina: http://www.msal.gov.ar/minis_n.htm

Ministerio de Salud de Chile: <http://www.minsal.cl/>

Netsalud de Costa Rica: <http://ns.netsalud.sa.cr/ms/index.htm>

Ministerio de Salud de Ecuador: <http://www.msp.gov.ec/>

Secretaría de Salud de Honduras: <http://206.48.252.66/ssalud.htm>

Jamaica's Ministry of Health: <http://www.moh.gov.jm/>

Ministerio de Salud (Perú): <http://www.minsa.gob.pe/index2.htm>

Ministerio de Salud y Prevención Social (Bolivia): <http://www.sns.gov.bo/>

Inst. Nacional de Salud Pública (México): <http://www.insp.mx/>

Inst. Mexicano de Seguridad Social: <http://www.imss.gob.mx/>

ICAS (Instituto Centroamericano de la Salud): <http://www.icas.net/>

Secretaria de Salud de Mexico: www.ssa.gob.mx

CAREC: <http://www.carec.org/>

CNN en Español: <http://cnnespanol.com/salud/>

Salutia: <http://espanol.salutia.com>

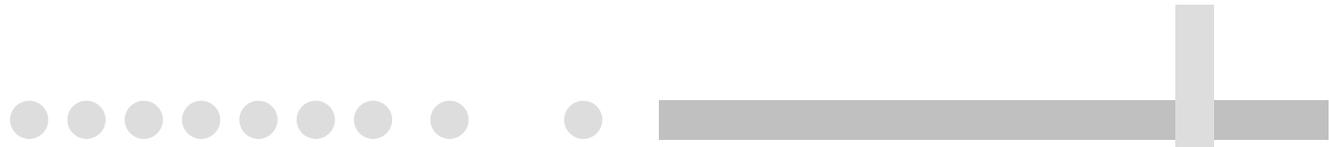
Sitios por país

Argentina:

Yahoo Argentina: <http://ar.dir.yahoo.com/Salud/>

Sedronar: <http://www.sedronar.gov.ar/>

Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha Contra el Narcotráfico. En este site se encuentra información legislativa y comunicados de prensa.



Brasil:

BIREME: <http://www.bireme.br/>

Sistema Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud.

Fundação Oswaldo Cruz: <http://www.fiocruz.br/>

FIOCRUZ: <http://www.fiocruz.br/canalsaude/>

YAHOO Brasil: <http://br.yahoo.com/Saude/>

Saúde Oline: <http://saudeonline.com/>

Chile:

Terra Network: <http://www.terra.cl/>

Inter Am Database: <http://www.natlaw.com/chile/topical/md/chmd.htm>

Colombia:

Yupi Salud: <http://co.yupi.com/canales/salud/>

Costa Rica:

Torre Médica: <http://www.torremedica.com/>

GeoSalud: <http://www.geosalud.com>

Proyecto de comunicación social en salud que tiene como objetivo establecer una comunicación permanente entre los profesionales de la salud, sus pacientes y el público en general en el mundo de habla hispana.

Cuba:

Instituto de Medicina Tropical: <http://www.sld.cu/webs/kouri/>

México:

Iniciativa Regional sobre SIDA: <http://www.sidalac.org.mx/>

FUNSALUD: <http://www.funsalud.org.mx/>

Reforma del Sector Salud: <http://www.ssa.gob.mx/new/reforma/reforma2.htm>



Peru:

Acción Internacional para la Salud: <http://ekeko2.rcp.net.pe/AIS-LAC/>

Venezuela:

Lycos Venezuela: http://www.lycos.com.ve/dir/Salud_y_Medicina/





Glosario

Actitudes: Predisposiciones de un individuo hacia un objeto, persona o grupos, que influyen en que su respuesta sea positiva o negativa, favorable o desfavorable, etc.

Alcance: Número de diferentes personas de cada hogar expuestas a un mensaje específico a través de los medios de comunicación durante un período específico.

Atención: Una medida de la prueba preliminar utilizada con el fin de describir la capacidad de un mensaje para captar la atención del oyente, del vidente o del televidente; a menudo se le llama "rememoración".

Audiencia seleccionada: Grupo social al que se desea llegar con los mensajes y los materiales del programa. La audiencia seleccionada primaria consta de aquellas personas a quienes el programa pretende beneficiar. La audiencia seleccionada secundaria está constituida por los grupos que pueden ayudar a llegar o influir sobre la audiencia primaria.

Canal: Ruta de transmisión de los mensajes—medios de comunicación masiva, de la comunidad, interpersonales.

CAP (Conocimiento, Actitudes y Prácticas): Investigación para identificar el conocimiento, las actitudes y las prácticas (comportamiento) de una población dada.

Conceptos sobre comunicación: Ilustraciones y exposiciones que transmiten la idea para un mensaje total.

Comercialización o mercadeo social: Disciplina que aborda un tema específico con respecto a las personas afectadas por el mismo, considerando sus perspectivas y los deseos y necesidades percibidos para formular estrategias hacia el cambio.

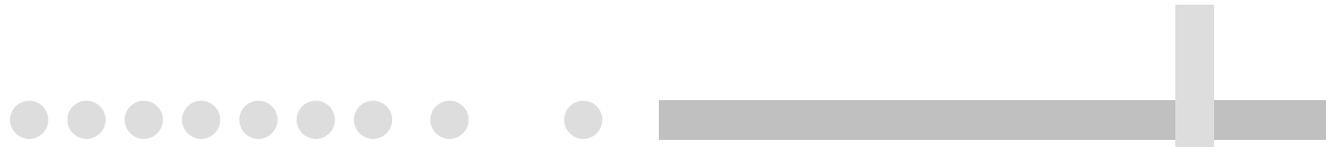
Comprensión: Medida de las pruebas preliminares para determinar si se comprenden claramente los mensajes.

Cuestionarios autoadministrados: Cuestionarios que completan los propios entrevistados.

Declaración de la estrategia de comunicación: Declaración escrita que incluye los objetivos del programa, la audiencia seleccionada, la explicación de la audiencia seleccionada, la explicación de las necesidades de información y las percepciones de cada audiencia seleccionada, qué medidas deben tomar las personas de dicha audiencia, las razones por las que deben actuar y los beneficios que obtendrán. Este documento proporciona orientación y uniformidad para todos los mensajes y materiales del programa.

Entrevistas en grupos focales: Un tipo de investigación cualitativa en la cual un moderador experimentado dirige a entre ocho y diez entrevistados en un debate sobre un tema determinado, permitiéndoles conversar libre y espontáneamente.

Entrevistas en profundidad: Forma de investigación cualitativa que consta de entrevistas intensivas para determinar cómo piensan las personas y cuáles son sus opiniones acerca de un tema dado.



Entrevistas de intercepción en un lugar central: Entrevistas realizadas con personas a las que se intercepta en un lugar de mucho tránsito, frecuentado por individuos típicos de la audiencia seleccionada.

Estudio de base o de referencia: Recopilación y análisis de los datos con respecto a una audiencia seleccionada o situación previa a la intervención.

Evaluación formativa: Investigación evaluativa realizada durante la elaboración del programa. Puede incluir revisiones de los últimos adelantos en la materia, pruebas preliminares de los mensajes y los materiales y un programa de examen piloto en pequeña escala antes de la ejecución completa.

Evaluación del impacto: Investigación diseñada para identificar si un programa ha contribuido a alcanzar las metas propuestas y en qué grado lo ha hecho.

Evaluación del proceso: Evaluación efectuada para estudiar el funcionamiento de los componentes de ejecución del programa; incluye evaluaciones para determinar si los materiales están distribuyéndose a las personas correctas y en qué cantidades, y si las actividades del programa se están llevando a cabo y en qué grado y otras medidas de la forma y eficacia con que está funcionando el programa.

Evaluación de los resultados: Investigación diseñada para representar los logros y efectividad de un programa, también llamada evaluación de las "repercusiones o del impacto del programa".

Evaluación sumativa o final: Evaluación realizada para identificar logros y efectividad de un programa; también se llama evaluación de los resultados o del impacto.

Facilitador: Alguien con quien Ud. debe trabajar para poder llegar a una audiencia determinada, tal como un gerente de emisora de radio, editor de periódico, etc.

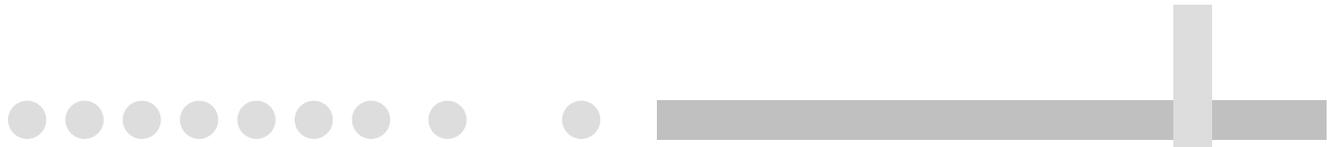
Frecuencia: Número promedio de veces en las que una audiencia se halla expuesta a un mensaje específico a través de los medios de comunicación.

Grupo de comparación: Grupo de control seleccionado aleatoriamente y equiparado con la población seleccionada según las características identificadas en el estudio para permitir una comparación de los cambios entre las personas que reciben la intervención y las que no la reciben.

Intermediarios: Organizaciones, tales como grupos profesionales, industriales, cívicos y de la comunidad que actúan como canales para distribuir los mensajes y los materiales del programa a los miembros de la audiencia seleccionada.

Investigación cualitativa: Investigación de carácter subjetivo a través de la cual se obtiene información acerca de los sentimientos y las impresiones de números pequeños de encuestados. La información recogida generalmente no debe describirse en términos numéricos y no deben hacerse generalizaciones acerca de la población seleccionada.

Investigación cuantitativa: Investigación diseñada para recopilar información objetiva de muestras aleatorias representativas de los entrevistados; los resultados se expresan en términos numéricos. Los datos cuantitativos se emplean para sacar conclusiones acerca de la audiencia seleccionada.



Meta: La mejora general que el programa se esforzará por crear.

Muestra aleatoria: Muestra de entrevistados en la cual cada persona de la población ha tenido las mismas probabilidades de ser incluido.

Objetivo: Declaración cuantificable de un logro deseado del programa, necesario para cada meta del mismo.

Pregunta abierta: Preguntas que permiten que un individuo responda libremente con sus propias palabras.

Preguntas cerradas: Preguntas que se proporcionan a los entrevistados con una lista de las respuestas posibles para elegir; también se les llama preguntas de elección múltiple.

Prueba de legibilidad: Empleo de una fórmula para pronosticar el nivel aproximado de alfabetización necesaria para que una persona pueda comprender el material escrito.

Prueba preliminar: Tipo de investigación formativa que incluye sistemáticamente la recolección de las reacciones de la audiencia seleccionada a los mensajes y el material antes de producirlos en forma final.

Rememoración: Término que se emplea en la prueba preliminar para describir el grado en el que los entrevistados recuerdan haber visto u oído un mensaje que se les mostró en un ambiente de medios de comunicación competitivos, generalmente centrado en la idea principal o en el recuerdo del tema del mensaje.

Segmentación: Subdivisión de una población general en subconjuntos homogéneos de audiencias seleccionadas para describir y comprender mejor un segmento, pronosticar el comportamiento, y formular mensajes y programas idóneos para satisfacer necesidades específicas. Los segmentos pueden ser demográficos, geográficos o psicográficos.

Sondeo: Técnica de entrevistas utilizada para obtener información adicional acerca de una cuestión o tema.



Bibliografía comunicación y salud

SALUD DEL ADOLESCENTE

Burt, M. R. (1998). *¿Por qué debemos invertir en el adolescente?* OPS, Washington, DC.

de Salazar, L. (1999). Escuelas promotoras de salud: Resultados de alianzas estratégicas entre la academia, el gobierno municipal y la comunidad. CEDETES, Facultad de Salud. Universidad del Valle, Cali, Colombia.

de Salazar, L. (1996). Hacia una escuela Saludable: Avances de una estrategia asociativa para el abordaje de la población en edad escolar y adolescente. Proyecto UNI. Universidad del Valle, Cali, Colombia.

de Salazar, L. (1996). SIPE, Un sistema de información escolar: Elemento clave para una escuela saludable. Proyecto UNI, Fundación CIMDER. Universidad del Valle, Cali, Colombia.

Londoño, L. (1996). *Pobreza, inequidad y desarrollo de capital humano en Latinoamérica y el Caribe, 1950-2025.* Latin American Studies, Banco Mundial. Washington, DC.

Maddaleno, M. y cols. (eds.) (1995). La salud el adolescente y del joven. Organización Panamericana de la Salud, publicación científica no. 552. Washington, DC.

Nirenberg, O. y Perone, N. (1996). *Proyecto OPS/Kellogg de apoyo a iniciativas nacionales de salud integral del adolescente en la Región de las Américas.* Informe evaluativo. Unidad Técnica de Salud y Desarrollo de Adolescentes, OPS, Washington, DC.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (1986). Carta de Ottawa, *Conferencia Internacional sobre la Promoción de Salud.*

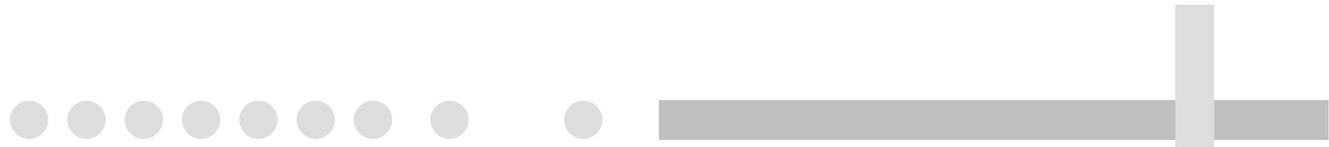
Organización Panamericana de la Salud (OPS) (sin fecha). "Enseñanza en los colegios de las habilidades para vivir para niños y adolescentes". En "Lecturas de comunicación social en salud: Adolescencia". *Habilidades para la Vida, Reproducción de Documentos, Serie #23.* Unidad de Salud Mental.

OPS (1998). Plan de acción de desarrollo y salud de adolescentes y jóvenes en las Américas, 1998-2001. Washington, DC.

OPS/Kellogg (1997). *Proyecto de desarrollo y salud integral de adolescentes y jóvenes en América Latina y el Caribe, 1997-2000.* Washington, DC.

OPS/GAPE (1990). Dicen que estoy en la mitad del camino: Educación en salud con el adolescente, manual metodológico. Washington, DC.

OPS (1985). Manual de técnica para una estrategia de comunicación en salud. Serie PALTEX, no. 11.



COMUNICACIONES PARA EL DESARROLLO

Adhikarya, R. y Colle, R. (1983). Reaching Out: The Role of Audiocassette Communication in Rural Development. AMIC, Singapur.

Atwood, R. y McAnany, E. (eds.). Communication and Latin American Society: Trends in Critical Research 1960-1985. University of Wisconsin Press, Madison.

Bandura, A. (1986). Social Foundations of Thought and Action. Prentice Hall, Englewood Cliffs, Nueva Jersey.

Bandura, A. (1978). "The Self System in Reciprocal Determinism." *American Psychologist*, 33:344-358.

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

Bandura, A. (1971). Social Learning Theory. General Learning Press, Morristown, Nueva Jersey.

Bandura, A. (1962). "Social Learning Through Imitation." En Jones, M.R. (ed.). *Nebraska Symposium on Motivation*.

Bandura, A. y Adams, N. (1977). "Analysis of Self-Efficacy Theory to Behavioral Change". *Cognitive Therapy and Research*, 1, 287-310.

Bandura, A. y Walters, R.H. (1963). Social Learning and Personality Development. Holt, Rinehard and Winston, Austin, Texas.

Becker, M. (ed.). "The Health Belief Model and Personal Health Behavior". *Health Education Monographs*, 1974. 2: 324-508.

Beltrán, L. R. (1976). "Social Structure and Rural Development Communication in Latin America: The Radiophonic Schools of Colombia", en Chu, G. y cols. (eds.). Communication for Group Transformation in Development. East-West Communication Institute, Honolulu.

Bennis, W.; Benne, K; y Chin, R. (1969). The Planning of Change (2da. edición). Holt, Inc., Nueva York.

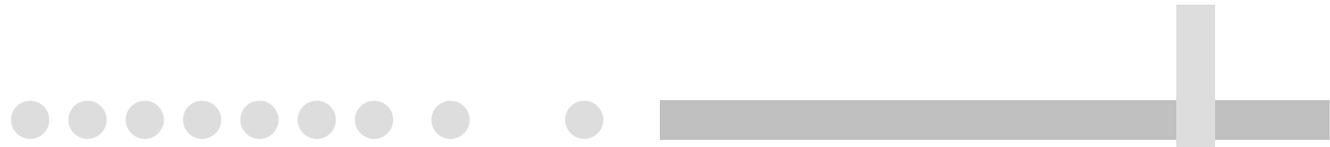
Calvino, M. (1999). Psicología y Marketing: Contribuciones al posicionamiento de la Psicología. Editora Política, La Habana.

Canclini, N.G. (ed.) (1987). Políticas culturales en América Latina. Grijalbo, México.

Davidson, P. y Davidson, S. (eds.) (1980). Behavioral Medicine: Changing Health Lifestyles. Brunner Mazel, Nueva York.

Fox, E. (1988). Media and Politics in Latin America: The Struggle for Democracy. Sage, Londres.

Fox, E. y Schmucler, H. (1982). Comunicación y democracia en América Latina. DESCO, Lima.



"From Modernization and Diffusion to Dependency and Beyond: Theory and Practice in Communication for Social Change in the 1980's" (1984). En Singman y cols. (eds.). Proceedings of the Conference on Development Communications in the Third World. College of Agriculture, Universidad de Illinois, Champaign.

García Canclini, N. (1995). Consumidores y ciudadanos. Conflictos multiculturales de la globalización. Editorial Grijalbo.

Hedebro, G. (1982). Communication and Social Change in Developing Nations: A Critical View. Iowa State University Press, Ames.

Hochbaun, G. (1970). Health Behavior: Basic Concepts. Wadsworth, Belmont, California.

Hochbaun, G. (1956). Public Participation in Medical Screening Programs: A Socio-Psychological Study. U.S. Public Health Service, Washington, DC.

Hudson, H. (1984). When the Telephones Reach the Village: The Role of Telecommunications in Rural Development. Ablex Publishing, Norwood.

Kothari, R. (1984). "Communications for Alternative Development: Towards a Paradigm", en *Development Dialogue*; páginas 1-2.

Maitland Commission (1984). *The Missing Link: Report of the Independent Commission for Worldwide Telecommunications Development*. ITU, Ginebra.

Marqués de Melo, J. (1990). Communication and Democracy: Brazilian Perspectives. ECA-USP, São Paulo.

McAnany, E. (1984). "Diffusion of Innovations: Why Does It Endure?" *Critical Studies in Mass Communication*, vol. 1, no. 4, diciembre.

McAnany, E. (ed.) (1980). Communication in the Rural Third World. Praeger, Nueva York.

McQuail, D. y Wendahl, S. (1981). Communications Models for the Study of Mass Communications. Longman, Inc., Nueva York.

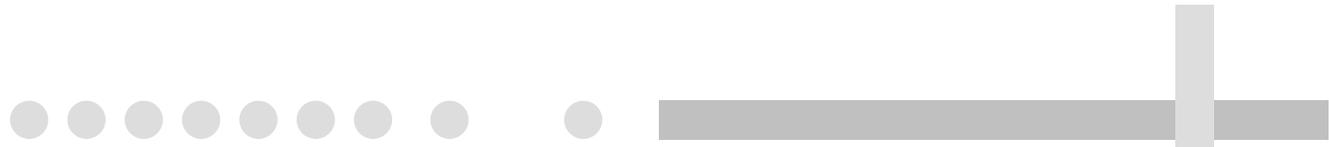
Mowlana, H. y Wilson, L. (1988). Communication Technology and Development. UNESCO, París.

Muñoz, S. (1998). "Consumos culturales y usos de la radio en dos ciudades del litoral pacífico: Buenaventura y Güapi". En Simulaciones políticas y consumo de masas en Colombia, Serie Informes de Investigación. Páginas 179-267. Escuela de Comunicación Social, Facultad de Artes Integradas. Universidad del Valle, Cali, agosto.

Muñoz, S. (1995). "El ojo, el libro y la pantalla". En Consumo cultural en Cali. Facultad de Humanidades, Escuela de Comunicación Social. Universidad del Valle, noviembre.

Nariman, H.N. (1993). Soap Operas for Social Change: Toward a Methodology for Entertainment-Education Television. Praeger, Westport, Connecticut.

Prochaska, J. (1979). Systems of Psychotherapy: A Transtheoretical Analysis. Dorsey, Homewood, Illinois.



Prochaska, J. y DiClemente, C. (1984). The Transtheoretical Approach. Dow Jones, Nueva York.

Prochaska, J. y Velicer, W. (1997). "The Transtheoretical Model of Health Behavior Change". *American Journal Health Promotion*; 12:38-48.

Rogers, E. (1983). Diffusion of Innovations (3era. edición). The Free Press, Nueva York.

Rogers, E. (ed.) (1976). Communication and Development: Critical Perspectives. Sage.

Rogers, E. (1962). Diffusion of Innovations. The Free Press, Nueva York.

Rosenstock, I., Strecher, V., Becker, M. "Social Learning Theory and the Health Belief Model". *Health Education Quarterly*, 1988. 15: 175-83.

Rosenstock, I. (1974). "Historical Origins of the Health Belief Model". *Health Education Monographs*; 2: 328-35.

Schramm, W. (1964). Mass Media and National Development: The Role of Information in Development. Stanford: Stanford University Press; París: UNESCO.

Schramm, W. y Lerner, D. (1976). Communication and Change: The Last Ten Years and the Next. University Press of Hawaii, Honolulu.

Silva, R. (1992). "Imaginario urbano: Bogotá y São Paulo". En Cultura y comunicación urbana en América Latina. Tercer Mundo Editores, 2da. edición, octubre.

Surlin, S. y Soderlund, W. (eds.) (1990). Mass Media and the Caribbean. Gordon & Breach, Nueva York.

COMUNICACIONES PARA LA SALUD EN EE.UU.

Alcalay, R. y Mendoza, C. (2000). Project COMSALUD: A Comparative Study of Health-Related Messages in Latin American Media. Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC.

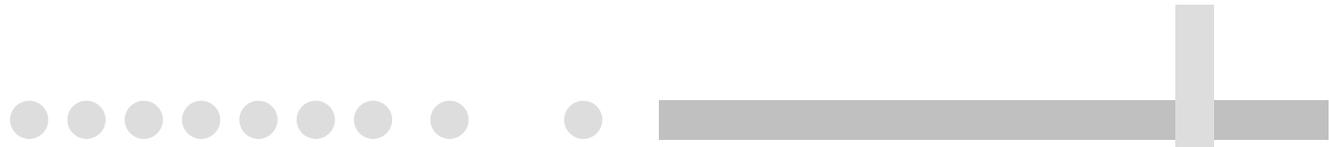
Basch, C. (1987). "Focus Group Interview: An Underutilized Research Technique for Improving Theory and Practice in Health Education". En *Health Education Quarterly*, invierno, 14(4).

Becker, M.; Maiman, L.A.; Kirscht, J.P.; Haefner, D.P. y RH Drachman, R.H. (1977). "The Health Belief Model and Prediction of Dietary Compliance: A Field Experiment". *Journal of Health and Social Behavior*, 18, 348.

Bertrand, J. (1978). Communications Pretesting. Community and Family Study Center, Media Monograph 6, Universidad de Chicago.

Biegel, D. y Naparstek, A.J. (eds.) (1982). Community Support Systems and Mental Health. Springer, Nueva York.

Bloom, P.N. (1980). "Evaluating Social Marketing Programs: Problems and Prospects". En Bagozzi, R.P. y cols. (eds.). Marketing in the 80's: Changes and Challenges. American Marketing Association, Chicago.



Centers for Disease Control and Prevention (CDC), et al (2000). Life's First Great Crossroads: Pre-Teens Make Choices that Affect Their Lives Forever. Atlanta.

Chisnall, P. (1986). Marketing Research. MacGraw Hill, Nueva York.

Cohen, S. y Wills, T.A. (1985). "Stress, Social Support and the Buffering Hypothesis". *Psychological Bulletin*, 98, 310-357.

Covello, Vicente T., von Winterfeldt, Detlof y Slovic, Paul. "Communicating Scientific Information about Health and Environmental Risks: Problems and Opportunities from a Social and Behavior Perspective", en Covello, Moghisi y Uppuluri, (eds.), *Uncertainties in Risk Assessment and Risk Management*. Nueva York: Plenum Press, 1986.

DeJong, W. (1994). "Relapse Prevention: An Emerging Technology for Promoting Long-term Drug Abstinence". *Int J Addict., Apr*, 29(6): 681-705.

Dearing, J.W. y Roger, E.M. (1996). Communication Concepts 6: Agenda-Setting. Sage, Thousand Oaks, California.

Department of Health and Human Services (DHHS) (1987). Literature Review on Alcohol and Youth. Alcohol Drug Abuse and Mental Health Administration, Office of Substance Abuse Prevention, noviembre.

Department of Health and Human Services (DHHS) (1986). *Communicating with Youth about Alcohol: Methods, Messages and Materials*. Alcohol, Drug Abuse and Mental Health Administration. Publicación no. (ADM) 86-1429. Washington, DC.

Department of Health and Human Services (DHHS) (1980). Promoting Health/Preventing Disease: Objectives for the Nation. Washington, DC.

DiClemente, C.C. y Hughes, S.O. (1990). "Stages of Change: Profiles in Treatment". *Journal of Substance Abuse*, 2:217-235.

Donohew, L.; Sypher, H.E. y Bukoski, W.J. (1991). Persuasive Communication and Drug Abuse Prevention. Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale, Nueva Jersey.

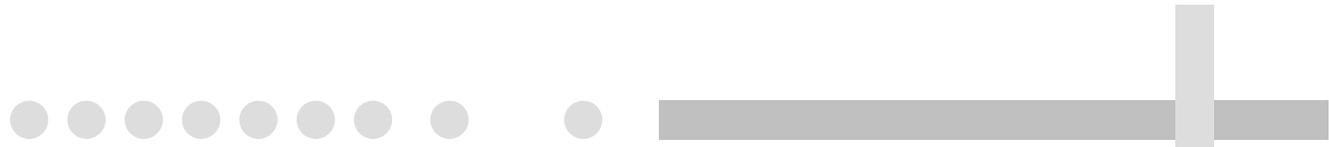
Fine, S. (ed.) (1990). Social Marketing. Allyn & Bacon, Needham Heights, Massachusetts.

Fishbein, M. (1995). "Developing Effective Behavior Change Interventions". En Backer, T.E.; David, S.L. y Soucy, G. (eds.) Reviewing the Behavioral Science Knowledge Base for Technology Transfer. National Institute on Drug Abuse Research Monograph 155. Rockville, Maryland.

Fishbein, M. y Ajzen, I. (1981). "Acceptance, Yielding and Impact: Cognitive Processes in Persuasion". En Petty, R.E.; Ostrom, T.M. y Brock, T.C. (eds.). Message Effects in Communication Science. Sage Publications, Newbury Park, California.

Fishbein, M. y Ajzen, I. (1975). Belief, Attitude, Intention and Behavior. Addison-Wesley, Reading, Massachusetts.

Fitz-Gibbon, C.T. y Morris, L.L. (1978). How to Design a Program Evaluation. Sage, Beverly Hills.



Flay, B. (1987). "Evaluation of the Development, Dissemination and Effectiveness of Mass Media Health Programming", en *Health Education Research*, 2(2).

Fox, K. y Kotler, P. (1980). "The Marketing of Social Causes: The First 10 Years", en *Journal of Marketing*, otoño.

Funkhouser, J. (1987). "Before the Cameras Turn: The Research Base of the Youth Alcohol Prevention Campaign", en *Alcohol Health and Research World*, 2(4), verano.

Gallup International Association: Datum Internacional (2000). "La encuesta del milenio: Lo que más importa en la vida". *El Comercio*, Lima, Perú.

Goodman, A. y McDonald, S.S. (1985). The Group Depth Interview, Principles and Practice. Prentice Hall, Englewood Cliffs, NJ.

Gombeski, W.R., Moore, C. y cols. (1981). "Health Information Sources of the Poorly Informed: Implications for Health Educators and Communicators", en *Health Values: Achieving High Level Wellness*, 5(5).

Green, L. y cols. (1980). Health Education Planning: A Diagnostic Approach. Palo Alto: Mayfield.

Green L. y Lewis, F. (1986). Measurement and Evaluation in Health Education and Health Promotion. Palo Alto: Mayfield.

Hawkins, D. y Nederhood, B. (1987). Handbook for Evaluating Drug and Alcohol Prevention Programs. DHHS, Alcohol, Drug and Mental Health Administration. Publicación no. (ADM) 87-1512.

Kotler, P. y cols. (1987). Strategic Marketing for Nonprofit Organizations, Cases and Readings. Prentice Hall, Englewood Cliffs, NJ.

Kotler, P. y Roberto, E. (1989). Social Marketing: Strategies for Changing Public Behavior. Free Press, Macmillan, Nueva York.

Lazes, P. y cols. (1987). The Handbook of Health Education (2da. edición). Aspen Publishers, Rockville.

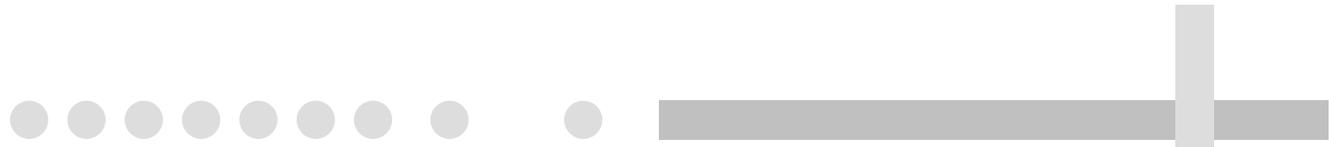
Leathar, D.S. y cols. (1986, 1981). Health Education and the Media. Pergamon Press, Oxford, Health Education and the Media. Pergamon Press, Nueva York.

Lovelock, C. (1984). Marketing for Public and Nonprofit Managers. John Wiley and Sons, Nueva York.

Maibach, E. y Holtgrave, D.R. (1995). "Advances in Public Health Communication". *Annual Review of Public Health*, 16:219-238.

Maibach, E. y Parrott, R.L. (eds.) (1995). Designing Health Messages: Approaches from Communication Theory and Public Health Practice. Sage, Thousand Oaks, California.

McGuire, W. (1981). "Theoretical Foundations of Public Communication Campaigns". En Rice, E. y Paisley, W.J. (eds.). Public Communication Campaigns, Sage, Beverly Hills.



Merek, Sharp y Dohme (1981). Working with the News Media: A Guide for Health Care Organizations. West Point, Pensilvania.

Miaoules, G. y Bonaguro, J. (1980). "Marketing Strategies in Health Education" en *Journal of Health Care Marketing*, 1(1) invierno.

Mullen, P. y cols. (1987). "Health Behavior Models Compared". en *Social Science and Medicine*, 24(2).

National Cancer Institute (1987). Cancer Prevention Awareness Survey. Publicación NIH no. 87-2907, julio.

National Heart, Lung y Blood Institute (1982). Community Guide to High Blood Pressure Control. Publicación NIH no. 82-2333, mayo.

National Heart, Lung and Blood Institute (1987). *Strategies for Diffusing Health Information to Minority Populations*, septiembre.

National Heart, Lung and Blood Institute (1987). With Every Beat of Your Heart, An Idea Book for Community Heart Health Programs. Publicación NIH no. 87-2641, septiembre.

ODPHP Health Information Center (sin fecha). Working with the Print Media (for the Healthy Older People Program). Publicación no. Y0182.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (1988). Health Promotion for AIDS Prevention: A Manual for Communicators. Ginebra.

Organización Panamericana de la Salud (OPS) (1992). Manual de comunicación social para programas de salud. Pág. 89. Washington, DC.

Prochaska, J.O.; DiClemente, C.C. y Norcross, J.C. (1992). "In Search of How People Change". *American Psychology*, 47:1102-1114.

Prochaska, J.O. y DiClemente, C.C. (1984) The Transtheoretical Approach: Crossing Traditional Boundaries of Therapy. Dow Jones Irwin, Homewood.

Rasmusson, M. y cols. (1988). Communication for Child Survival. U.S. Agency for International Development (Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional), Washington, DC, junio.

Rogers, E.M. y Dearing, J.W. (1988). "Agenda-Setting Research: Where Has It Been? Where Is It Going?" En Anderson, J.A. (ed.). Communication Yearbook 11. (555-594) Sage, Newbury Park, California.

Roper, W.L. (1993). "Health Communication Takes on New Dimensions at CDC". *Public Health Repts* 108(2):179-183.

Rice, R.E. y Paisley, W.J. (eds.) (1990). Public Communication Campaigns. Sage, Beverly Hills.

Schlinger, M.J. (1976). "The Role of Mass Communications in Promoting Public Health". En *Advances in Consumer Research*, 3.



Signorielli, N. (1990). "Television and Health: Images and Impact". En: Atkin, C. y Wallack, L. (eds.). Mass Communication and Public Health. Sage Publications, Newbury Park, California.

Smith, W.A; Helquist, M.J.; Jimerson, A.B.; Carovano, K.; y Middlestadt, S.E. (1993) A World Against Aids: Communication for Behavior Change. Academy for Educational Development, Washington, DC.

COMUNICACIÓN SOCIAL

Academy for Educational Development (sin fecha). Let Kids Lead. Washington, DC.

Acuff, D. (1997). What Kids Buy and Why: The Psychology of Marketing to Kids. The Free Press, Nueva York.

McNeal, J.U. (2000). Los niños como consumidores de productos sociales y comerciales. Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC.

CULTURA POPULAR

Alfaro, R.M. (1987). *De la conquista de la ciudad a la apropiación de la palabra. Una experiencia de educación popular y comunicativa con mujeres*. Tarea, noviembre.

Canlini, N. G. y Roncagliolo, R. (eds.) (1988). Cultura transnacional y culturas populares. IPAL, Lima.

FELEFACS (1987). Comunicación y culturas populares en Latinoamérica. G. Gili, México.

Kennedy, G. A. (traducción) (1991). Artistotle's On Rhetoric: A Theory of Civic Discourse. Oxford University Press, Nueva York.

Kennedy, G. A. (1980). Classical Rhetoric and Its Christian and Secular Tradition from Ancient to Modern Times. University of North Carolina Press, Chapel Hill.

Lawson-Tancredi, H.C. (traducción). (1991). The Art of Rhetoric. Penguin Books, Nueva York.

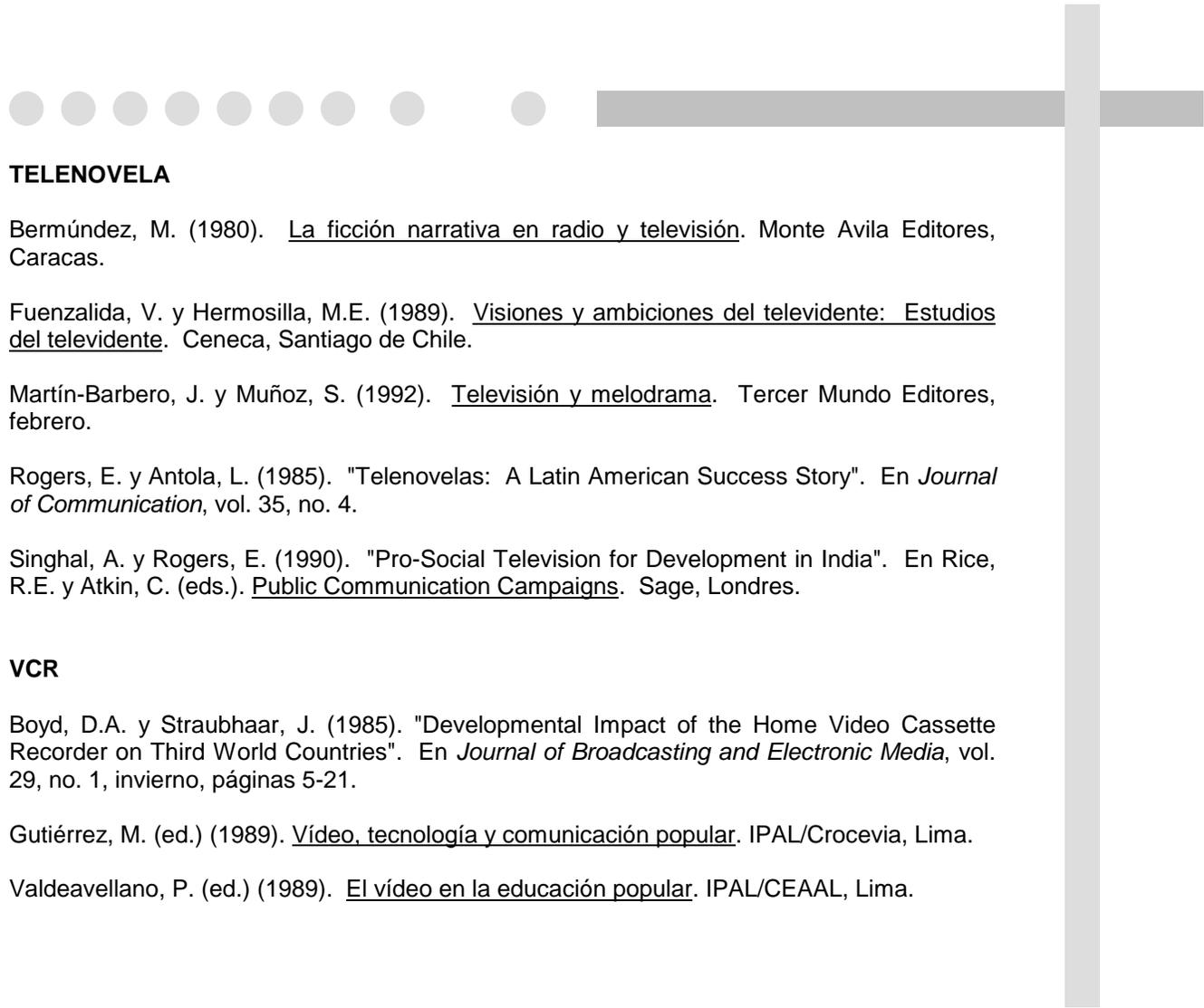
Lent, J. (ed.) (1990). Caribbean Popular Culture. Bowling Green State University Popular Press, Ohio.

Martín-Barbero, J. (1987). De los medios a las mediaciones: Comunicación, cultura y hegemonía. G. Gili, Barcelona y México.

TEATRO POPULAR

Ochsenius, C. y cols. (1988). Práctica teatral y expresión popular en América Latina. Ediciones Paulinas, Buenos Aires.

Vega, R. (1987). El teatro en la comunidad. Ediciones Paulinas, Buenos Aires.



TELENOVELA

Bermúdez, M. (1980). La ficción narrativa en radio y televisión. Monte Avila Editores, Caracas.

Fuenzalida, V. y Hermsilla, M.E. (1989). Visiones y ambiciones del televidente: Estudios del televidente. Ceneca, Santiago de Chile.

Martín-Barbero, J. y Muñoz, S. (1992). Televisión y melodrama. Tercer Mundo Editores, febrero.

Rogers, E. y Antola, L. (1985). "Telenovelas: A Latin American Success Story". En *Journal of Communication*, vol. 35, no. 4.

Singhal, A. y Rogers, E. (1990). "Pro-Social Television for Development in India". En Rice, R.E. y Atkin, C. (eds.). Public Communication Campaigns. Sage, Londres.

VCR

Boyd, D.A. y Straubhaar, J. (1985). "Developmental Impact of the Home Video Cassette Recorder on Third World Countries". En *Journal of Broadcasting and Electronic Media*, vol. 29, no. 1, invierno, páginas 5-21.

Gutiérrez, M. (ed.) (1989). Vídeo, tecnología y comunicación popular. IPAL/Crocevia, Lima.

Valdeavellano, P. (ed.) (1989). El vídeo en la educación popular. IPAL/CEAAL, Lima.

Solicitud de publicaciones

PUBLICACIONES	IDIOMA	CANTIDAD (MÁXIMO: 5)
Lineamientos para la Programación de la Salud Integral del Adolescente y Módulos de Atención (Esp, Ing, Por) OPS/Kellogg. Moreno y cols. Segunda Edición, 1996		
Evaluación sobre oportunidades Perdidas de Atención Integral del Adolescente (Esp, Ing, Por) OPS/Kellogg. Zubarew y cols. Segunda Edición, 1996		
Evaluación de servicios de atención ambulatoria de adolescentes: estimación de complejidad; condiciones de eficiencia (Esp, Ing, Por) OPS/Kellogg. Zubarew y cols. Segunda Edición, 1996		
Manual de identificación y promoción de la resiliencia en niños y adolescentes OPS/Kellogg/ASDI. Munist y cols. 1998		
El embarazo en la adolescencia: lineamientos para el diseño de investigaciones de aspectos socioculturales.		
Guía de promoción de la resiliencia en los niños para fortalecer el espíritu humano Fundación Bernard van Leer. Grotberg, 1996		
Manual para la educación en salud integral del adolescente OPS/UNFPA. Canessa, Nykiel, 1997		
Programa regional de adolescencia: proyecto OPS/Kellogg, informe evaluativo Niremberg, Perrone, 1996		
Guía para abogar por la salud integral de los adolescentes con énfasis en salud sexual reproductiva Advocates for Youth/OPS, 1996		
Promoción del crecimiento y desarrollo integral de niños y adolescentes, módulo del facilitador OPS		
Promoción del crecimiento y desarrollo integral de niños y adolescentes, módulos de aprendizaje OPS		
El ambiente legislativo y de políticas para la salud de los adolescentes en América Latina y El Caribe. OPS/Kellogg, Rodríguez y cols. 1998		
Taller sobre la violencia de los adolescentes y las pandillas (maras) juveniles OPS/Kellogg/SIDA ,1998		
Educación de la sexualidad en el contexto de la salud integral en la adolescencia OPS/Kellogg. Cerruti, 1998		
La violencia juvenil en las Américas (Esp, Ing) OPS/Kellogg/ASDI. McAlister, 1998		

La juventud y el liderazgo transformador OPS/Kellogg. Blejmar y cols. 1998		
¿Por qué debemos invertir en el adolescente? (Esp, Ing) OPS/Kellogg. M. Burt, 1998		
Plan de acción de desarrollo y salud de adolescentes y jóvenes en las Américas, 1998-2001 (Esp, Ing) OPS, 1998		
Situación actual: Obligaciones de América Latina y el Caribe ante el derecho internacional de adolescentes y jóvenes. OPS/Kellogg Morlachetti, 1999		
Los niños como consumidores de productos sociales y comerciales. OPS/Kellogg. James U. McNeal, 2000		
Manual de comunicación social para programas de promoción de la salud del adolescente. OPS/Kellogg, 2001.		
Programación para la salud y el desarrollo de los adolescentes, OMS, Serie de Informes Técnicos No. 886, 1999		
Perfil de salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes y jóvenes de América Latina y el Caribe: Revisión bibliográfica, 1988-1998. Dra. Alma Virginia Camacho Hubner, 2000.		
Publicaciones en venta:		
La salud del adolescente y del Joven: publicación científica 552 OPS/OMS 1995 \$26 Contacto: Rene Noda, (202) 974-3063 e-mail: nodarene@paho.org		
La salud de los adolescentes y los jóvenes en las Américas: escribiendo el futuro OPS 1995 \$8 Contacto: Rene Noda, (202) 974-3063 e-mail: nodarene@paho.org		
Manual de medicina de la adolescencia: PALTEX 20 OPS/OMS 1992 \$20 Contacto: Eduardo Castro, (202) 974-3455 e-mail: castroed@paho.org		

Dónde dirigir el envío:

Dirigir solicitud a: Sylvia Singleton
Organización Panamericana de la Salud
525 23rd St., NW, Washington, DC 20037
Fax: (202) 974-3640
E-mail: singlets@paho.org

¹ Adaptado de *Making Health Communication Programs Work: A Planner's Guide*, Oficina de Comunicación sobre el Cáncer, Instituto Nacional sobre el Cáncer, Institutos Nacionales de Salud (EE.UU.). Publicación del NIH No. 89-1493, abril de 1989.

² Dra. Matilde Maddaleno; Dra. Gloria Coe.

³ Profesor de Salud Pública, Universidad de Sydney, Australia (2000). <http://www.comminit.com>

⁴ Profesor, Michigan State University, Chair, Health Communication, International Communication Association.

⁵ Gran parte de la información sobre teorías del comportamiento está sacada del documento de Glanz, K. y Rimer, B.K. (1995), *Theory at a Glance: A Guide for Health Promotion Practice*, National Institutes of Health, Bethesda: U.S. Department of Health and Human Services (de propiedad pública). Traducción en español: *Teorías de un Vistazo: Guía para la Práctica de la Promoción de la Salud*, en el documento Reproducción de Documentos Serie #19, *Modelos y Teorías de Comunicación en Salud: Promoción de la Salud* (1996) División de Promoción y Protección de la Salud, OPS: Washington, DC.

⁶ Los Cuadros 1 al 7, así como los resúmenes de presentación de las diferentes teorías del comportamiento que se encuentran a continuación son tomados o ajustados de "Modelos y teorías de comunicación en salud". Reproducción de Documentos, Serie #19. OPS, División de Promoción y Protección de la Salud, abril de 1996.

⁷ Propaganda comercial, relaciones públicas, firmas de consultoría política, compañías de los sectores público y privado también buscan cambiar actitudes e influenciar la conducta social.

⁸ Glanz, K. y Rimer, B.K. *Teorías de un Vistazo: Guía para la Práctica de la Promoción de la Salud*, en el documento Reproducción de Documentos Serie #19, *Modelos y Teorías de Comunicación en Salud: Promoción de la Salud* (1996) División de Promoción y Protección de la Salud, OPS: Washington, DC.

⁹ Exposición a y atención al mensaje, interés o relevancia personal; comprensión y personalización de la conducta para ajustarse a la propia vida, aceptación del cambio, recordar el mensaje, seguir estando de acuerdo y tomar decisiones basándose en el mensaje; conducirse de acuerdo y recibir reforzamiento.

¹⁰ Conocimiento, persuasión, decisión, implementación, confirmación.

¹¹ Glanz, K. y Rimer, B.K. *Teorías de un Vistazo: Guía para la Práctica de la Promoción de la Salud*, en el documento Reproducción de Documentos Serie #19, *Modelos y Teorías de Comunicación en Salud: Promoción de la Salud* (1996) División de Promoción y Protección de la Salud, OPS: Washington, DC.

¹² Estos comportamientos incluyen dieta y nutrición; pérdida de peso; uso de drogas, tabaco y alcohol; ejercicio físico; control de natalidad; prevención de SIDA; seguir recomendaciones médicas.

¹³ Américas – Argentina, Bolivia, Canadá, Chile, Colombia, Ecuador, México, Paraguay, Perú, República Dominicana, Uruguay, USA

¹⁴ Radio CARACOL (2000). *Temas que le gustaría escuchar*. Bogotá, Colombia.

¹⁵ Smith, D. "The Food We Eat". *The Washington Post*, 29 January 2000, pág. A13.

¹⁶ Las medidas con acciones políticas tales como la introducción de leyes en un asunto específico, o apropiaciones presupuestarias, o el tiempo gastado debatiendo en el Congreso o Senado de EE.UU.

¹⁷ Nirenberg, O. y Perone, N. Proyecto OPS/Kellogg de apoyo a iniciativas nacionales de salud integral del adolescente en la Región de las Américas. Informe evaluativo.