

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE TECNOLOGÍA MÉDICA
LICENCIATURA EN EDUCACION PARA LA SALUD**



Informe Final:

**Factores Comportamentales y Ambientales que influyen
en la eficacia del proceso de comunicación en salud
para la prevención del dengue, chikungunya y Zika, en los usuarios de la
Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia “Planes de Renderos”,
del municipio de Panchimalco, en el mes de agosto de 2016.**

Presentado por:

Br. Tomás Siracides Juarez Contreras

Para optar al grado de Licenciado en Educación para la Salud

Docente asesor:

Lic. Germán Pichinte Serrano

Ciudad Universitaria, Octubre de 2016.

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	iv
CAPÍTULO I. EL PROBLEMA.	
1. El Problema	
1.1 Planteamiento del Problema	5
1.2 Enunciado del Problema	7
1.3 Justificación.....	8
1.4 Objetivos	
1.4.1 Objetivo General	9
1.4.2 Objetivos Específicos	9
1.5 Viabilidad y Factibilidad de la Investigación	10
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO.	
2. Marco Teórico	
2.1 Factores Comportamentales y Ambientales	11
2.2 Comunicación en Salud	12
2.3. Proceso de Comunicación en Salud	12
2.4. Elaboración de mensajes de salud	40
2.5. Percepción Pública de los mensajes de Salud.....	41
2.6. Enfermedades Transmitidas por el Vector Aedes aegypti.....	43
2.7. Modelos en que se basa la Investigación	
2.7.1. Modelo de Creencias de Salud	52
2.8. Contextualización del Nivel Local de Salud, Ministerio de Salud	56
CAPÍTULO III. DISEÑO METODOLÓGICO.	
3. Diseño Metodológico	
3.1 Tipo de Estudio	59
3.2 Área de Estudio	59
3.3 Población	59
3.4 Muestra	59
3.5 Unidades de Análisis	59
3.6 Técnicas e Instrumentos de Recolección de Información	60
3.7 Operacionalización de Variables.....	61
3.8 Formas de Procesamiento de la información	62
3.9 Plan de Presentación de los Datos.....	62
3.10 Procedimientos.....	62

CAPITULO IV. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.	
4 Presentación de Resultados.....	63
CAPITULO V. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.	
5 Análisis de los Resultados	99
CAPITULO VI. CONCLUSIONES.	
6 Conclusiones.....	105
CAPITULO VII. RECOMENDACIONES.	
7 Recomendaciones	107
CAPITULO VIII. FUENTES DE INFORMACIÓN.	
8 Fuentes de Información	109

ANEXOS

INTRODUCCION

El presente informe de investigación es el resultado de un estudio de carácter descriptivo, que tiene como objetivo determinar los Factores Comportamentales y Ambientales que influyen en la eficacia del proceso de Comunicación en Salud para la prevención del Dengue, Chikungunya y Zika.

La investigación se desarrolló en una serie de etapas metodológicas que permitió recolectar y analizar la información pertinente al problema.

Las unidades de análisis fueron los Usuarios de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia “Planes de Renderos”, del municipio de Panchimalco.

La variable a estudiar fue los Factores Comportamentales y Ambientales que influyen en la eficacia del proceso de Comunicación en Salud para la prevención del Dengue, Chikungunya y Zika.

Para la realización del estudio se tomó como base teórica el Modelo de Creencias de Salud, así como otra teoría que permitió fundamentar la investigación.

Así mismo, se presentan los resultados obtenidos durante la etapa de recolección de información y las conclusiones respectivas.

Como elemento final se presentan los Anexos de la Investigación, entre ellos, los instrumentos y otra información relacionada a la Investigación.

CAPÍTULO I. EL PROBLEMA.

1. El Problema

1.1 Planteamiento del Problema.

La importancia de la comunicación en la sociedad es clara e históricamente reconocida, en el abordaje de la salud, este proceso es esencial; ya que a través de el, se provee información como parte de uno de los procesos de Comunicación en Salud.

En los últimos años varios han sido los procesos de Comunicación en Salud que se han desarrollado por diversas Instituciones para impulsar la prevención de enfermedades como el Dengue, Chikungunya y Zika.

Una situación a la que se enfrenta la población salvadoreña, es la exposición a los mensajes informativos y/o educativos difundidos por diferentes canales, los cuales promueven un contenido en salud y que van encaminados a la adopción de una conducta deseada, dichos mensajes están basados en teorías y modelos que son aplicados a la Educación para la Salud, tales como: Modelo de Creencias de Salud; estos mensajes son el mecanismo a través del cual, se logran objetivos planteados en una estrategia, un plan, programa o proyecto y son difundidos por los canales oportunos.

Los mensajes que se transmiten a través de procesos de Comunicación en Salud por medio de material informativo y/o educativo y que buscan incrementar los conocimientos, promover conductas deseadas y como uno de sus fines destacables la modificación de conductas favorables a la salud; si dicho proceso se concibe bajo teorías y metodologías de Comunicación en Salud se prevé que la población meta a la que se dirige capte su atención durante esté expuesta al mensaje, lo interiorice y ponga en práctica lo propuesto, esto como una descripción amplia de un proceso individual, logrando la puesta en práctica de las medidas de prevención, lo cual, se reflejaría en una disminución de los casos clínicos de dichas enfermedades.

En ocasiones la falta de una adecuada estructuración del mensaje, la falta de validación técnica del mensaje y/o una información poco clara y precisa, son factores que limitan la comprensión por parte del grupo al cual va dirigido, por lo cual se puede convertir en un problema, debido a que no promueve con claridad el mensaje, obteniéndose baja eficacia en el Proceso de Comunicación en Salud.

En ciertos momentos, las audiencias no muestran interés al mensaje, debido a la poca identificación con el tema, el contexto coyuntural en que se promueve el mensaje y/o el contenido que se desarrolla en el mensaje, disminuyendo así la eficacia del mensaje.

Este problema tiene su repercusión en el individuo, la población en los ámbitos institucionales, comunitario, culturales, educativos y preventivos, debido a que lo que se transmite por dichos mensajes, en ocasiones no cumple con sus objetivos invirtiendo inadecuadamente recursos humanos, financieros, materiales y logísticos, sin obtener los resultados propuestos, por lo cual, es importante establecer los Factores Comportamentales y Ambientales que influyen en la eficacia del proceso de Comunicación en Salud para la prevención del Dengue, Chikungunya y Zika.

1.2 Enunciado del Problema.

¿Cuáles son los Factores Comportamentales y Ambientales que influyen en la eficacia del proceso de Comunicación en Salud para la prevención del Dengue, Chikungunya y Zika, en los Usuarios de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia “Planes de Renderos”, del municipio de Panchimalco, en el mes de agosto de 2016?

1.3 Justificación.

La investigación aporta información sobre los Factores Comportamentales y Ambientales que influyen en la eficacia del proceso de Comunicación en Salud para la prevención del Dengue, Chikungunya y Zika.

Esta investigación surgió como un interés por determinar dichos factores desde la perspectiva interdisciplinaria de la Educación para la Salud, como estrategia de la Promoción de la Salud y que aplica la Comunicación en Salud como un componente esencial, destacando así la importancia. La cual, se realizó en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia “Planes de Renderos”, ubicada geográficamente en el municipio de Panchimalco y que está adscrita al Área Geográfica de Influencia del SIBASI Sur, de la Región de Salud Metropolitana, del Ministerio de Salud, que es el ente rector del Sistema Nacional de Salud, de la República de El Salvador, ejecutándose durante el mes de agosto del año 2016.

La temática a investigar es importante, debido a que no se han realizado estudios en este lugar aplicando un Enfoque de Promoción de la Salud. Los resultados de la investigación podrán ser utilizados por el Ministerio de Salud, así como también, por el resto de instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud y el Sector Privado, que aplican procesos de Comunicación en Salud, como insumo para diseñar técnica, científica y metodológicamente estrategias y así poder lograr la eficacia en dichos procesos.

Así mismo, los resultados podrán ser considerados por la Carrera Licenciatura en Educación para la Salud de la Universidad de El Salvador, para el fortalecimiento de la Comunicación en Salud en el currículo de formación académica.

1.4 Objetivos.

1.4.1 Objetivo General:

- Determinar los Factores Comportamentales y Ambientales que influyen en la eficacia del proceso de Comunicación en Salud para la prevención del Dengue, Chikungunya y Zika, en los Usuarios de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia “Planes de Renderos”, del municipio de Panchimalco, en el mes de agosto de 2016.

1.4.2 Objetivos Específicos:

- Identificar los Factores Comportamentales que influyen en la eficacia del proceso de Comunicación en Salud para la prevención del Dengue, Chikungunya y Zika.
- Identificar los Factores Ambientales que influyen en la eficacia del proceso de Comunicación en Salud para la prevención del Dengue, Chikungunya y Zika.
- Establecer la influencia de los Factores Comportamentales y Ambientales para la eficacia de los procesos de Comunicación en Salud para la prevención del Dengue, Chikungunya y Zika.

1.5 Viabilidad y Factibilidad de la Investigación.

Para la presente investigación, se contó con la disponibilidad de material bibliográfico, el cual facilita la construcción y adopción de una perspectiva teórica, a través de la cual, se documenta la necesidad de hacer el estudio, permitió hacer una buena delimitación teórica del problema y por lo tanto una buena operacionalización de Variables, análisis de los resultados, así mismo, se contó con los sujetos de investigación para la realización del estudio.

Por tanto, la investigación pudo ser desarrollada por el investigador, ya que no sobrepasó la capacidad de recursos humanos, financieros y logísticos.

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO.

2.1. Factores Comportamentales y Ambientales.

Es posible poder identificar y clasificar aquellos factores que actúan en el comportamiento y el ambiente de las personas y que guardan relación con los problemas de salud, de forma que tras valorar su grado de importancia y su modificabilidad, pueda intervenir eficazmente sobre ellos.

El Modelo PRECEDE de Green, Kreuter, Deeds y Partridge desarrollado para la década de los 80¹, expone que entre los factores que contribuyen al cambio de conducta se encuentran:

1. Factores Predisponentes: tales como el conocimiento de los individuos, las actitudes, las conductas, las creencias y los valores.
2. Factores Facilitadores: son la estructura del ambiente o comunidad y la situación individual que facilita o presenta obstáculos para el cambio de comportamiento en el individuo.
3. Factores Reforzadores: son los efectos positivos o negativos que influyen en la conducta del individuo.

Los Factores Comportamentales son aquellos que están relacionados a la conducta del individuo y son internos. Mientras que los Factores Ambientales son aquellos que están relacionados al entorno del individuo y son externos a él.

Teniendo en cuenta cada uno de ello, podemos clasificar a los Factores Predisponentes en los Factores Comportamentales, debido a su relación con la conducta de la persona y los Factores Facilitadores y Reforzadores dentro de los Factores Ambientales, ya que están externos al individuo.

¹ COMUNICACIÓN EN SALUD: CONCEPTOS Y MODELOS TEÓRICOS, Ph.D. Iván Ríos Hernández, Universidad de Puerto Rico, San Juan, Puerto Rico, año 2011

2.2. Comunicación en Salud.

La comunicación en salud se concibe como un proceso estratégico para optimizar las acciones encaminadas a lograr una utilización racional de la oferta de servicios de salud, mejorar la eficiencia y efectividad de los programas dirigidos a la prevención de la enfermedad y promoción de la salud.²

Las investigaciones han demostrado que programas de comunicación en salud, basados en la teoría pueden poner la salud en la agenda pública, reforzar los mensajes sanitarios, estimular a las personas para que busquen más información, y en algunos casos, dar lugar a estilos de vida saludables.

2.3. Proceso de Comunicación en Salud.

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 (ver figura 1), en el cual la última etapa alimenta retrospectivamente la primera en un proceso continuo de planificación y perfeccionamiento.

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, se debe aplicar el criterio profesional

²Comunicación en Salud: Conceptos, Teorías y Experiencias, Mario Mosquera, Ph.D., Comisionado por la Organización Panamericana de la Salud, 2003

y el beneficio de la propia experiencia para decidir cuáles pasos son apropiados para el programa específico.

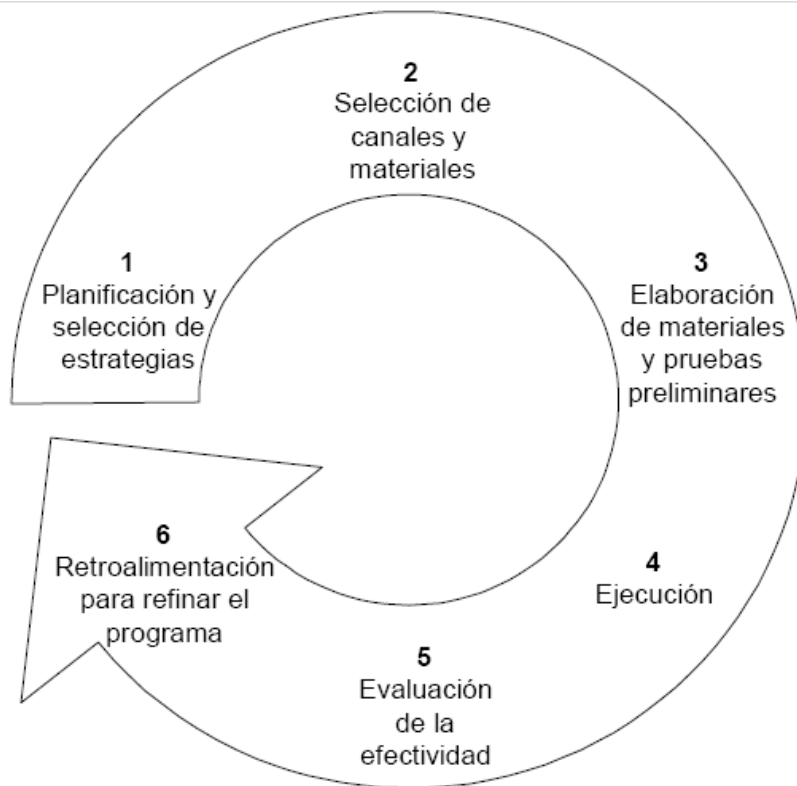


Figura 1

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? (Generar 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?

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".

Durante esta etapa, es ideal comenzar con **la definición del problema de salud** que debe resolverse. La pregunta central a resolver es: **¿Quién está afectado por el problema y cómo?** El próximo paso consiste en **ubicar a estos problemas de salud en el contexto de la promoción de la salud 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?

Es importante **revisar los datos disponibles**, los factores de riesgo que afectan la situación de salud.

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

1. Descripción del problema, su incidencia y magnitud, sus efectos sobre la población 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.

La **identificación de actividades existentes y vacíos** es importante, ya que con ella se logra conocer si otra organización ya ha considerado el problema de interés.

La **redacción de 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. 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", el 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.

Durante el proceso hay que **recopilar nuevos datos (investigación primaria)**. Tal vez puede suceder 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. Se 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, no es susceptible a la acción colectiva, se carece de servicios, o no existe tratamiento adecuado, se deberá decidir si es posible desarrollar un programa de comunicación. En algunos casos, se deberá asegurar 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 se podrá decidir acerca de 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 se 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, los responsables podrían 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.

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

Describir la 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, se estará en mejores condiciones para desarrollar un programa ajustado a esa audiencia.

Una vez que se describe lo que conoce de aquellos a quienes quiere alcanzar, se 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.

Las audiencias seleccionadas primarias son aquellas a las que se intenta influir de alguna manera; es posible tener varias audiencias seleccionadas. En ese caso, se fijan prioridades que permitan ordenar la planificación y asignación de recursos.

Las audiencias seleccionadas secundarias son aquellas que pueden influir sobre la audiencia seleccionada primaria o que deben realizar algo para ayudar a producir el cambio en la audiencia seleccionada primaria.

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.

Si se está diseñando un programa de comunicación que se llevará a cabo durante un largo período, es necesario que se **establecer un sistema de seguimiento de la audiencia seleccionada** 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, se debe considerar durante la etapa inicial de la planificación si el sistema de seguimiento es apropiado para el programa.

Es importante **evaluación de los recursos** para determinar de forma realista qué y cuánto será capaz de cumplir. Fijar expectativas realistas ayudará a evitar las frustraciones de no cumplir tanto como se había anticipado. Para fijar objetivos realistas se puede pensar las siguientes 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?
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.

Habiendo 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 permitirán 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 puede ser diferente de la percepción que los planeadores tienen 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 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 se posee suficiente información para empezar a elaborar mensajes. Se 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 se haya decidido qué estrategias de comunicación se usaran, 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 los planeadores aprenden más sobre la audiencia y sus percepciones, quizás se 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.

Habiendo tenido en cuenta lo anterior se debe **escribir el plan y el cronograma del programa**. Todos los elementos de la planificación deben quedar registrados en un **Plan del Programa**, el 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

Se debe asegurar 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 Proceso. 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.

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 se pueden tener en cuenta, desde el momento en que se escribe el plan hasta el momento en que se tiene la intención de completar el programa. Mientras más tareas se incorporen en el cronograma, es más probable que se recuerde la asignación del trabajo y mantenerse dentro de lo programado. Si se olvida etapas intermedias importantes, sus costos pueden cambiar y se perderán momentos oportunos para producir mayores efectos.

- **Etapla 2: selección de canales y materiales.**

Las decisiones que se realizaron en la Etapa 1 guiarán el proceso para la selección del (los) canal (les) de comunicación y la producción de materiales efectivos. Sin objetivos claros y conocimiento de su audiencia seleccionada, se correrá el riesgo de producir materiales inapropiados para la audiencia o para el problema que se 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)?

Habiendo completado la investigación, el análisis y el plan, se está en condiciones de elaborar las herramientas para la comunicación. Resulta de vital importancia disponer de las herramientas apropiadas para el trabajo. **En la etapa 2, los planeadores decidirán qué clase**

de material se ajusta al presupuesto y a la 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.

Se debe hacer **la identificación de 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, se deberá 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.

Si se encuentran materiales relacionados con el tema de salud, se debe decidir si éste pudiera ser apropiado para el programa así "como está" o con modificaciones. Se pueden considerar 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. 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 al 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 el programa. Se deberá asegurar el elegir un formato que pueda afrontar económicamente en cantidades suficientes para hacer que el programa funcione sin asignar una porción tan grande del presupuesto para materiales y así poder encarar la distribución, la promoción y el proceso de evaluación.

Elegir los canales de comunicación. La decisión en lo referente a los canales que el 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.
- Medios de comunicación como televisión, radio, revistas, diarios, vídeos, antenas parabólicas, canales comunitarios de televisión.
- Medios electrónicos y televisivos como CD, páginas en Internet, correo electrónico, televisión, 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.

También se puede presentar el caso de canales que no están dirigidos a la audiencia primaria del programa de comunicaciones, 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.

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.

Se deben considerar 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?
- **Etapas 3: elaboración de materiales y pruebas preliminares.**

La mayor parte de la planificación del programa se habrá completada en las Etapas 1 y Etapa 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?

Terminada la planificación del programa, se estará listo para producir mensajes y materiales para el programa. Esto 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 se encontraron materiales apropiados para el programa, se podrá saltar o simplificar esta etapa. Si no se tiene la seguridad de que los materiales que ha encontrado sean apropiados—o se piensa que necesitan ser adecuarlos— se puede pasar directamente a las pruebas preliminares.

Para ello, se **elaboran y se prueban los contenidos de los mensajes**. La 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

- **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?

En esta etapa, varias acciones ocurren simultáneamente con el fin de **prepararse para presentar el programa**. Antes de empezar, 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 el programa, se considera 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 del 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.

Durante esta etapa hay que **establecer 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, se debe asegurar 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.

Quizás se haya planificado emplear sólo uno o una combinación de medios de comunicación y canales interpersonales y comunitarios para el programa. Sin embargo, una vez que su programa ha adquirido visibilidad, otros pueden estar dispuestos a ayudar. Por ello, es importante **trabajar con intermediarios**.

Quizás se tengan oportunidades para ampliar el número y la clase de canales participantes. Aún cuando el modo de expansión del programa dependa de los 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 la 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 al mensaje o programa
- Proporcionar recursos y expertos adicionales
- Copatrocinar eventos comunitarios
- Fortalecer una o más líneas de trabajo del programa, aportando nuevo material que no se 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

Se debe estar consciente de estas posibilidades y estar preparado para decidir cuánto dar y recibir sin violar la integridad del programa y la 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

Es importante **elegir los intermediarios**. Existen cada vez más organizaciones 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 adultos mayores, casas de la cultura, entre otros. Estas agrupaciones facilitan el contacto con audiencias seleccionadas más grandes y amplían la diseminación de sus materiales.

También se puede **considerar trabajar con el sector privado**. Organizar empresas cooperativas con el sector privado puede ayudar a que el 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 la organización planeadora, 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

Es importante **analizar y revisar los componentes del programa**. Independientemente de si sigue ampliando y haciendo participar a más medios de comunicación u organizaciones en el 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 permitirán tener oportunamente esa información. Deben establecer intervalos específicos para revisar el progreso realizado. La preparación de informes de progreso—con los logros, planes y calendarios modificados—puede ayudar a mantener a las organizaciones y miembros informados y sincronizados.

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 del programa, su efecto o resultado.

La mayor parte de las mediciones de resultados están concebidas para indicar 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.

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.

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.

Es importante **determinar qué evaluación se va a 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

Algunos problemas que deben considerarse antes de decidir el tipo de evaluación que resultará mejor para el programa son:

- ¿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 los planificadores?
- ¿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 pueden ayudar a concebir una evaluación. Si no se cuenta con personal de planificación y evaluación en la organización, se puede encontrar ayuda en una universidad o centro de investigación cercanos.

Una respuesta frecuente a "¿Qué clase de medida de evaluación se está planificando?" es "No se tiene suficiente dinero para la evaluación". Rara vez alguien tiene 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 del trabajo: indicar si el programa sigue el curso previsto y qué resultados tuvo.

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.

Los **elementos de un 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.

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

- Justificar el 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

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

- **Reevaluar 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?
- **Determinar 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?
- **Identificar 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?
- **Comparar 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?

- **Reafirmar 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 el programa no dio resultado, es de averiguar por qué falló.

Se debe tomar el tiempo para **redactar un informe de evaluación** acerca de una prueba preliminar u otra tarea de evaluación que se hayan realizado, es útil por varias razones. El informe puede proporcionar:

- La disciplina para ayudar a analizar críticamente los resultados de la evaluación y reflexionar acerca de cualquier cambio que, como consecuencia, deba hacerse.
- Un producto tangible para la organización.
- Evidencia de que el 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 las actividades que se pueden emplear 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.

Para el **plan general del informe**, se pueden considerar incorporar estas secciones al 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 se hizo, no debe ser más largo o más formal de lo estrictamente necesario. Adjunte cualquier cuestionario, hojas de anotación u otros instrumentos que se utilizó como apéndices, en lugar de describirlos de forma narrativa. Finalmente, se debe asegurar de compartir el programa 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.

- **Etapa 5: Evaluación de la Efectividad y de la Eficacia**

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

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

- **Etapa 6: Retroalimentación para refinar (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. Cuanta 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?³

2.4. Elaboración de Mensajes de Salud.

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

³ Manual de comunicación social para programas de promoción de la salud de los adolescentes, División de Promoción y Protección de la Salud, Programa de Salud Familiar y Población, Unidad Técnica de Salud, Desarrollo de Adolescentes, Organización Panamericana de la Salud, Fundación W.K. Kellogg, Washington, D.C., Abril 2001. 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.

consenso entre el gobierno, la industria, las instituciones de salud y los grupos de presión.

- Puntos principales: Los puntos principales deben recalcar, 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.⁴

2.5. Percepción Pública de 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 se 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. Puede ser útil considerar algunos de los factores que afectan a la aceptación pública de los mensajes de salud en EE.UU.

⁴Manual de comunicación social para programas de promoción de la salud de los adolescentes, División de Promoción y Protección de la Salud, Programa de Salud Familiar y Población, Unidad Técnica de Salud, Desarrollo de Adolescentes, Organización Panamericana de la Salud, Fundación W.K. Kellogg, Washington, D.C., Abril 2001.

- 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.
- 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.
- La gente quiere respuestas absolutas. Algunas personas no comprenden las probabilidades; desean tener información concreta con la que puedan tomar ciertas decisiones.
- 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.
- 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.⁵

2.6. Enfermedades Transmitidas por el mosquito *Aedes aegypti*.

2.6.1. Dengue.

2.6.1.1. Definición.

El dengue es una enfermedad vírica transmitida por mosquitos que se ha propagado rápidamente en todas las regiones de la OMS en los últimos años. El virus del dengue se transmite por mosquitos hembra principalmente de la especie *Aedes aegypti* y, en menor grado, de *A. albopictus*. La enfermedad está muy extendida en los trópicos, con variaciones locales en el riesgo que dependen en gran medida de las precipitaciones, la temperatura y la urbanización rápida sin planificar.

El dengue grave (conocido anteriormente como dengue hemorrágico) fue identificado por vez primera en los años cincuenta del siglo pasado durante una epidemia de la enfermedad en Filipinas y Tailandia. Hoy en día, afecta a la mayor parte de los países de Asia y América

⁵Manual de comunicación social para programas de promoción de la salud de los adolescentes, División de Promoción y Protección de la Salud, Programa de Salud Familiar y Población, Unidad Técnica de Salud, Desarrollo de Adolescentes, Organización Panamericana de la Salud, Fundación W.K. Kellogg, Washington, D.C., Abril 2001.

Latina y se ha convertido en una de las causas principales de hospitalización y muerte en los niños de dichas regiones.

Se conocen cuatro serotipos distintos, pero estrechamente emparentados, del virus: DEN-1, DEN-2, DEN-3 y DEN-4. Cuando una persona se recupera de la infección adquiere inmunidad de por vida contra el serotipo en particular. Sin embargo, la inmunidad cruzada a los otros serotipos es parcial y temporal. Las infecciones posteriores causadas por otros serotipos aumentan el riesgo de padecer el dengue grave.

2.6.1.2. Transmisión.

El vector principal del dengue es el mosquito *Aedes aegypti*. El virus se transmite a los seres humanos por la picadura de mosquitos hembra infectadas. Tras un periodo de incubación del virus que dura entre 4 y 10 días, un mosquito infectado puede transmitir el agente patógeno durante toda la vida.

Las personas infectadas sintomáticas y asintomáticas son los portadores y multiplicadores principales del virus, y los mosquitos se infectan al picarlas. Tras la aparición de los primeros síntomas, las personas infectadas con el virus pueden transmitir la infección (durante 4 o 5 días; 12 días como máximo) a los mosquitos *Aedes*.

El mosquito *Aedes aegypti* vive en hábitats urbanos y se reproduce principalmente en recipientes artificiales. A diferencia de otros mosquitos, este se alimenta durante el día; los periodos en que se intensifican las picaduras son el principio de la mañana y el atardecer, antes de que oscurezca. En cada periodo de alimentación, el mosquito hembra pica a muchas personas.

2.6.1.3. Signos y Síntomas.

Se debe sospechar que una persona padece **dengue** cuando una fiebre elevada (40 °C) se acompaña de dos de los síntomas siguientes: dolor de cabeza muy intenso, dolor detrás de los globos oculares, dolores musculares y articulares, náuseas, vómitos, agrandamiento de ganglios linfáticos o salpullido. Los síntomas se presentan al cabo de un periodo de incubación de 4 a 10 días después de la picadura de un mosquito infectado y por lo común duran entre 2 y 7 días.

El **dengue grave** es una complicación potencialmente mortal porque cursa con extravasación de plasma, acumulación de líquidos, dificultad respiratoria, hemorragias graves o falla orgánica. Los signos que advierten de esta complicación se presentan entre 3 y 7 días después de los primeros síntomas y se acompañan de un descenso de la temperatura corporal (menos de 38 °C) y son los siguientes: dolor abdominal intenso, vómitos persistentes, respiración acelerada, hemorragias de las encías, fatiga, inquietud y presencia de sangre en el vómito. Las siguientes 24 a 48 horas de la etapa crítica pueden ser letales; hay que brindar atención médica para evitar otras complicaciones y disminuir el riesgo de muerte. No hay tratamiento específico para el dengue.

2.6.1.4. Inmunización.

Entre finales de 2015 y principios de 2016 se aprobó en varios países el uso de la primera vacuna contra el dengue —Dengvaxia (CYD-TDV), de Sanofi Pasteur— en personas de 9 a 45 años residentes en zonas endémicas. Se están elaborando otras tres vacunas vivas atenuadas tetravalentes que se encuentran en fase II y fase III de los ensayos clínicos, y hay otras tres vacunas candidatas (basadas en plataformas de subunidades, ADN y virus inactivado purificado) en etapas más tempranas de la investigación clínica. La OMS brinda asistencia técnica y orientación a los países y asociados privados para apoyar las investigaciones y evaluaciones en torno a una vacuna.

El Grupo de Expertos en Asesoramiento Estratégico (SAGE) en materia de inmunización de la OMS examinó esta nueva vacuna en abril de 2016 y recomendó a los países considerar la introducción de Dengvaxia (CYD-TDV) en zonas geográficas (nacionales y subnacionales) con una fuerte endemividad. En julio de 2016 la OMS publicará sus recomendaciones en un Documento de posición de la OMS sobre la vacuna.

2.6.1.5. Prevención y Control.

Hoy por hoy, el único método para controlar o prevenir la transmisión del virus del dengue consiste en luchar contra los mosquitos vectores:

- evitar que los mosquitos encuentren lugares donde depositar sus huevecillos aplicando el ordenamiento y la modificación del medio ambiente;
- eliminar correctamente los desechos sólidos y los posibles hábitats artificiales;
- cubrir, vaciar y limpiar cada semana los recipientes donde se almacena agua para uso doméstico;
- aplicar insecticidas adecuados a los recipientes en que se almacena agua a la intemperie;
- utilizar protección personal en el hogar, como mosquiteros en las ventanas, usar ropa de manga larga, materiales tratados con insecticidas, espirales y vaporizadores;
- mejorar la participación y movilización comunitarias para lograr el control constante del vector;
- durante los brotes epidémicos, las medidas de lucha antivectorial de emergencia pueden incluir la aplicación de insecticidas mediante el rociamiento.
- se debe vigilar activamente los vectores para determinar la eficacia de las medidas de control.⁶

⁶Dengue y dengue grave, Nota descriptiva, Centro de prensa, OMS, Abril de 2016, disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs117/es/>

2.6.2.1. Chikungunya.

2.6.2.2. Definición.

La fiebre chikungunya es una enfermedad vírica transmitida al ser humano por mosquitos. Se describió por primera vez durante un brote ocurrido en el sur de Tanzania en 1952. Se trata de un virus ARN del género alfavirus, familia Togaviridae. “Chikungunya” es una voz del idioma Kimakonde que significa “doblarse”, en alusión al aspecto encorvado de los pacientes debido a los dolores articulares.

2.6.2.3. Transmisión.

La fiebre chikungunya se ha detectado en más de 60 países de Asia, África, Europa y las Américas.

El virus se transmite de una persona a otras por la picadura de mosquitos hembra infectados. Generalmente los mosquitos implicados son *Aedes aegypti* y *Aedes albopictus*, dos especies que también pueden transmitir otros virus, entre ellos el del dengue. Estos mosquitos suelen picar durante todo el periodo diurno, aunque su actividad puede ser máxima al principio de la mañana y al final de la tarde. Ambas especies pican al aire libre, pero *Ae. aegypti* también puede hacerlo en ambientes interiores.

La enfermedad suele aparecer entre 4 y 8 días después de la picadura de un mosquito infectado, aunque el intervalo puede oscilar entre 2 y 12 días.

2.6.2.4. Signos y Síntomas.

La fiebre chikungunya se caracteriza por la aparición súbita de fiebre, generalmente acompañada de dolores articulares. Otros signos y síntomas frecuentes son: dolores musculares, dolores de cabeza, náuseas, cansancio y erupciones cutáneas. Los dolores articulares suelen ser muy debilitantes, pero generalmente desaparecen en pocos días.

La mayoría de los pacientes se recuperan completamente, pero en algunos casos los dolores articulares pueden durar varios meses, o incluso años. Se han descrito casos ocasionales con complicaciones oculares, neurológicas y cardíacas, y también con molestias gastrointestinales. Las complicaciones graves no son frecuentes, pero en personas mayores la enfermedad puede contribuir a la muerte. A menudo los pacientes solo tienen síntomas leves y la infección puede pasar inadvertida o diagnosticarse erróneamente como dengue en zonas donde este es frecuente.

2.6.2.5. Prevención y Control.

La proximidad de las viviendas a los lugares de cría de los mosquitos vectores es un importante factor de riesgo tanto para la fiebre chikungunya como para otras enfermedades transmitidas por las especies en cuestión. La prevención y el control se basan en gran medida en la reducción del número de depósitos de aguas naturales y artificiales que puedan servir de criadero de los mosquitos. Para ello es necesario movilizar a las comunidades afectadas. Durante los brotes se pueden aplicar insecticidas, sea por vaporización, para matar los mosquitos en vuelo, o bien sobre las superficies de los depósitos o alrededor de éstos, donde se posan los mosquitos; también se pueden utilizar insecticidas para tratar el agua de los depósitos a fin de matar las larvas inmaduras.

Como protección durante los brotes se recomiendan llevar ropa que reduzca al mínimo la exposición de la piel a los vectores. También se pueden aplicar repelentes a la piel o a la ropa, respetando estrictamente las instrucciones de uso del producto. Los repelentes deben contener DEET (N, N-dietil-3-metilbenzamida), IR3535 (etiléster de ácido 3-[N-acetil-N-butil]-aminopropiónico) o icaridina (2-(2-hidroxietil)-1-metilpropiléster de ácido 1-

piperidinocarboxílico). Para quienes duerman durante el día, sobre todo los niños pequeños, los enfermos y los ancianos, los mosquiteros tratados con insecticidas proporcionan una buena protección. Las espirales insectífugas y los vaporizadores de insecticidas también pueden reducir las picaduras en ambientes interiores.

Las personas que viajen a zonas de riesgo deben adoptar precauciones básicas, como el uso de repelentes, pantalones largos y camisas de manga larga, o la instalación de mosquiteros en las ventanas.⁷

2.6.3. Zika.

2.6.3.1. Definición.

El virus de Zika es un virus emergente transmitido por mosquitos que se identificó por vez primera en Uganda, en 1947, en macacos de la India, a través de una red de monitoreo de la fiebre amarilla selvática. Posteriormente, en 1952, se identificó en el ser humano en Uganda y la República Unida de Tanzania. Se han registrado brotes de enfermedad por este virus en África, las Américas, Asia y el Pacífico. Del género: Flavivirus, cuyo vector es: el mosquito Aedes (que habitualmente pican durante el día, sobre todo al amanecer y al atardecer/anochece).

2.6.3.2. Transmisión.

El virus de Zika se transmite a las personas a través de la picadura de mosquitos infectados del género Aedes, y sobre todo de Aedes aegypti en las regiones tropicales. Este mosquito es el mismo que transmite el dengue, la fiebre chikungunya y la fiebre amarilla. Asimismo, es

⁷Chikungunya, Nota descriptiva, Centro de prensa, OMS, Abril de 2016, disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs327/es/>

posible la transmisión sexual, y se están investigando otros modos de transmisión, como las transfusiones de sangre y la transmisión perinatal.

2.6.3.3. Signos y Síntomas.

El periodo de incubación (tiempo transcurrido entre la exposición y la aparición de los síntomas) de la enfermedad por el virus de Zika no está claro, pero probablemente sea de pocos días. Los síntomas son similares a los de otras infecciones por arbovirus, entre ellas el dengue, y consisten en fiebre, erupciones cutáneas, conjuntivitis, dolores musculares y articulares, malestar y cefaleas; suelen ser leves y durar entre 2 y 7 días.

2.6.3.4. Prevención y Control.

Control de Vectores:

Los mosquitos y sus lugares de cría suponen un importante factor de riesgo de infección por el virus de Zika. La prevención y el control dependen de la reducción del número de mosquitos a través de la reducción de sus fuentes (eliminación y modificación de los lugares de cría) y de la disminución de los contactos entre los mosquitos y las personas.

Para evitar las picaduras conviene utilizar repelentes de insectos regularmente, ponerse ropa (preferiblemente de colores claros) que cubra al máximo el cuerpo, instalar barreras físicas (mosquiteros) en los edificios, mantener puertas y ventanas cerradas y, si fuera necesario, utilizar protección personal adicional, como dormir bajo mosquiteros de cama durante el día. También es sumamente importante vaciar, limpiar o cubrir regularmente los contenedores que puedan acumular agua, como cubos, barriles, macetas, etc. Se deben limpiar o eliminar otros posibles criaderos de mosquitos, como macetas, neumáticos usados y canalones. Las comunidades deben apoyar los esfuerzos de los gobiernos locales por reducir la densidad de mosquitos en sus localidades. Hay que esforzarse por eliminar los lugares de cría de mosquitos, como las aguas estancadas tras las lluvias y su acumulación en envases y desechos dentro de las casas y en sus alrededores.

Los repelentes deben contener DEET ((N, N-dietil-3-metilbenzamida), IR3535 (3-[N-butil-N-acetil]-aminopropionato de etilo) o icaridina (2-[2-hidroxi-etil]piperidina-1-carboxilato de sec-butilo). Hay que seguir estrictamente las instrucciones de la ficha técnica del producto y prestar especial atención y ayuda a quienes no pueden protegerse adecuadamente por si solos, como los niños pequeños, los enfermos o los ancianos.

Durante los brotes, las autoridades sanitarias pueden recomendar la fumigación con insecticidas. Los insecticidas recomendados por el Plan OMS de Evaluación de Plaguicidas también se pueden utilizar como larvicidas para tratar recipientes de agua relativamente grandes.

Los viajeros deben adoptar las precauciones básicas descritas anteriormente para protegerse de las picaduras de mosquitos.

Transmisión sexual:

El virus de Zika puede transmitirse por vía sexual. Todas las personas que se hayan infectado con el virus de Zika y sus parejas sexuales deben tener prácticas sexuales seguras, utilizando condones de forma correcta y consistente.

Las parejas sexuales de embarazadas que vivan en zonas con transmisión local del virus o de retorno de esas zonas deben tener prácticas sexuales seguras, utilizando condones, o abstenerse de las relaciones sexuales. Quienes vivan en zonas con transmisión local del virus deben tener prácticas sexuales seguras o abstenerse de las relaciones sexuales.

Además, quienes estén de retorno de zonas con transmisión local del virus deben adoptar prácticas sexuales seguras o abstenerse de las relaciones sexuales durante un mínimo de 4 semanas tras el retorno, a fin de reducir el riesgo de transmisión ulterior.⁸

⁸Enfermedad por el Virus Zika, Nota descriptiva, Centro de prensa, OMS, 15 de Abril de 2016, disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/zika/es/>

2.7. Modelo en que se basa la investigación.

2.7.1. Modelo de Creencias de Salud.

El modelo de Creencias de Salud fue inicialmente desarrollado en los años 50s por un grupo de psicólogos sociales en el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos en un esfuerzo por explicar la falta muy generalizada de la gente para participar en programas para prevenir o detectar enfermedades (Hochbaum, 1958; Rosenstock, 1960, 1966, 1974). Más tarde, el modelo fue extendido para aplicar a las respuestas de la gente a los síntomas (Kirscht, 1974) y su comportamiento en respuesta a enfermedades diagnosticadas, particularmente cumplimiento con regímenes médicos (Becker, 1974). Por más de tres décadas, el modelo ha sido uno de los enfoques psicosociales más influyentes y de uso generalizado para explicar el comportamiento relacionado con la salud.

Cuando los conceptos de expectativa de valor fueron gradualmente reformulados en el contexto del comportamiento relacionado con la salud, las traducciones fueron de la siguiente manera: (1) el deseo de evitar enfermedades (valor) y (2) la creencia de una acción específica de la salud disponible a una persona va a prevenir la enfermedad (expectación). La expectación fue luego delineada en términos de la estimulación del individuo de la susceptibilidad personal y la gravedad de una enfermedad, y la probabilidad de estar capaz de reducir esa amenaza a través de acciones personales.

El desarrollo del Modelo de Creencias de salud creció en base a preocupaciones reales sobre el éxito limitado de varios programas Servicio de Salud Pública (EE.UU) en los años 50s. En el año 1952, Hochbaum estudio más de 1,200 adultos en tres ciudades, evaluando su “disposición” para obtener rayos-X, lo cual incluía sus creencias de que eran susceptibles a la tuberculosis y sus creencias en los beneficios personales de la detección precoz. De tal estudio, Hochbaum, demostró con precisión considerable que una acción particular para detectar una enfermedad estaba fuertemente asociada con las dos variables interactuantes: susceptibilidad percibida y beneficios percibidos.

- **Componentes del Modelo de Creencias de Salud.**

A través de los años, desde las encuestas de Hochbaum muchas investigaciones han ayudado a expandir y clarificar el modelo de creencias de salud y a extenderlo más allá de los comportamientos de investigaciones para detección precoz para incluir todas las acciones preventivas, comportamientos de enfermedad y comportamientos del rol del enfermo. En general ahora se cree que los individuos van a tomar acción para evitar, para detectar tempranamente o para controlar condiciones de enfermedad si ellos se ven susceptibles a la condición, si ellos creen que esto tiene potencialmente serias consecuencias, si ellos creen que un curso de acción disponible para ellos sería beneficioso para reducir ya sea la susceptibilidad o la gravedad de la condición o si ellos creen que las barreras anticipadas (o los costos) de tomar la acción son excedidos por sus beneficios. Las siguientes definiciones especifican las variables claves en mayor detalle:

- **Susceptibilidad Percibida.** Se refiere a la percepción subjetiva de uno del riesgo de contraer una condición de salud.
- **Gravedad Percibida.** Sentimientos concernientes a la seriedad de contraer una enfermedad o de dejarla de tratar, influyen evaluaciones de consecuencias médicas y clínicas, y posibles consecuencias sociales. Muchos investigadores lo han encontrado muy útil llamar la combinación de susceptibilidad y gravedad **amenaza percibida.**
- **Beneficios Percibidos.** Mientras se supone que la aceptación de susceptibilidad personal a una condición que también se cree que es seria (amenaza percibida) produce un estímulo importante que lleva al comportamiento, no define el curso de acción particular que probablemente se toma. Esto, se supone, depende de las creencias con respecto a la efectividad de varias acciones disponibles para reducir la amenaza de la enfermedad.
- **Barreras Percibidas.** Los posibles aspectos negativos de una acción particular de salud, o barreras percibidas, pueden actuar como impedimentos para realizar el comportamiento recomendado.
- **Otras Variables.** Se cree que una diversidad de variables demográficas, socio psicológicas, y estructurales pueden, en cualquier instancia dada, afectar la percepción del individuo, y así indirectamente influenciar el comportamiento

relacionado con la salud. Específicamente, factores sociodemográficos, particularmente el logro educacional, supuestamente tiene un efecto indirecto en el comportamiento, influencia la percepción de susceptibilidad, gravedad, beneficios y barreras.

- **Autoeficacia.** Es la convicción de que uno puede exitosamente ejecutar el comportamiento requerido para producir los resultados.
- **Expectación de Resultado.** Es la estimación de una persona de que un comportamiento dado va a llevar a ciertos resultados.

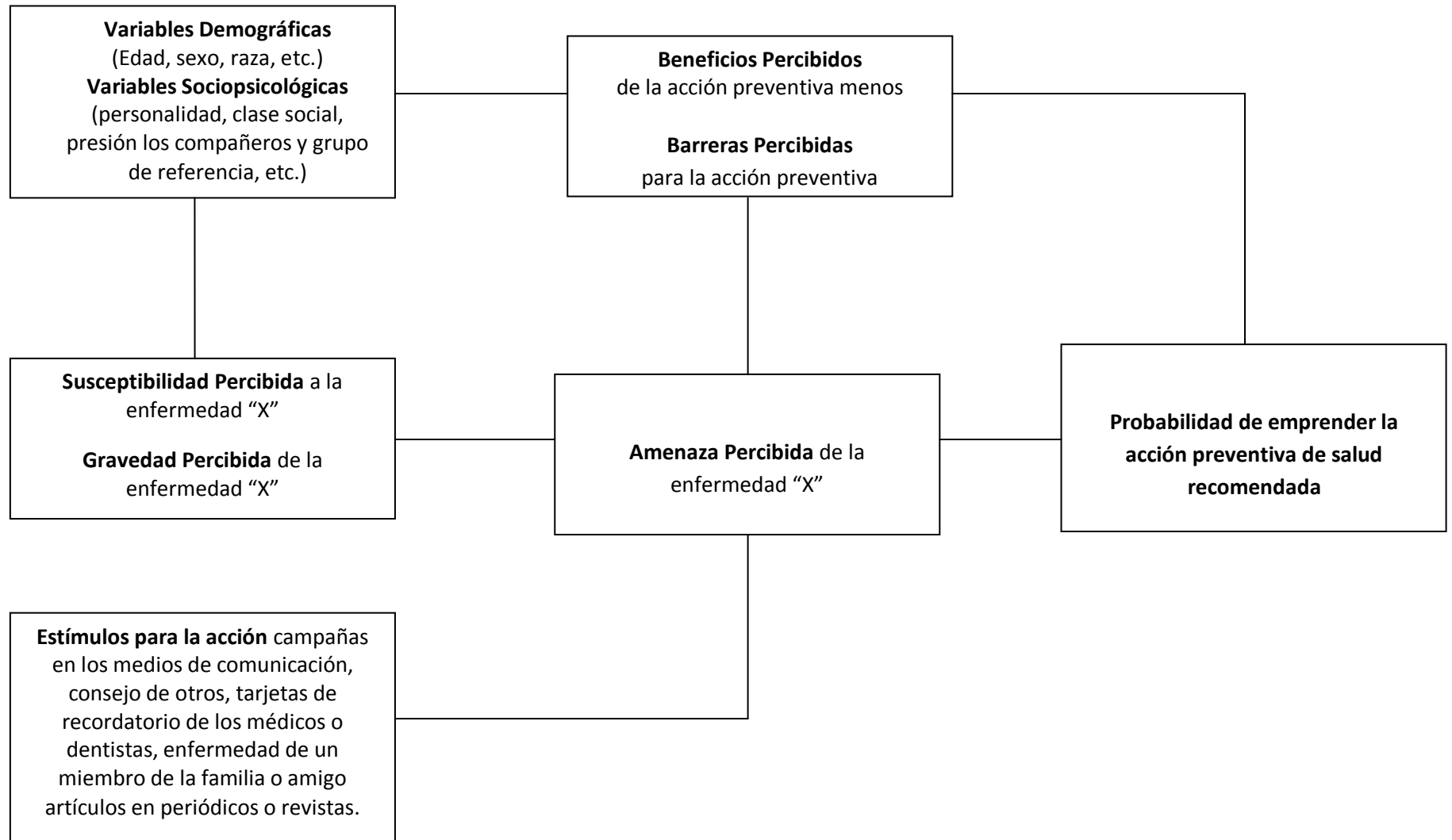
Los problemas involucrados en modificar hábitos de toda una vida de comer, beber, hacer ejercicio, y fumar son obviamente mucho más difíciles de superar que tales como aceptar una inmunización una vez en la vida o un test de detección precoz. La anterior requiere mucha confianza que uno puede, de hecho, alterar esos estilos de vida antes de que sea posible el cambio exitoso. así para que el cambio de comportamiento tenga éxito, la gente tiene que sentirse amenazada por sus patrones actuales de vida (susceptibilidad percibida y gravedad), y creer que el cambio de un tipo específico será beneficioso resultando en un resultado valorado a un costo aceptable, pero ellos deben también sentirse competente (eficaces de sí mismo) para implementar el cambio.

Como una manera conveniente de resumir los componentes del Modelo de Creencias de Salud, podemos poner las variables claves bajo tres categorías, las cuales se muestran a continuación:

- I. Amenaza
 - A. Susceptibilidad percibida a una condición de mala salud (o aceptación de un diagnóstico)
 - B. Gravedad percibida de una condición
- II. Expectaciones de Resultado
 - A. Beneficios Percibidos de una acción específica
 - B. Barreras Percibidas para tomar esa acción
- III. Expectaciones de Eficacia: convicción de la habilidad de uno para llevar la acción recomendada (Autoeficacia)⁹

⁹ Rosentock, I.M (1990). The Health Belief Model: Explaining Health Behavior Through Expectancies. In: Glanz, K., F.M. Lewis & B. K. Riner (eds.) (1990): Health Behavior and Health Education: Theory, Research and Practice; Capitulo 3. San Francisco: Jossey-Bass Publisher. ISBN 1-55542-254-8

MODELO DE CREENCIAS DE SALUD COMO PREDICTOR DE CONDUCTAS PREVENTIVAS DE SALUD.



2.8. Contextualización del Nivel Local de Salud del Ministerio de Salud.

2.8.1. Contextualización de Sistema Básico de Salud Integral.

Como parte del Compromiso de la República de El Salvador, por garantizar el derecho a la salud como un derecho fundamental, el Nivel Local de Salud está organizado en un Sistema Básico de Salud Integral, en adelante SIBASI, y que surge por Decreto Legislativo No. 775, de fecha 10 de agosto de 2005, publicado en el Diario Oficial No. 161, Tomo No. 368 del 1 de septiembre de ese mismo año, y se emitió la Ley del Sistema Básico de Salud Integral y que de conformidad a lo establecido en el Art. 24, inciso primero de la Ley enunciada en el considerando anterior, el Presidente de la República deberá emitir los reglamentos necesarios para el desarrollo de dicha ley. Decreta el: Reglamento de la Ley del Sistema Básico de Salud Integral. Durante la administración del entonces Presidente de la República Elías Antonio Saca González y del entonces Ministro de Salud José Guillermo Maza Brizuela.¹⁰

Para ello, se organiza un Nivel local y según el Art. 8.- El Nivel Local está conformado por la red operativa de establecimientos de salud integrados en los SIBASI y por los hospitales.

Según Art. 9.- El Primer Nivel de Atención está constituido por Unidades de Salud, Casas de la Salud y los Centros Rurales de Salud y Nutrición diseminados en el territorio nacional.

Para ello, los SIBASI están bajo la responsabilidad de un Nivel Regional, el Artículo 7, expresa que: “El Nivel Regional está conformado por cinco Direcciones Regionales de Salud, cuyo número podrá modificarse según se estime conveniente por los Titulares del Ramo, las cuales serán establecidas para un área geográfica de influencia, teniendo bajo su cargo la gestión y control de los recursos asignados al primera nivel de atención y el control de la gestión del segundo nivel de atención.”

¹⁰Reglamento de la Ley del Sistema Básico de Salud Integral

Como parte de una de las cinco regiones, la Región de Salud Metropolitana tiene el Área Geográfica de Influencia, en adelante AGI, el departamento de San Salvador y su sede se encuentra en dicho departamento, (Art. 16 de dicho Reglamento).

En el Art. 19 de dicho Reglamento, se menciona la composición de los SIBASI, y que la Región de Salud Metropolitana, tiene cuatro SIBASI, siendo estos Centro, Norte, Oriente y Sur, todos en el departamento de San Salvador, y en el romano IX de dicho artículo describe la conformación del SIBASI SUR San Salvador con base a la división política y administrativa, distribución poblacional y las necesidades sanitarias que la población demanda de dicho departamento, quedando de la siguiente manera: IX. El SIBASI Sur San Salvador: cuya sede estará en el Municipio de Panchimalco y estará conformado por las Unidades de Salud de Santo Tomás, San Jacinto, San Marcos, Panchimalco, Planes de Renderos, Rosario de Mora, Santiago Texacuangos y su Hospital de referencia será el Hospital Nacional General de Neumología y Medicina Familiar "Dr. José Antonio Saldaña", San Salvador.

El Marco Conceptual y Operativo para el Desarrollo del Sistema Básico de Salud Integral (SIBASI), plantea la definición de SIBASI de la siguiente manera: Es la estructura básica operativa del Sistema Nacional de Salud, fundamentada en la Atención Primera de la Salud, que mediante la provisión de servicios integrales e integrados de salud del Primer y Segundo Nivel de atención, la participación ciudadana consiente y efectiva, y la corresponsabilidad de otros sectores, contribuya a mejorar el nivel de salud de una población definida. En el Marco Conceptual y Operativo para el Desarrollo del Sistema Básico de Salud Integral (SIBASI)¹¹, se proponen subcomponentes y actividades, y se contempla el componente de Atención Integral de Salud y el subcomponente 1 es el de Elementos de la Atención Integral, cuya actividad es Definir e Integrar el Contenido Programático de:

- A) Promoción y Educación en Salud
- B) Prevención
- C) Curación
- D) Rehabilitación

¹¹ Marco Conceptual y Operativo para el Desarrollo del Sistema Básico de Salud Integral (SIBASI)

2.8.2 Contextualización de Unidad Comunitaria de Salud Familiar

Las Unidades Comunitarias de Salud Familiar brindan atención en salud, definida como el conjunto de servicios que se proporcionan al usuario con el fin de promover, prevenir, restaurar, y rehabilitar su salud. Se considera como usuario a toda persona que solicita o recibe servicios de atención de salud.

Toda esta contextualización y organización se conciben a partir de la Reforma de Salud, categorizando a los establecimientos que ofrecen dichos servicios como Unidades Comunitarias de Salud Familiar y estas pueden ser de tres tipos: Básica, Intermedia y Especializada¹². Sustituyendo así las de denominas Unidades de Salud.

Las Unidades Comunitarias de Salud Familiar (UCSF): son los establecimientos en los que se brindan servicios de salud integrales, con diferente nivel de complejidad y capacidad resolutive y puede ser sedes los Ecos Familiares y Ecos Especializados.

Por la capacidad resolutive pueden ser:

UCFS Básica: es la infraestructura técnica y administrativa donde se proveen servicios básicos de salud, cuya oferta es de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, curación, rehabilitación, y salud ambiental; también en ella se realizan procedimientos de pequeña cirugía, inyecciones, curaciones y vacunación. Su horario de servicio es de ocho horas diarias. En los lugares donde hay Ecos Familiares son la sede los mismos.

UCSF Intermedia: es la infraestructura técnico administrativa cuya oferta de servicios incluye los identificados en la UCSF Básica, así como servicios de odontología, laboratorio clínico, salud ambiental, entre otros., también puede ser sede de los Ecos Familiares.

UCSF Especializada: es la infraestructura técnica administrativa, cuya oferta de servicios incluye todos los descritos anteriormente, agregándose consulta y atenciones especializadas de medicina interna, pediatría, gineco-obstetricia, nutrición, fisioterapia, psicología, servicios de apoyo, entre otros. Es la sede los especializados y puede albergar en su infraestructura Ecos Familiares.

¹² Lineamientos Técnicos para la Categorización de las Unidades Comunitarias de Salud Familiar.

CAPÍTULO III. DISEÑO METODOLÓGICO.

3.1 Tipo de Estudio:

Descriptivo: La investigación fue de tipo descriptiva, porque no existe relación de causa efecto entre los fenómenos estudiados.

Transversal: la investigación se llevó a cabo en el mes de agosto del año 2016, por ello, la investigación se tipificó como transversal.

3.2 Área de Estudio:

El lugar donde se llevó a cabo la investigación fue en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia “Planes de Renderos”, del municipio de Panchimalco, adscrita al SIBASI Sur, de la Región de Salud Metropolitana.

3.3 Población:

Fueron los usuarios y usuarias de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia “Planes de Renderos”.

3.4 Muestra:

Para la investigación la muestra, fue seleccionada a través de la técnica por conveniencia, debido a que el tamaño del universo es indefinido, ya que la fluctuación de usuarios y usuarias varía por día, por tanto, estuvo constituida por 50 personas, recolectando la información por cuota.

3.5 Unidades de Análisis:

Se consideraron como Unidades de Análisis los usuarios de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia “Planes de Renderos” y que cumplieron con los siguientes criterios:

- Hombres y Mujeres.
- Mayores de 18 años.
- Que hayan recibido información por parte del Personal de Salud del Establecimiento del Ministerio de Salud en estudio.

3.6 Técnicas e Instrumentos de Recolección de Información.

- **Técnica:** la técnica utilizada fue la Encuesta.
- **Instrumento:** el instrumento utilizado fue el Cuestionario, el cual se administro a las/os informantes y conteniendo preguntas abiertas y cerradas.

3.7. Operacionalización de Variables.

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERATIVA	DIMENSIÓN	INDICADORES
Factores Comportamentales y Ambientales que influyen en la eficacia del proceso de Comunicación en Salud para la prevención del Dengue, Chikungunya y Zika	“Son los factores internos y externos que determinan en la población los efectos o los resultados que surgen de la interacción o exposición a los mensajes educativos que brinda el Personal de Salud para la prevención de dichas enfermedades.”	Factores Sociodemográficos	Edad, sexo, nivel de escolaridad, municipio de residencia, zona de residencia, profesión u oficio, servicio de agua potable
		Factores Comportamentales	Susceptibilidad Percibida a enfermar
			Gravedad Percibida a enfermar
			Autoeficacia para la prevención
			Beneficios Percibidos de la prevención
			Barreras Percibidas para la prevención
			Expectación de Resultados al practicar la prevención
		Factores Ambientales	Estímulos para la Acción:
			a) Grupos de Referencia
			b) Norma Social Subjetiva
			c) Material Educativo
			Canal
		Condiciones físicas del lugar (infraestructura , iluminación, ventilación, interferencia)	
Eficacia	Logro de objetivos		
	Cambio de comportamiento		

3.8 Procesamiento de la Información.

Finalizando con la administración de instrumentos durante la recolección de información a las unidades de análisis, se procedió de la siguiente manera para procesar la información:

1. Se ordenaron los instrumentos por número correlativo.
2. Limpieza de los instrumentos administrados que no cumplieron con los requerimientos para la investigación.
3. Se clasificaron los datos.
4. Se ordenaron y estableció la repetición de respuestas obtenidas.
5. Se consolidó la información dentro de una matriz de vaciado de datos.

3.9 Presentación y Análisis de Resultados.

Los datos se presentan en una serie de tablas sencillas o de doble entrada, en gráficas de pastel y se utilizara gráfica de barra cuando sea necesario, con su respectiva interpretación.

El análisis de los resultados, se basó en los objetivos y la variable de estudio, reflejando un contexto en cuanto a los Factores Comportamentales y Ambientales que influyen en la eficacia del Proceso de Comunicación en Salud para la Prevención del Dengue, Chikungunya y Zika.

3.10 Procedimiento

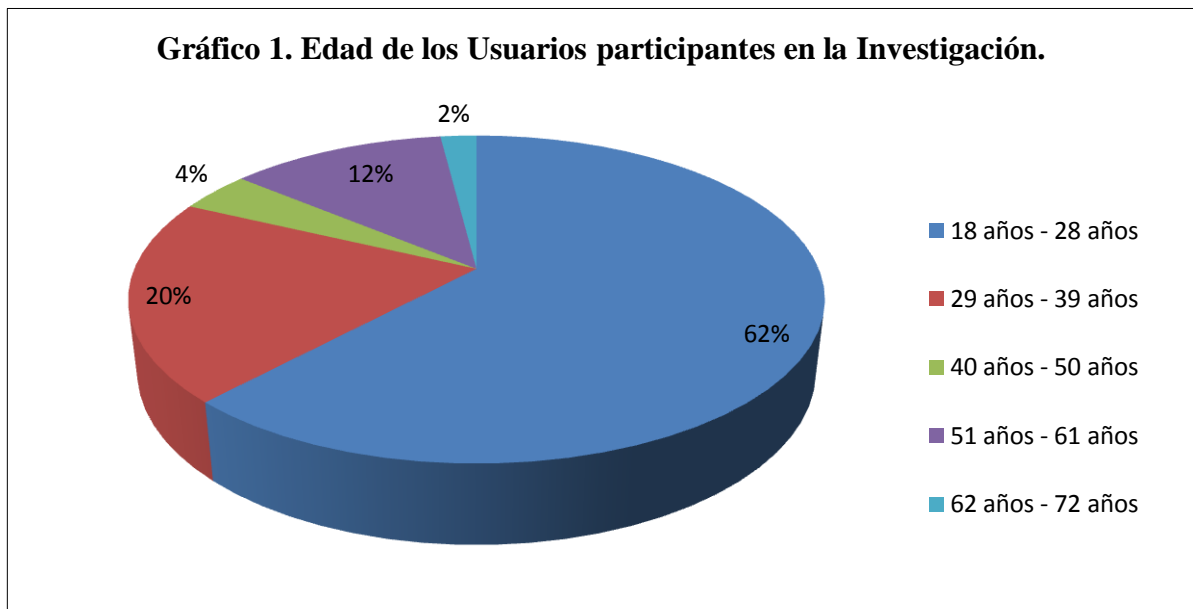
Para poder llevar a cabo la investigación se solicitó la autorización a la Directora de la Región de Salud Metropolitana, del Ministerio de Salud. Contando con la autorización se procedió a la recolección de información, la cual se realizó a través de la administración de 10 instrumentos durante cinco días hábiles del mes de agosto a usuarias y usuarios que hayan recibido información por parte del Personal de Salud de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar “Planes de Renderos”, durante el año 2016, los participantes eran mayores de 18 años y se les solicitó que llenarán la hoja de consentimiento informado.

CAPÍTULO IV. PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS.

4. Presentación de los Resultados.

Tabla 1. Edad de los Usuarios participantes en la Investigación.

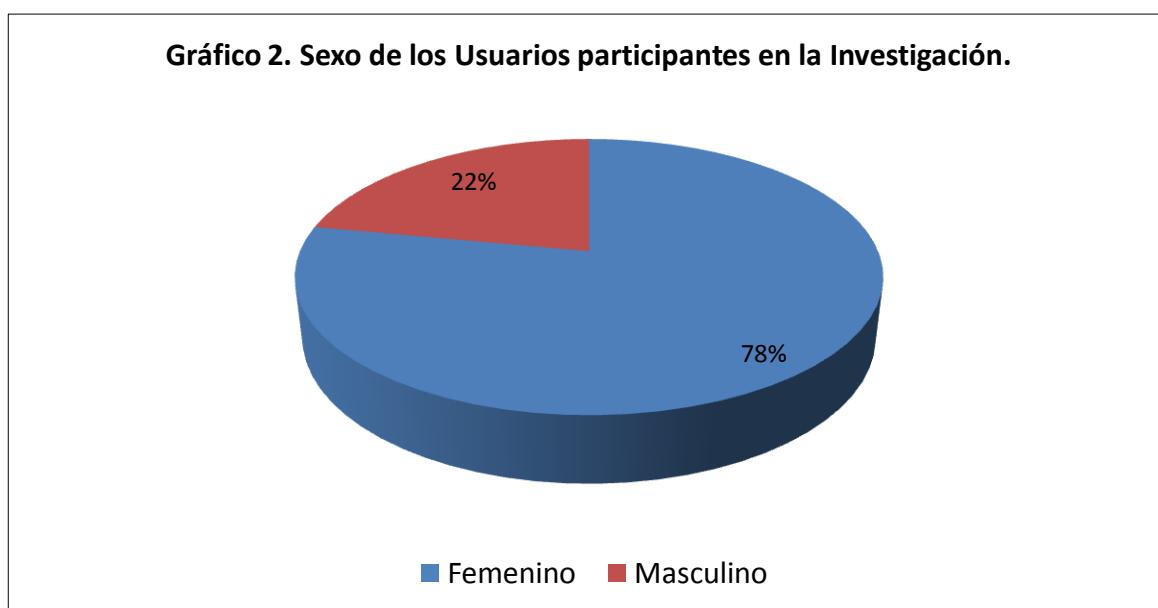
Rango de Edad	Frecuencia	Porcentaje
18 años - 28 años	31	62%
29 años - 39 años	10	20%
40 años - 50 años	2	4%
51 años - 61 años	6	12%
62 años - 72 años	1	2%
Total	50	100%



Como se puede observar, el 62% de los participantes en esta investigación tienen entre 18 a 28 años de edad, el 20% entre 29 a 39 años de edad, el 12% entre 51 a 61 años de edad, el 4% de 40 a 50 años de edad y el 2% de 72 a 62 años de edad.

Tabla 2. Sexo de los Usuarios participantes en la Investigación.

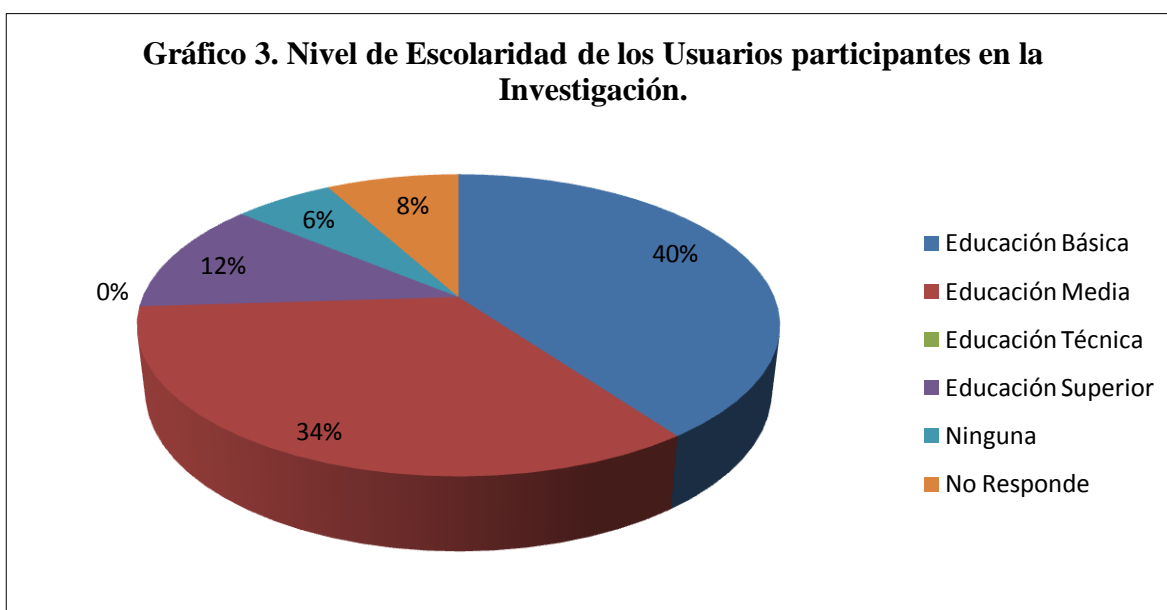
Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	39	78%
Masculino	11	22%
Total	50	100%



El 78% de los participantes fueron mujeres y una representación del 22% de hombres.

Tabla 3. Nivel de Escolaridad de los Usuarios participantes en la Investigación.

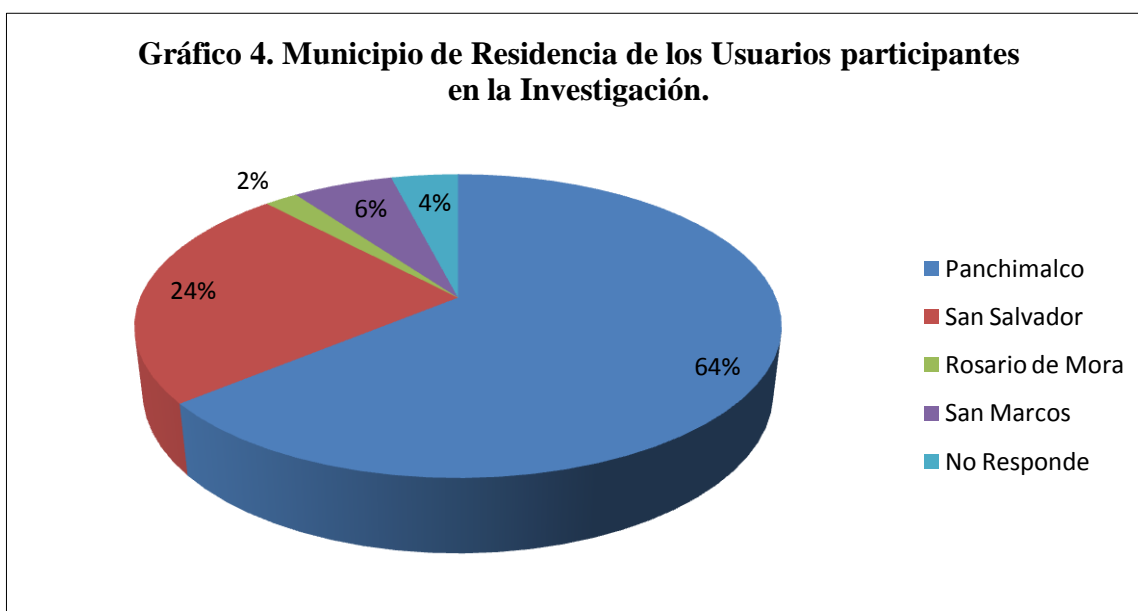
Nivel Educativo	Frecuencia	Porcentaje
Educación Básica	20	40%
Educación Media	17	34%
Educación Técnica	0	0%
Educación Superior	6	12%
Ninguna	3	6%
No Responde	4	8%
Total	50	100%



El 40% de los participantes han cursado un grado académico o finalizaron la Educación Básica, seguido de un 34 % que han cursado o culminado la Educación Media, el 12% cursa o a culminado la Educación Superior, un 8% no responde al preguntarle acerca del Nivel de Escolaridad y un 6% responde que ningún Nivel de Escolaridad a cursado.

Tabla 4. Municipio de Residencia de los Usuarios participantes en la Investigación.

Municipio	Frecuencia	Porcentaje
Panchimalco	32	64%
San Salvador	12	24%
Rosario de Mora	1	2%
San Marcos	3	6%
No Responde	2	4%
Total	50	100%

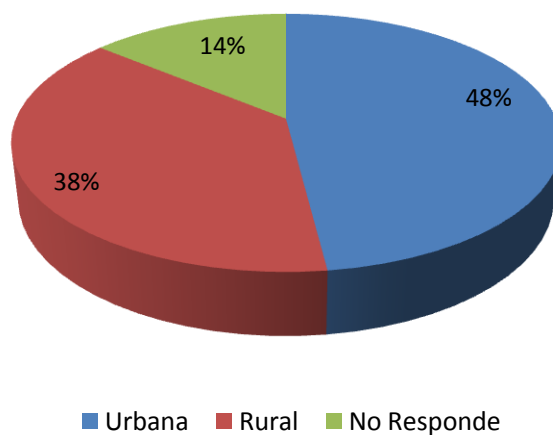


La información proporcionada muestra que los municipios de residencia de los usuarios participantes son: Panchimalco 64%, San Salvador 24%, San Marcos 6%, Rosario de Mora 2% y un 4% al preguntarles su municipio de residencia no respondieron.

Tabla 5. Zona de Residencia de los Usuarios participantes en la Investigación.

Zona	Frecuencia	Porcentaje
Urbana	24	48%
Rural	19	38%
No Responde	7	14%
Total	50	100%

Gráfico 5. Zona de Residencia de los Usuarios participantes en la Investigación.

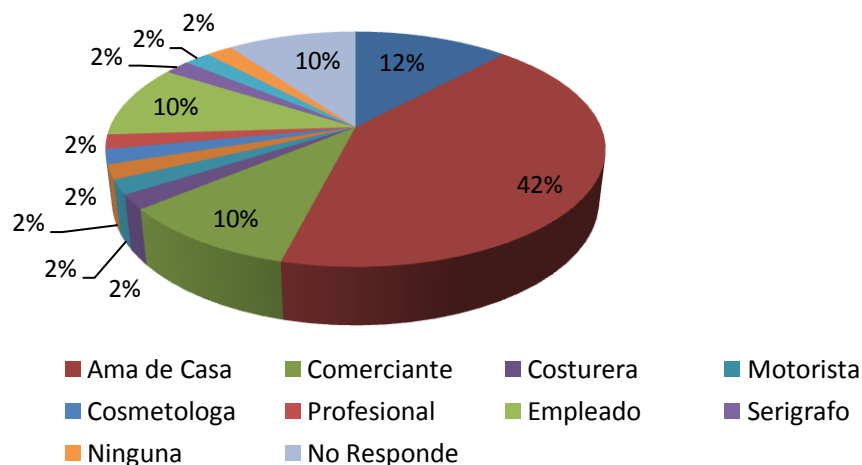


El 48% participantes residen en zona urbana, un 38% en la zona rural y un 14% de los participantes no respondieron.

Tabla 6. Ocupación de los Usuarios participantes de la Investigación.

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Estudiante	6	12%
Ama de Casa	21	42%
Comerciante	5	10%
Costurera	1	2%
Motorista	1	2%
Jornalero	1	2%
Cosmetologa	1	2%
Profesional	1	2%
Empleado	5	10%
Serigrafo	1	2%
Display	1	2%
Ninguna	1	2%
No Responde	5	10%
Total	50	100%

Gráfico 6. Ocupación de los Usuarios participantes de la Investigación.

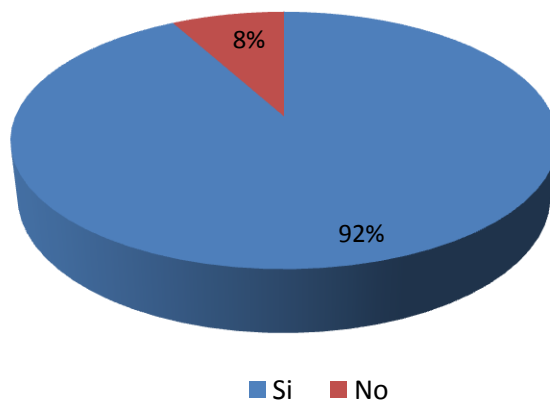


Los datos reflejan que un 42% se dedican a los oficios domésticos, un 12 % a estudiar, un 10% son comerciantes, 10% son empleados y un 10% no respondió al ser consultados.

Tabla 7. Servicio de agua potable en la vivienda de los Usuarios participantes en la Investigación.

Servicio de Agua Potable	Frecuencia	Porcentaje
Si	46	92%
No	4	8%
Total	50	100%

Gráfico 7. Servicio de agua potable en la vivienda de los Usuarios participantes en la Investigación.

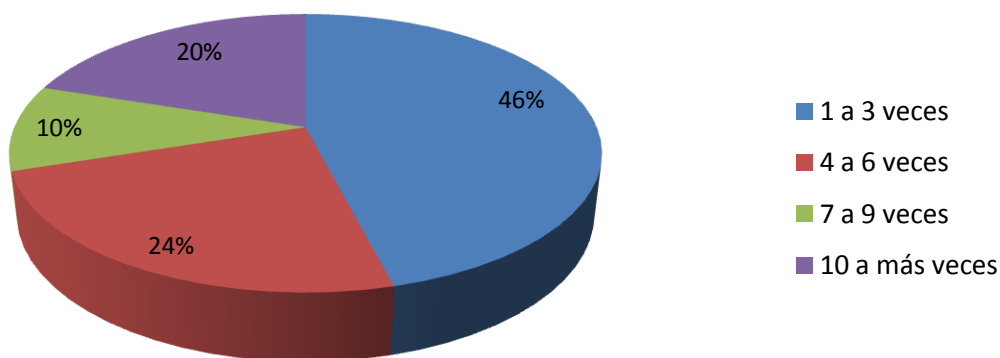


Los datos reflejan que el 92% posee servicio de agua potable en su residencia y un 8% manifiesta no poseer agua potable en su vivienda.

Tabla 8. Número de veces aproximadamente, que ha recibido información para la prevención del Dengue, Chikungunya y Zika, por parte del Personal de Salud durante el año 2016.

Número de Veces	Frecuencia	Porcentaje
1 a 3 veces	23	46%
4 a 6 veces	12	24%
7 a 9 veces	5	10%
10 a más veces	10	20%
Total	50	100%

Gráfico 8. Número de veces aproximadamente, que ha recibido información para la prevención del Dengue, Chikungunya y Zika, por parte del Personal de Salud durante el año 2016.

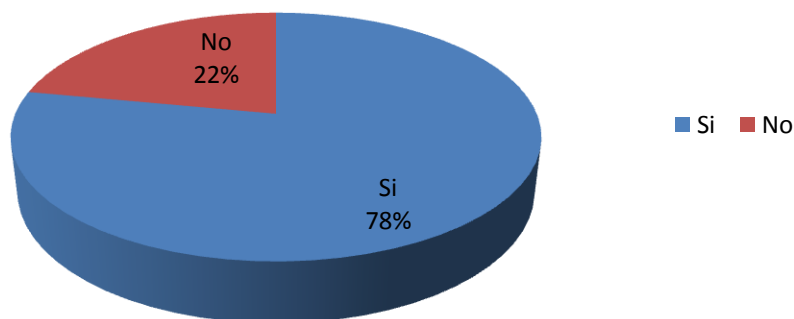


Los usuarios han participado en los procesos educativos para la prevención de dichas enfermedades, de los cuales un 46% han recibido información de 1 a 3 veces, el 24% de 4 a 6 veces, un 20% de 10 veces a más y un 10% de 7 a 9 veces.

Tabla 9. Los Usuarios mencionan el mensaje principal que le transmitió el Personal de Salud durante la intervención para la prevención del Dengue, Chikungunya y Zika durante el año 2016.

Menciona el Mensaje	Frecuencia	Porcentaje
Si	39	78%
No	11	22%
Total	50	100%

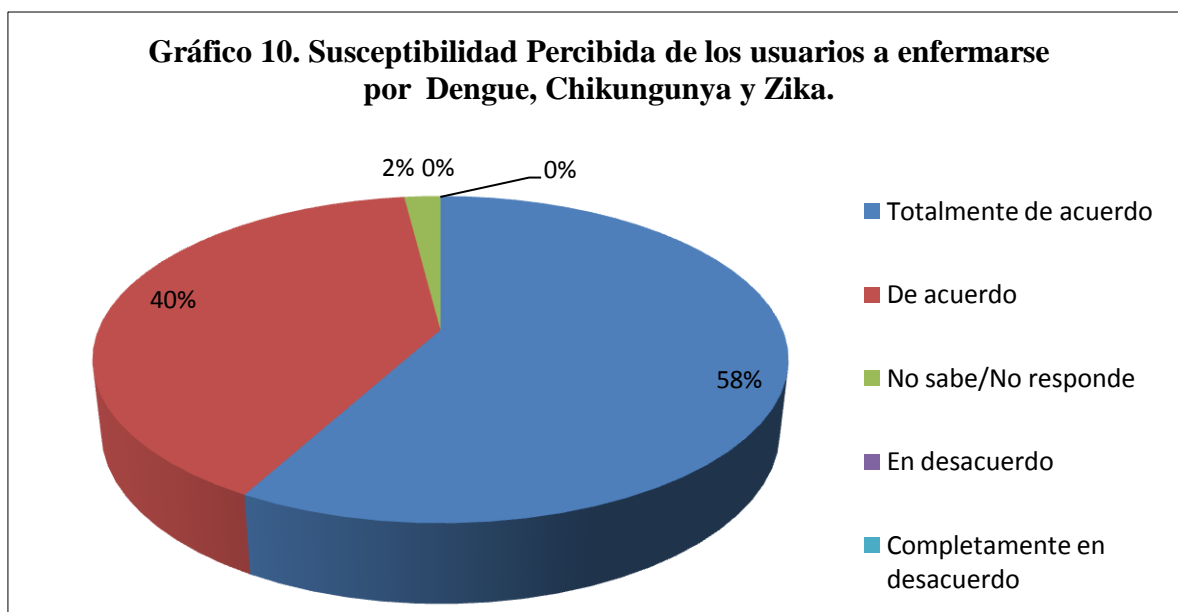
Gráfico 9. Los Usuarios mencionan el mensaje principal que le transmitió el Personal de Salud durante la intervención para la prevención del Dengue, Chikungunya y Zika durante el año 2016.



De los procesos educativos en los que participaron para la prevención de dichas enfermedades, el 78% de los participantes recuerdan el mensaje principal que el Personal de Salud les transmitió y un 22% no recuerda el mensaje principal.

Tabla 10. Susceptibilidad Percibida de los usuarios a enfermarse por Dengue, Chikungunya y Zika.

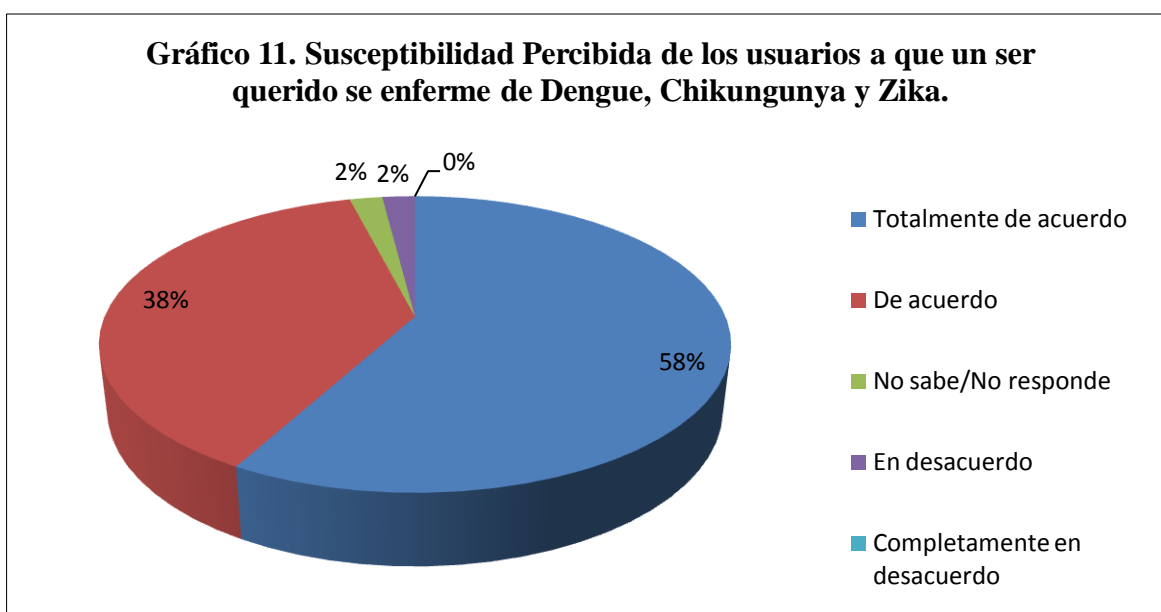
Escala	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente de acuerdo	29	58%
De acuerdo	20	40%
No sabe/No responde	1	2%
En desacuerdo	0	0%
Completamente en desacuerdo	0	0%
Total	50	100%



Los participantes en un 58% consideran estar totalmente de acuerdo que dichas enfermedades les pueden afectar, un 40% que manifiesta estar de acuerdo y un 2% no saben o no responden.

Tabla 11. Susceptibilidad Percibida de los usuarios a que un ser querido se enferme de Dengue, Chikungunya y Zika.

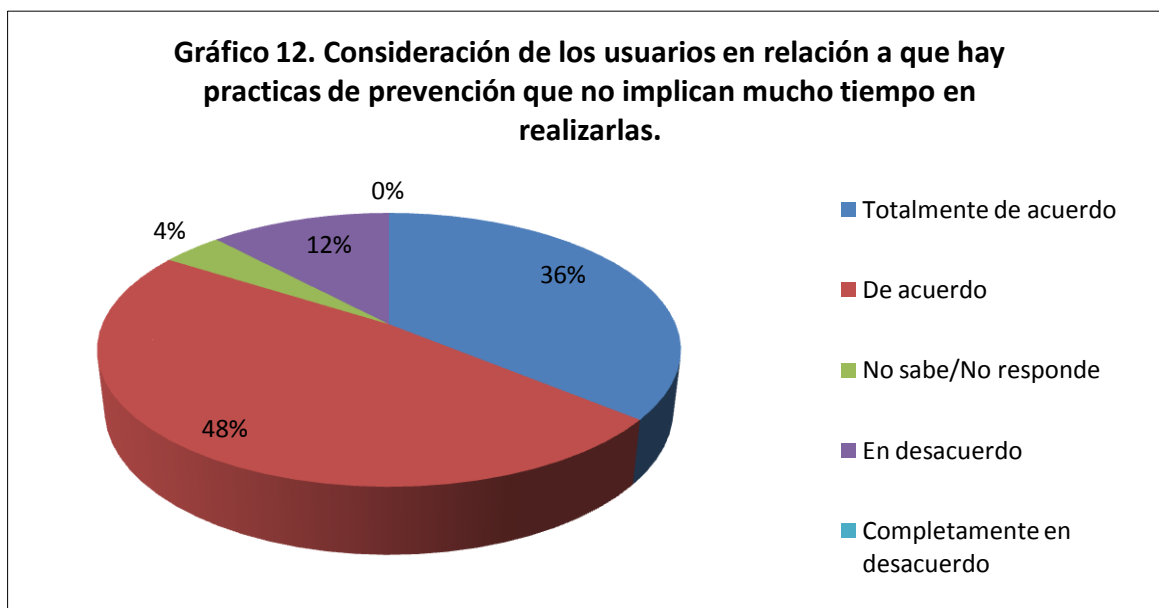
Escala	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente de acuerdo	29	58%
De acuerdo	19	38%
No sabe/No responde	1	2%
En desacuerdo	1	2%
Completamente en desacuerdo	0	0%
Total	50	100%



Los participantes en un 58% consideran estar totalmente de acuerdo que dichas enfermedades le pueden afectar a un ser querido, un 38% manifiesta estar de acuerdo, un 2% en desacuerdo y un 2% no saben o no responden.

Tabla 12. Consideración de los usuarios en relación a que hay practicas de prevención que no implican mucho tiempo en realizarlas.

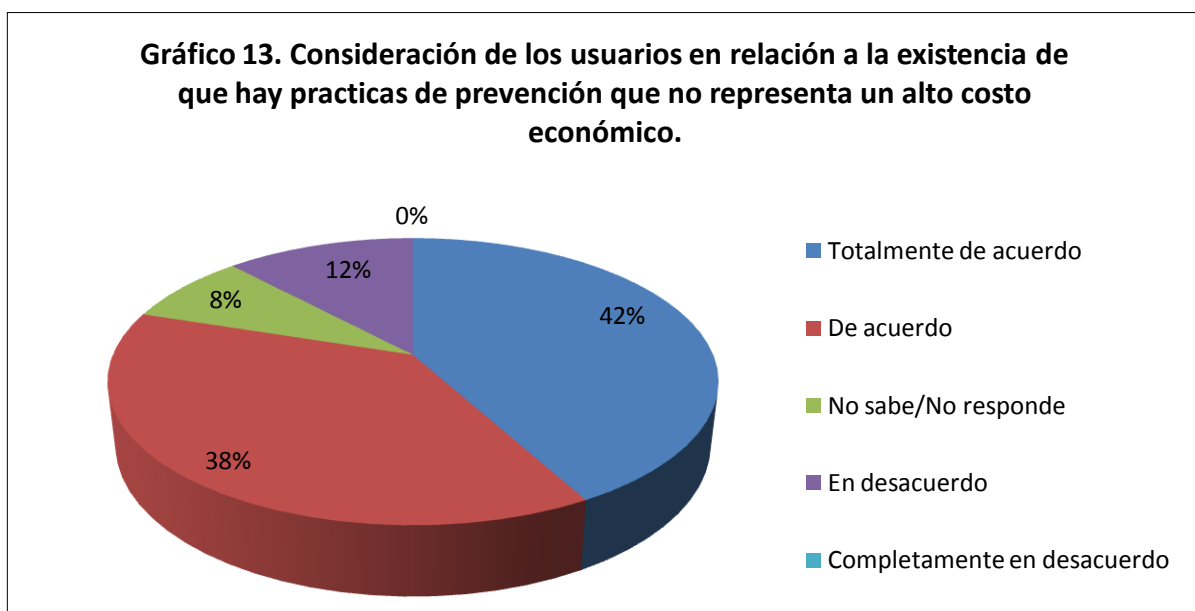
Escala	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente de acuerdo	18	36%
De acuerdo	24	48%
No sabe/No responde	2	4%
En desacuerdo	6	12%
Completamente en desacuerdo	0	0%
Total	50	100%



Los usuarios consideran que hay practicas preventivas que no implican mucho tiempo en realizarlas, estando un 48% de acuerdo y un 36% está totalmente de acuerdo. No obstante, hay un 12% que está en desacuerdo y un 4% no saben o no responden.

Tabla 13. Consideración de los usuarios en relación a la existencia de que hay practicas de prevención que no representa un alto costo económico.

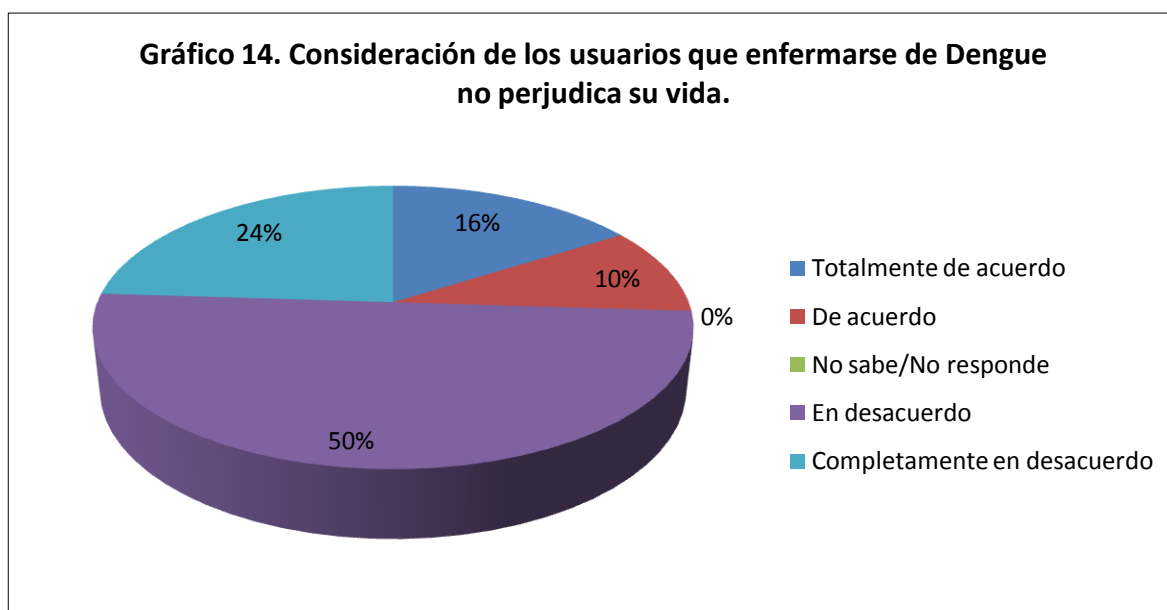
Escala	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente de acuerdo	21	42%
De acuerdo	19	38%
No sabe/No responde	4	8%
En desacuerdo	6	12%
Completamente en desacuerdo	0	0%
Total	50	100%



El 42 % de los participantes considera estar totalmente de acuerdo que hay prácticas de prevención que no representan un alto costo económico el llevarlas a cabo y un 38% está de acuerdo. No obstante un 12% considera estar en desacuerdo y un 8% no saben o no responden.

Tabla 14. Consideración de los usuarios que enfermarse de Dengue no perjudica su vida.

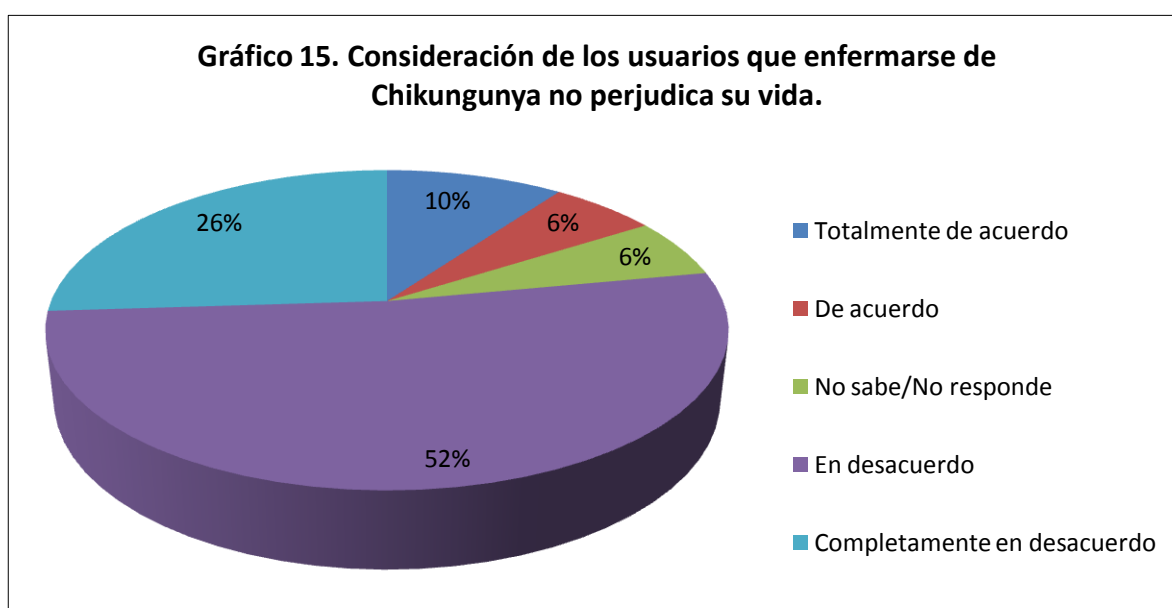
Escala	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente de acuerdo	8	16%
De acuerdo	5	10%
No sabe/No responde	0	0%
En desacuerdo	25	50%
Completamente en desacuerdo	12	24%
Total	50	100%



Los datos obtenidos reflejan que el 50% de los participantes están en desacuerdo y un 24% está completamente en desacuerdo, ya que consideran que el Dengue les puede perjudicar su vida. No obstante un 16% está totalmente de acuerdo y un 10% está de acuerdo ya que consideran que el Dengue no les perjudica en su vida.

Tabla 15. Consideración de los usuarios que enfermarse de Chikungunya no perjudica su vida.

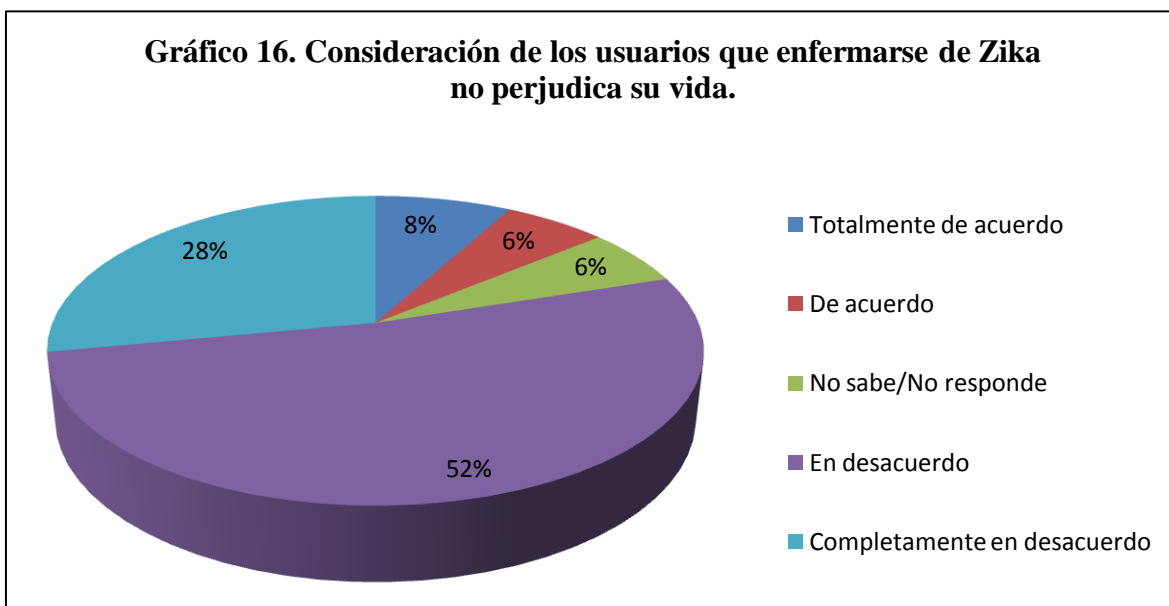
Escala	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente de acuerdo	5	10%
De acuerdo	3	6%
No sabe/No responde	3	6%
En desacuerdo	26	52%
Completamente en desacuerdo	13	26%
Total	50	100%



Los datos obtenidos reflejan que el 52% de los participantes están en desacuerdo y un 26% está completamente en desacuerdo, ya que consideran que el Chikungunya les puede perjudicar su vida. No obstante un 10% está totalmente de acuerdo y un 6% está de acuerdo con la consideración de que el Chikungunya no les perjudica su vida. Y un 6% no saben o no responde si les perjudica o no dicha enfermedad.

Tabla 16. Consideración de los usuarios que enfermarse de Zika no perjudica su vida.

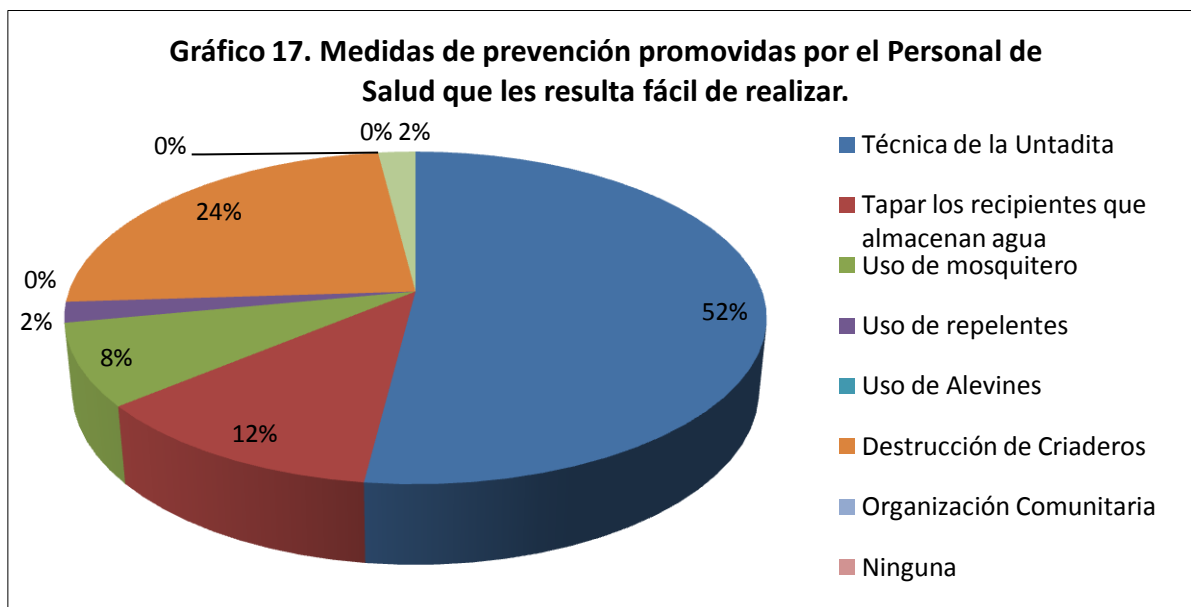
Escala	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente de acuerdo	4	8%
De acuerdo	3	6%
No sabe/No responde	3	6%
En desacuerdo	26	52%
Completamente en desacuerdo	14	28%
Total	50	100%



Los datos obtenidos reflejan que el 52% de los participantes están en desacuerdo y un 28% está completamente en desacuerdo ya que consideran que el Zika les puede perjudicar su vida. No obstante un 8% está totalmente de acuerdo y un 6% está de acuerdo considerando que el Zika no les perjudica en su vida. Y un 6% no saben o no responde si les perjudica dicha enfermedad.

Tabla 17. Medidas de prevención promovidas por el Personal de Salud que les resulta fácil de realizar.

Medida de Prevención	Frecuencia	Porcentaje
Técnica de la Untadita	26	52%
Tapar los recipientes que almacenan agua	6	12%
Uso de mosquitero	4	8%
Uso de repelentes	1	2%
Uso de Alevines	0	0%
Destrucción de Criaderos	12	24%
Organización Comunitaria	0	0%
Ninguna	0	0%
Otra	1	2%
Total	50	100%

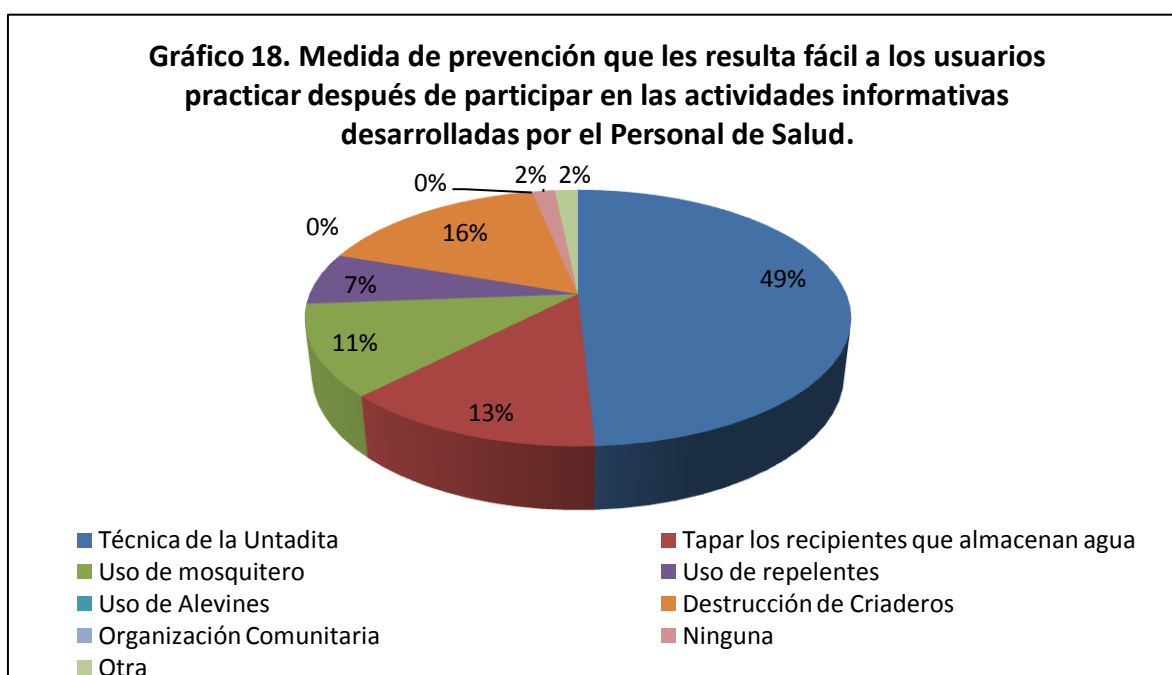


A los usuarios les resulta fácil realizar en un 52% la Técnica de la Untadita, un 24% la destrucción de Criaderos de Zancudos, un 12% tapar los recipientes que almacenen agua, un 8% el uso de mosquitero y en 2% el uso de repelentes. El 2% restante, respondió que otra medida de prevención, siendo esta el abate.

Tabla 18. Medida de prevención que les resulta fácil a los usuarios practicar después de participar en las actividades informativas desarrolladas por el Personal de Salud.

Medida de Prevención	Frecuencia	Porcentaje
Técnica de la Untadita	30	49%
Tapar los recipientes que almacenan agua	8	13%
Uso de mosquitero	7	11%
Uso de repelentes	4	7%
Uso de Alevines	0	0%
Destrucción de Criaderos	10	16%
Organización Comunitaria	0	0%
Ninguna	1	2%
Otra	1	2%
Total	61	100%

Gráfico 18. Medida de prevención que les resulta fácil a los usuarios practicar después de participar en las actividades informativas desarrolladas por el Personal de Salud.

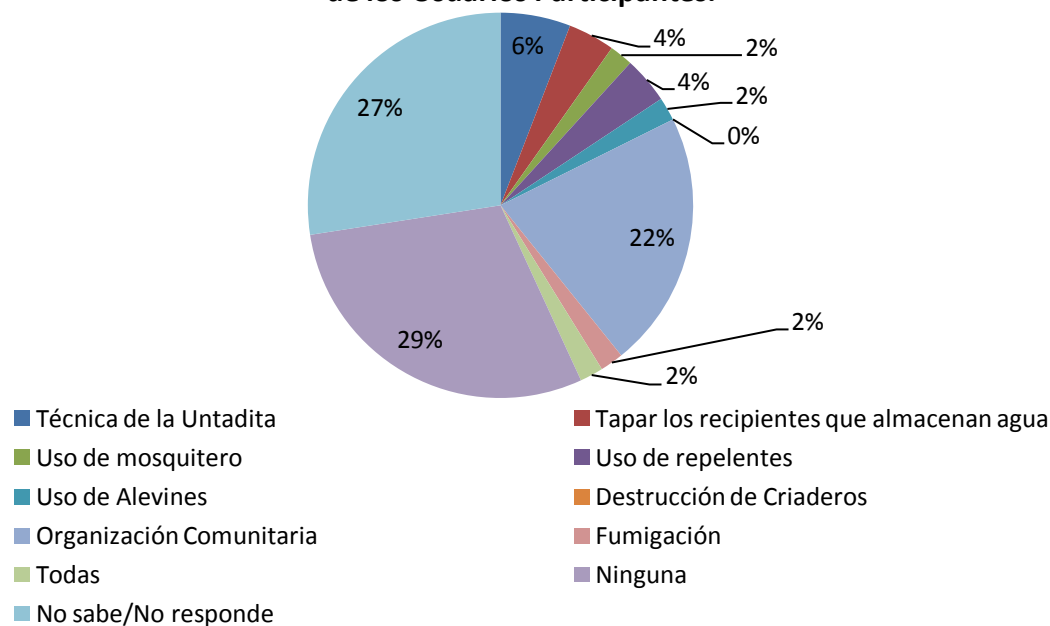


Luego de participar en las actividades informativas desarrolladas por el Personal de Salud, los usuarios realizaron una o más medidas de prevención. A quienes les resultó fácil en un 49% la Técnica de la Untadita, un 16% la Destrucción de Criaderos de Zancudos, un 13% tapar los recipientes que almacenan agua, un 11% uso de mosquitero y ninguna y otra como lo es el abate en un 2% respectivamente.

Tabla 19. Acción preventiva que se les hace difícil poner en práctica a los Usuarios.

Medida de Prevención	Frecuencia	Porcentaje
Técnica de la Untadita	3	6%
Tapar los recipientes que almacenan agua	2	4%
Uso de mosquitero	1	2%
Uso de repelentes	2	4%
Uso de Alevines	1	2%
Dstrucción de Criaderos	0	0%
Organización Comunitaria	11	22%
Fumigación	1	2%
Todas	1	2%
Ninguna	15	29%
No sabe/No responde	14	27%
Total	51	100%

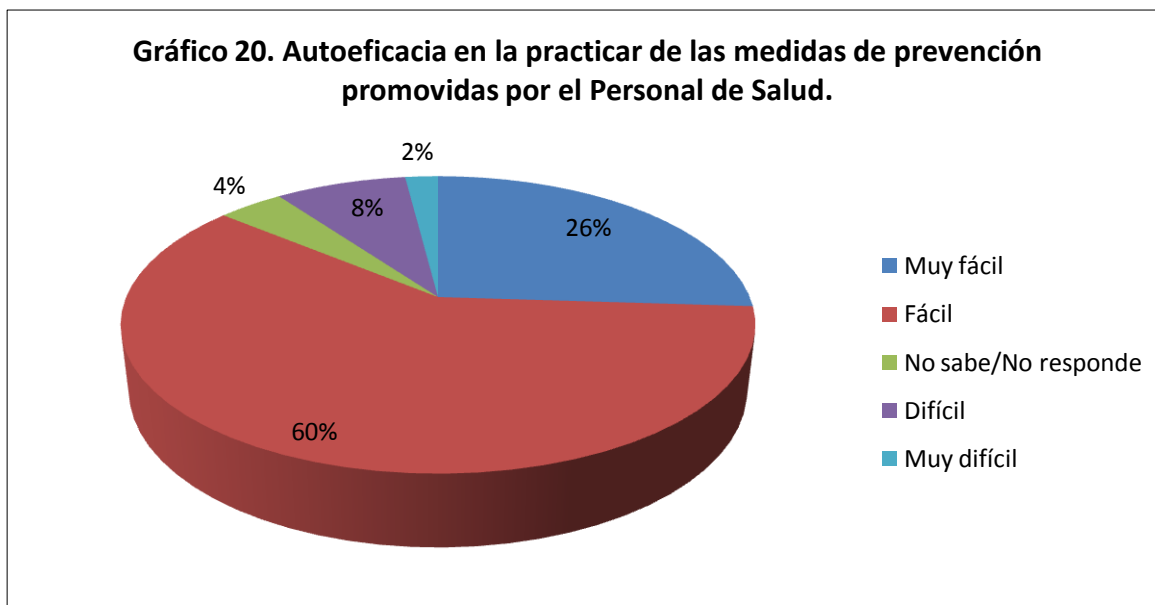
Gráfico 19. Acción que se les hace difícil poner en practica por parte de los Usuarios Participantes.



Al consultarles a los participantes el 29% manifiesta que ninguna acción de prevención se les hace difícil poner en práctica, el 27% no saben o no responden. Pero hay quienes consideran que una o dos medidas de prevención se les hace difícil poner en práctica. Hay quienes consideran que un 22% es la Organización Comunitaria y un 6% la Técnica de la Untadita.

Tabla 20. Autoeficacia en la practicar de las medidas de prevención promovidas por el Personal de Salud.

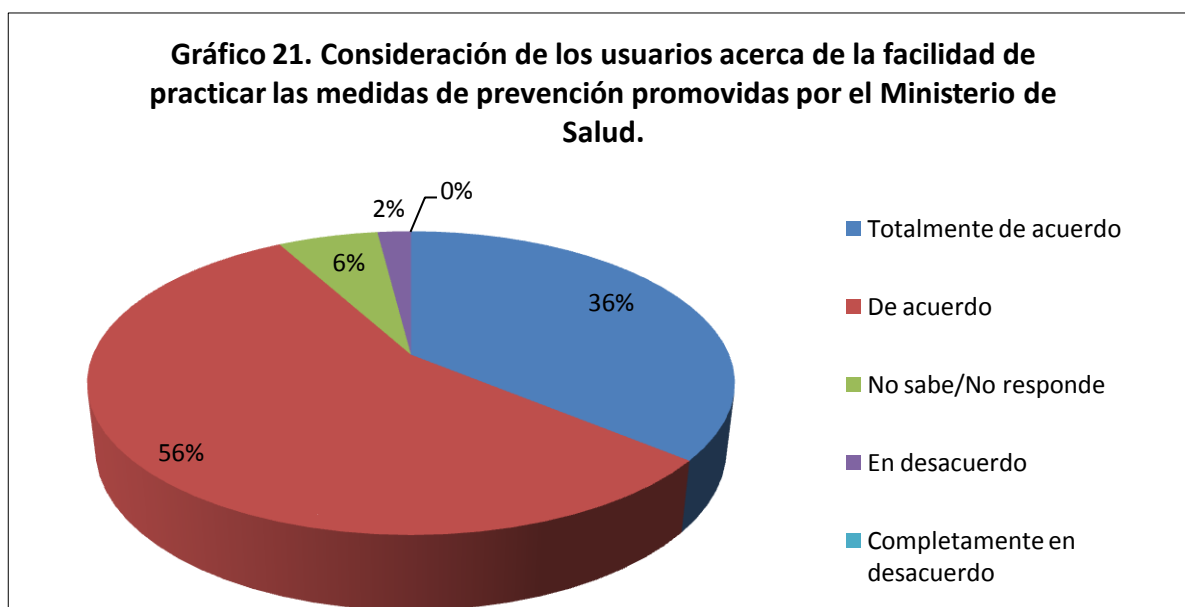
Escala	Frecuencia	Porcentaje
Muy fácil	13	26%
Fácil	30	60%
No sabe/No responde	2	4%
Difícil	4	8%
Muy difícil	1	2%
Total	50	100%



Los datos obtenidos reflejan que el 60% de los participantes consideran que practicar las medidas de prevención promovidas por el Personal de Salud es fácil y un 26% afirma que es muy fácil, un 8% lo considera difícil, un 2% muy difícil y un 4% de la población no sabe o no responde al ser consultados.

Tabla 21. Consideración de los usuarios acerca de la facilidad de practicar las medidas de prevención promovidas por el Ministerio de Salud.

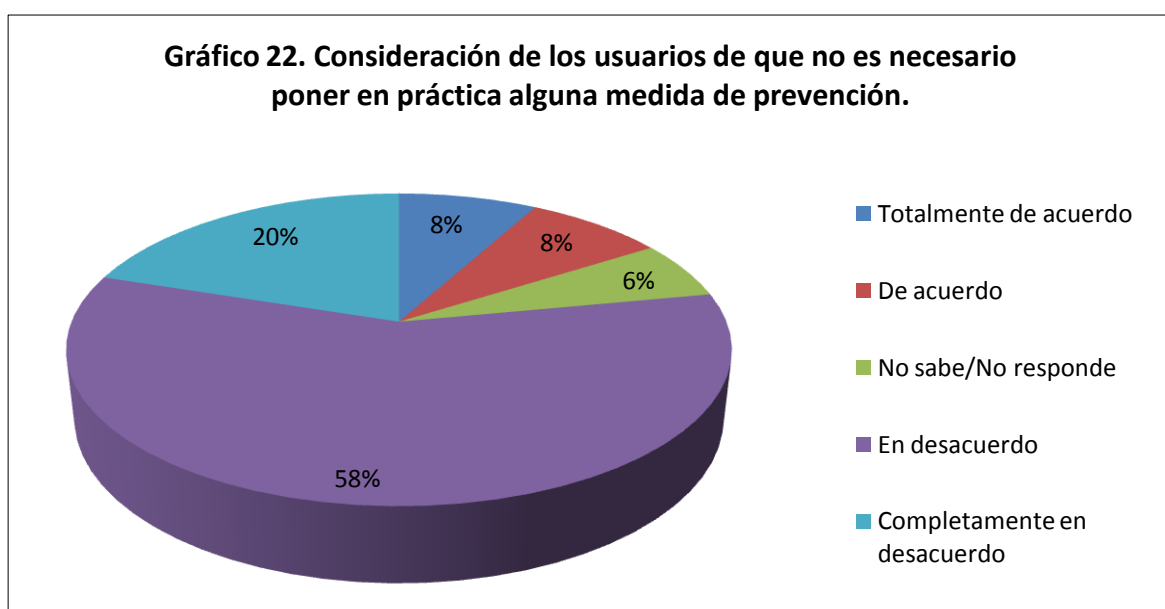
Escala	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente de acuerdo	18	36%
De acuerdo	28	56%
No sabe/No responde	3	6%
En desacuerdo	1	2%
Completamente en desacuerdo	0	0%
Total	50	100%



Al consultarles a los participantes si consideran que practicar las medidas de prevención que propone el Ministerio de Salud es fácil de realizar, el 56% está de acuerdo y un 36% está totalmente de acuerdo. Por otra parte un 2% está en desacuerdo y un 6% no saben o no responden.

Tabla 22. Consideración de los usuarios de que no es necesario poner en práctica alguna medida de prevención.

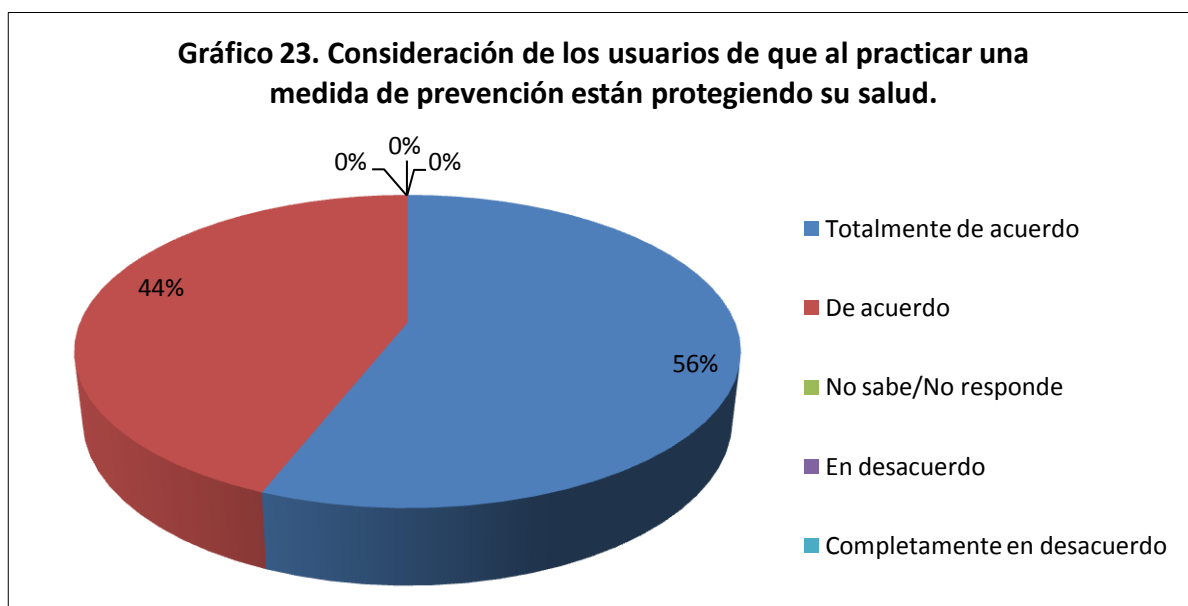
Escala	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente de acuerdo	4	8%
De acuerdo	4	8%
No sabe/No responde	3	6%
En desacuerdo	29	58%
Completamente en desacuerdo	10	20%
Total	50	100%



Los datos obtenidos reflejan que el 58% de los participantes están en desacuerdo y un 20% completamente en desacuerdo con respecto a lo consultado, ya que consideran que es necesario poner en práctica alguna medida de prevención para dichas enfermedades. Sin embargo, un 8% considera estar de acuerdo y totalmente de acuerdo, respectivamente. Y un 6% restante no saben o no responden al ser consultados.

Tabla 23. Consideración de los usuarios de que al practicar una medida de prevención están protegiendo su salud.

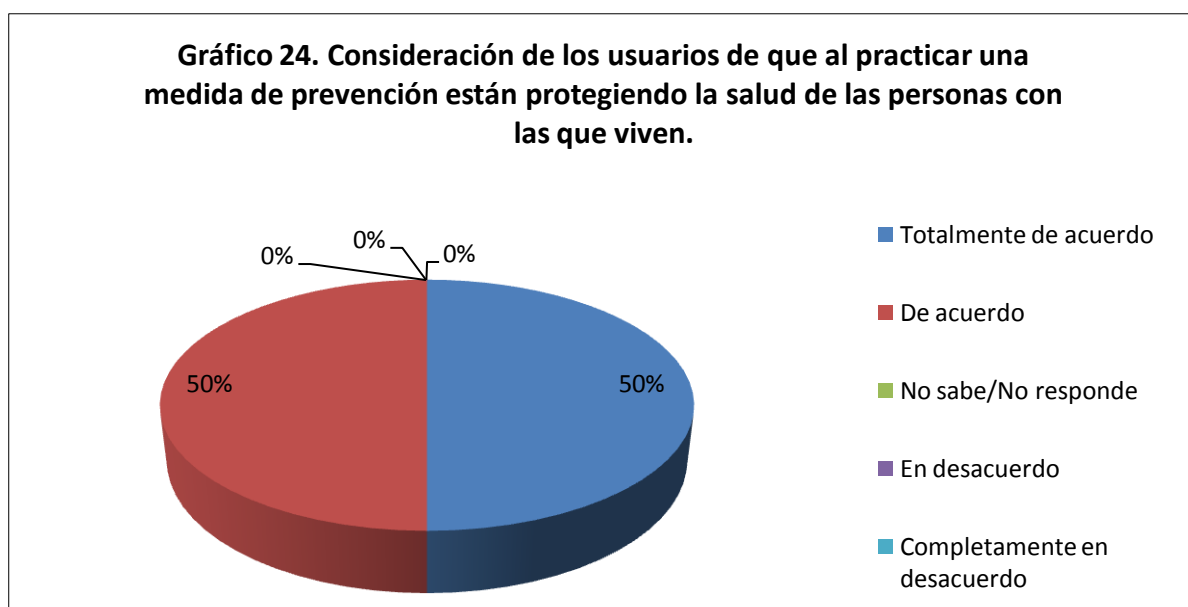
Escala	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente de acuerdo	28	56%
De acuerdo	22	44%
No sabe/No responde	0	0%
En desacuerdo	0	0%
Completamente en desacuerdo	0	0%
Total	50	100%



Los datos obtenidos reflejan que el 56% de los participantes están totalmente de acuerdo y un 44% de acuerdo, ya que consideran que al practicar una medida de prevención para dichas enfermedades están protegiendo su salud.

Tabla 24. Consideración de los usuarios de que al practicar una medida de prevención están protegiendo la salud de las personas con las que viven.

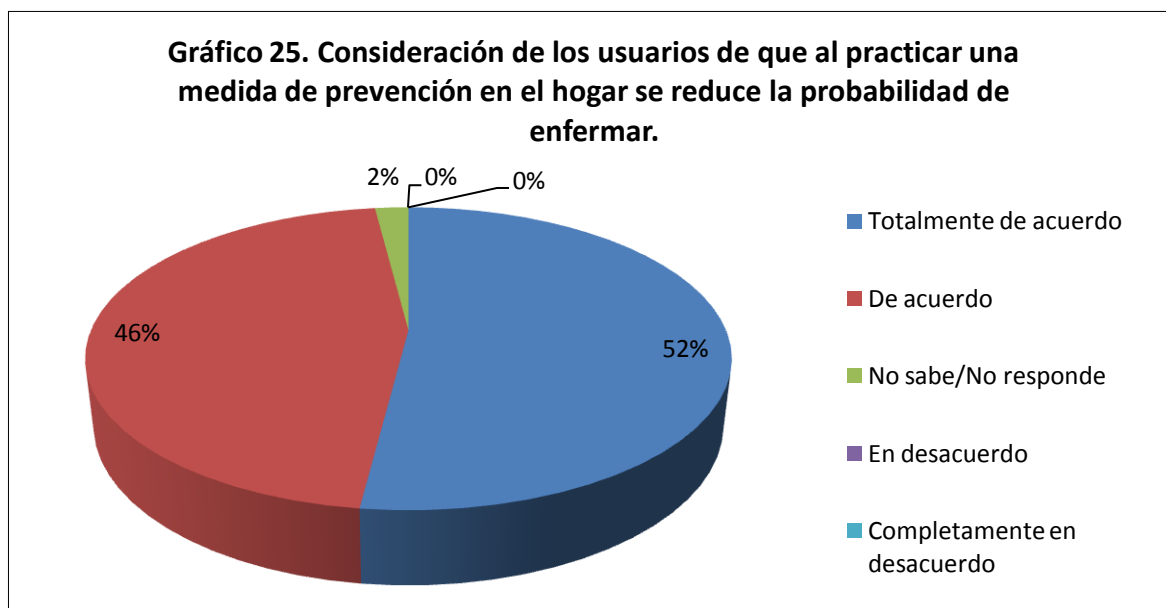
Escala	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente de acuerdo	25	50%
De acuerdo	25	50%
No sabe/No responde	0	0%
En desacuerdo	0	0%
Completamente en desacuerdo	0	0%
Total	50	100%



Los datos obtenidos reflejan que el 50% de los participantes están totalmente de acuerdo y un 50% de acuerdo, debido a que consideran que al practicar una medida de prevención para dichas enfermedades están protegiendo la salud de las personas con las que viven.

Tabla 25. Consideración de los usuarios de que al practicar una medida de prevención en el hogar se reduce la probabilidad de enfermarse.

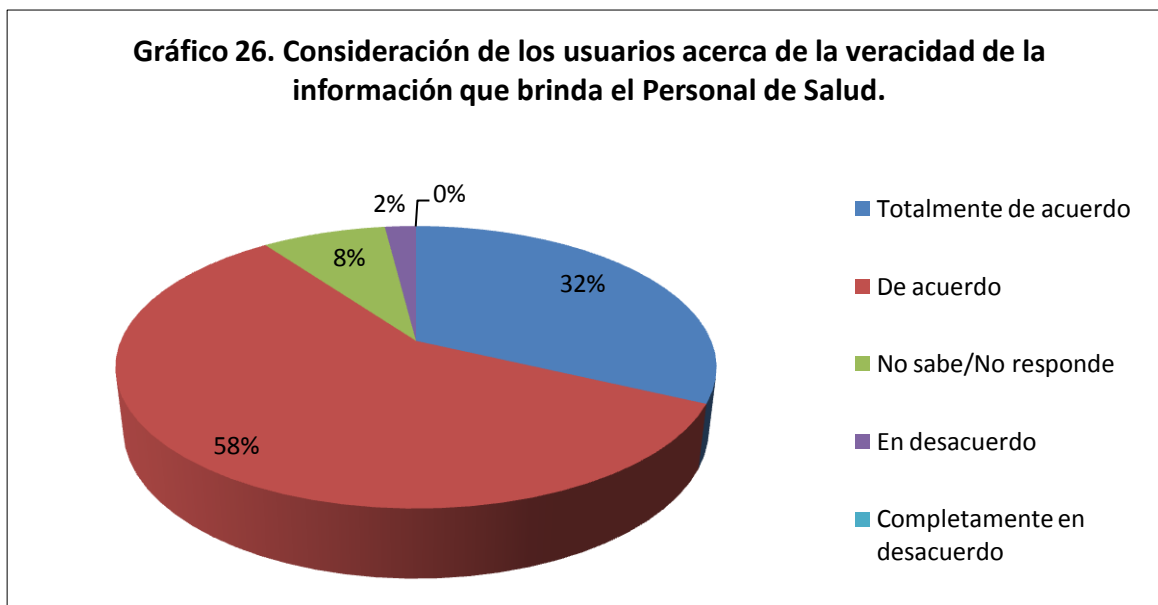
Escala	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente de acuerdo	26	52%
De acuerdo	23	46%
No sabe/No responde	1	2%
En desacuerdo	0	0%
Completamente en desacuerdo	0	0%
Total	50	100%



Los datos obtenidos reflejan que el 52% de los participantes están totalmente de acuerdo y un 46% de acuerdo, porque al practicar una medida de prevención para dichas enfermedades en el hogar, están reduciendo la probabilidad de enfermarse. Y un 2% no sabe o no responde al ser consultados.

Tabla 26. Consideración de los usuarios acerca de la veracidad de la información que brinda el Personal de Salud.

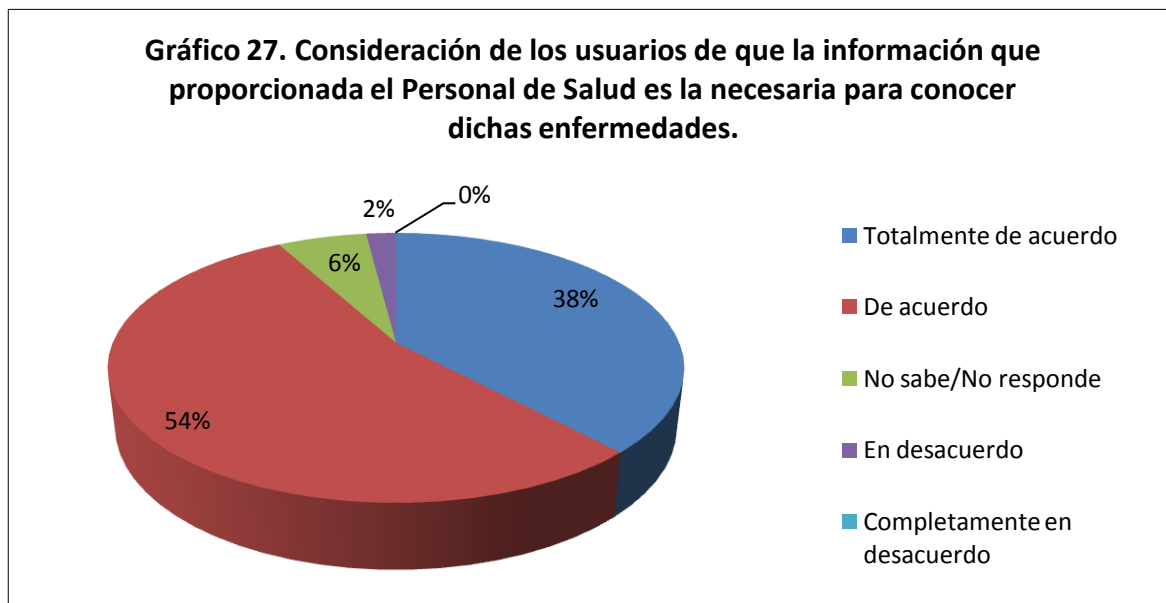
Escala	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente de acuerdo	16	32%
De acuerdo	29	58%
No sabe/No responde	4	8%
En desacuerdo	1	2%
Completamente en desacuerdo	0	0%
Total	50	100%



Los datos obtenidos reflejan que el 58% de los participantes están de acuerdo y un 32% están totalmente de acuerdo, ya que consideran que la información que les comunica el Personal de Salud es verídica. Sin embargo, un 2% está en desacuerdo y un 8% no saben o no responden.

Tabla 27. Consideración de los usuarios de que la información que proporcionada el Personal de Salud es la necesaria para conocer dichas enfermedades.

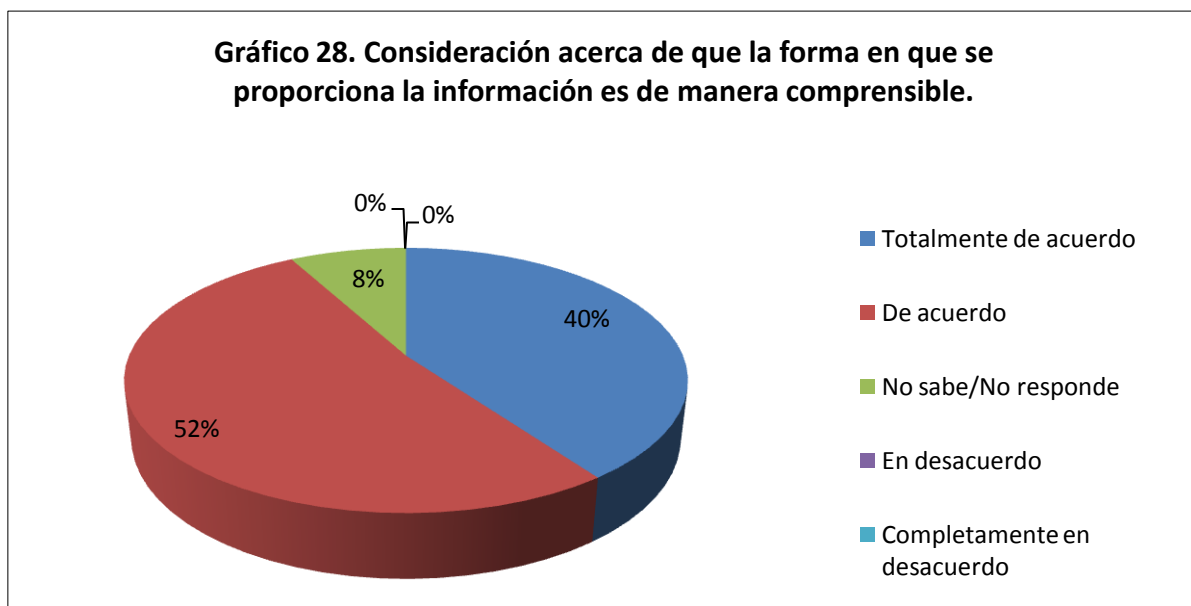
Escala	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente de acuerdo	19	38%
De acuerdo	27	54%
No sabe/No responde	3	6%
En desacuerdo	1	2%
Completamente en desacuerdo	0	0%
Total	50	100%



Los datos obtenidos reflejan que el 54% de los participantes están de acuerdo y un 38% están totalmente de acuerdo, ya que consideran que la información que les comunica el Personal de Salud es lo que necesitan saber sobre dichas enfermedades. Un 2% de los participantes está en desacuerdo y un 6% no saben o no responden.

Tabla 28. Consideración acerca de que la forma en que se proporciona la información es de manera comprensible.

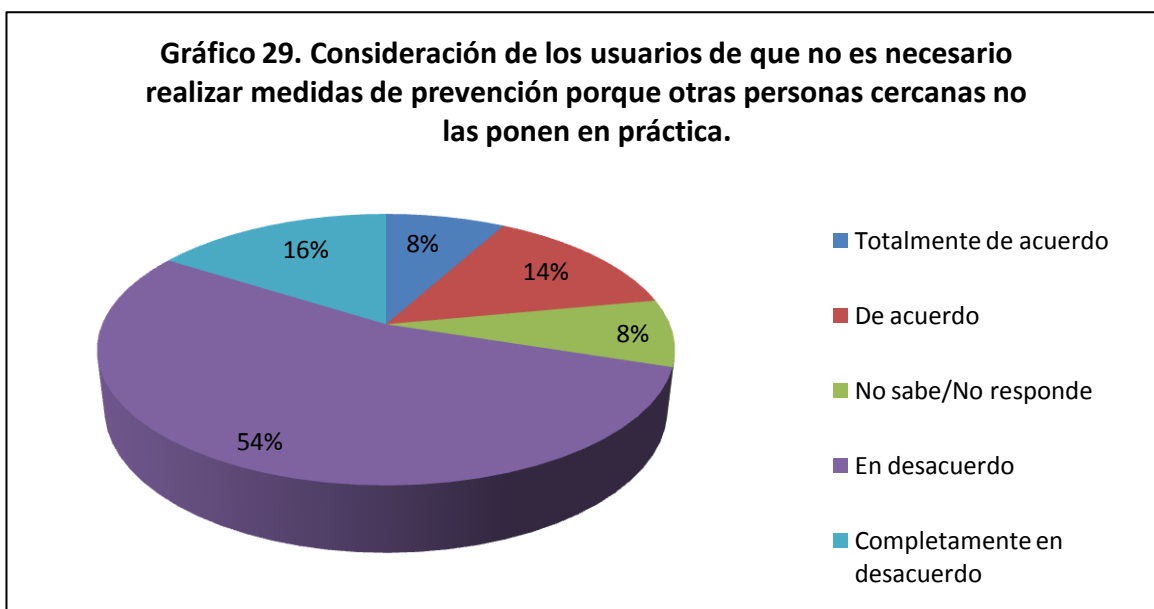
Escala	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente de acuerdo	20	40%
De acuerdo	26	52%
No sabe/No responde	4	8%
En desacuerdo	0	0%
Completamente en desacuerdo	0	0%
Total	50	100%



Los datos obtenidos muestran que el 52% de los participantes están de acuerdo y un 40% están totalmente de acuerdo, ya que consideran que el Personal de Salud cuando les comunica la información lo hace de una manera comprensible. Y un 8% no saben o no responden.

Tabla 29. Consideración de los usuarios de que no es necesario realizar medidas de prevención porque otras personas cercanas no las ponen en práctica.

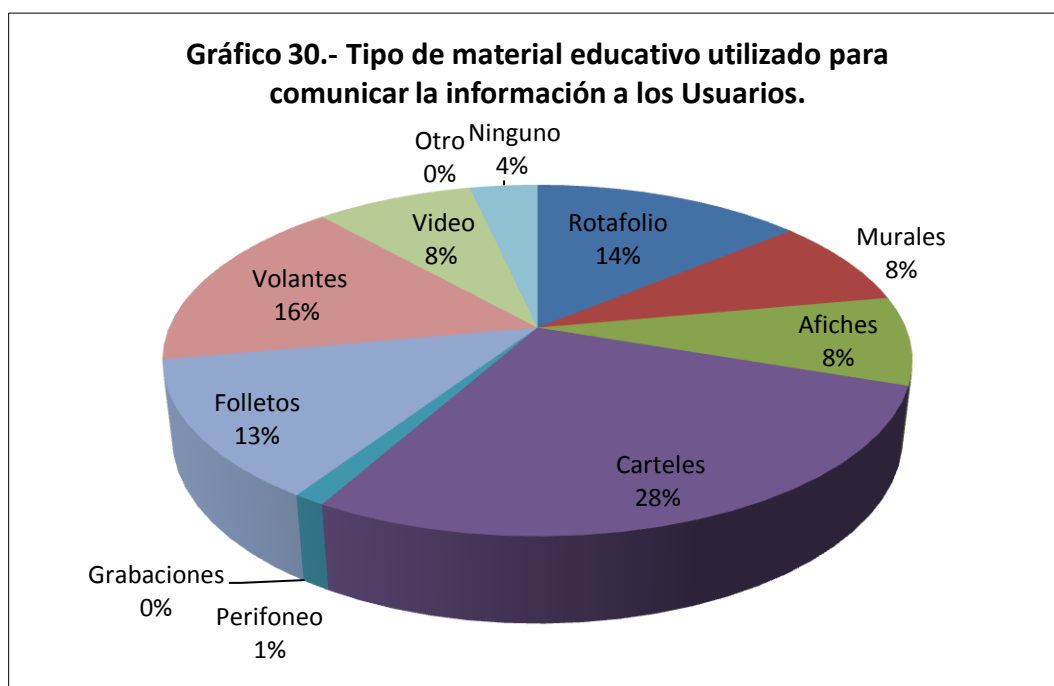
Escala	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente de acuerdo	4	8%
De acuerdo	7	14%
No sabe/No responde	4	8%
En desacuerdo	27	54%
Completamente en desacuerdo	8	16%
Total	50	100%



Los datos obtenidos reflejan que el 54% de los participantes están en desacuerdo y un 16% están completamente en desacuerdo, porque consideran que es necesario realizar medidas de prevención. El 14% de los participantes está de acuerdo y un 8% está totalmente de acuerdo con lo consultado. Y un 8% no saben o no responden.

Tabla 30. Tipo de material educativo utilizado para comunicar la información a los Usuarios.

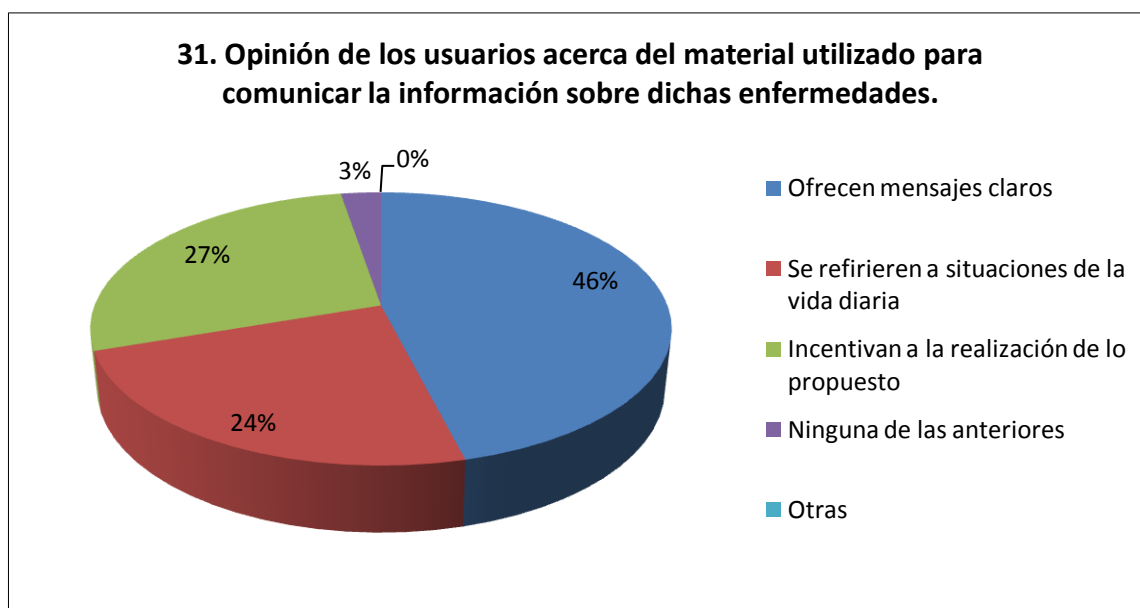
Material Educativo	Frecuencia	Porcentaje
Rotafolio	12	14%
Murales	7	8%
Afiches	7	8%
Carteles	24	28%
Perifoneo	1	1%
Grabaciones	0	0%
Folletos	11	13%
Volantes	14	16%
Video	7	8%
Otro	0	0%
Ninguno	3	3%
Total	86	100%



En algunas intervenciones se utilizó uno o más tipos de materiales educativos para comunicar la información sobre la prevención de dichas enfermedades, los participantes manifiestan que fue en un 28% carteles, un 16% hojas volantes, un 14% rotafolio y un 13% folletos. Y un 8% respectivamente, manifiesta que se utilizó murales, afiches o videos. Un 4% manifiesta que no se utilizó material educativo.

Tabla 31. Opinión de los usuarios acerca del material utilizado para comunicar la información sobre dichas enfermedades.

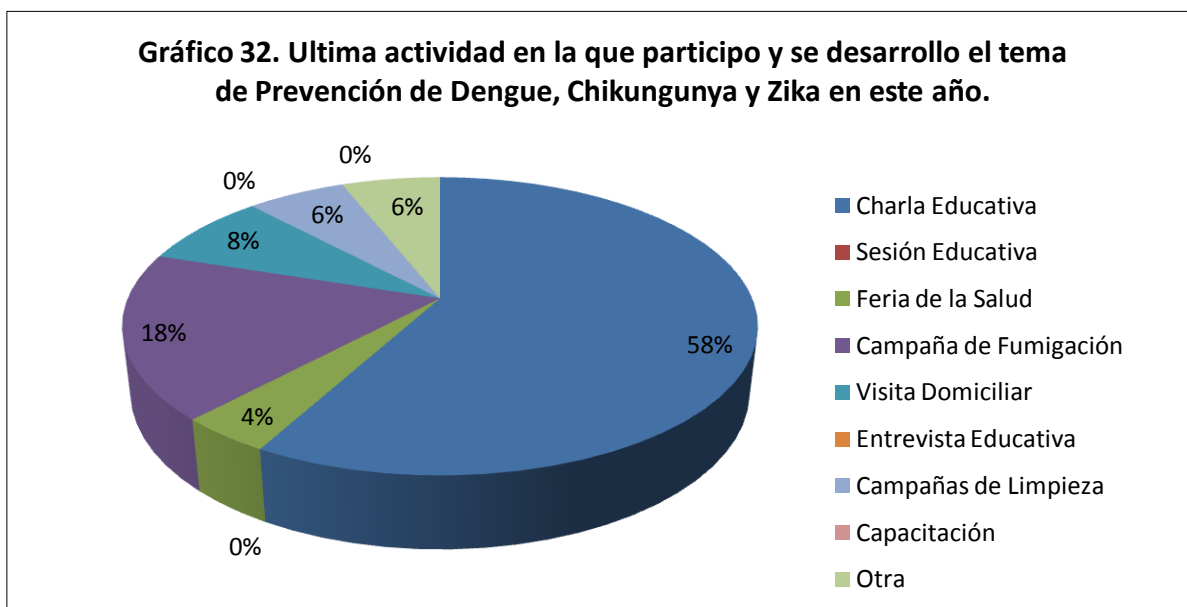
Funciones	Frecuencia	Porcentaje
Ofrecen mensajes claros	35	46%
Se refirieren a situaciones de la vida diaria	18	24%
Incentivan a la realización de lo propuesto	21	28%
Ninguna de las anteriores	2	3%
Otras	0	0%
Total	76	100%



Los participantes consideran que material que se ha utilizado para comunicarles la información sobre dichas enfermedades ha cumplido con uno o más de los siguientes criterios, en un 46% ofrecen mensajes claros, un 27% incentivan a la realización de lo propuesto y un 24% se refieren a situaciones de la vida diaria. Y un 3% considera que ninguna de las anteriores.

Tabla 32. Ultima actividad en la que participo y se desarrollo el tema de Prevención de Dengue, Chikungunya y Zika en este año.

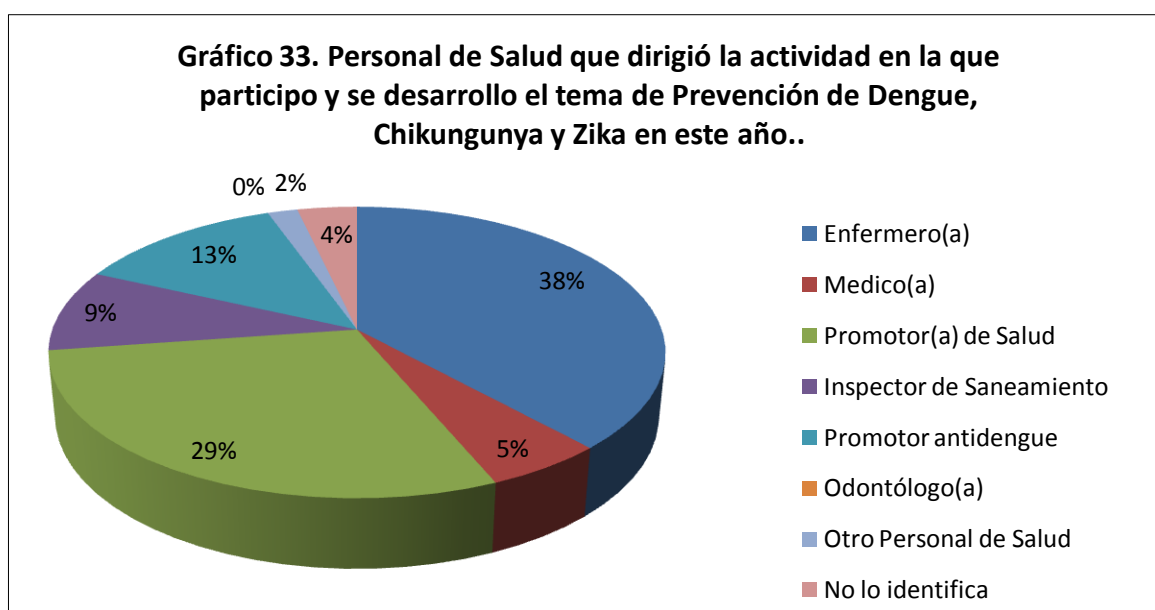
Estrategia	Frecuencia	Porcentaje
Charla Educativa	29	58%
Sesión Educativa	0	0%
Feria de la Salud	2	4%
Campaña de Fumigación	9	18%
Visita Domiciliar	4	8%
Entrevista Educativa	0	0%
Campañas de Limpieza	3	6%
Capacitación	0	0%
Otra	3	6%
Total	50	100%



Los usuarios en la última actividad en la que participo este año y desarrollando la temática de prevención de Dengue, Chikungunya y Zika fue en un 58% Charla Educativa, un 18% Campaña de Fumigación, un 8% fue en una Visita Domiciliar, el 6% en una Campaña de Limpieza y otra actividad respectivamente y un 4% en Feria de Salud.

Tabla 33. Personal de Salud que dirigió la actividad en la que participo y se desarrollo el tema de Prevención de Dengue, Chikungunya y Zika en este año.

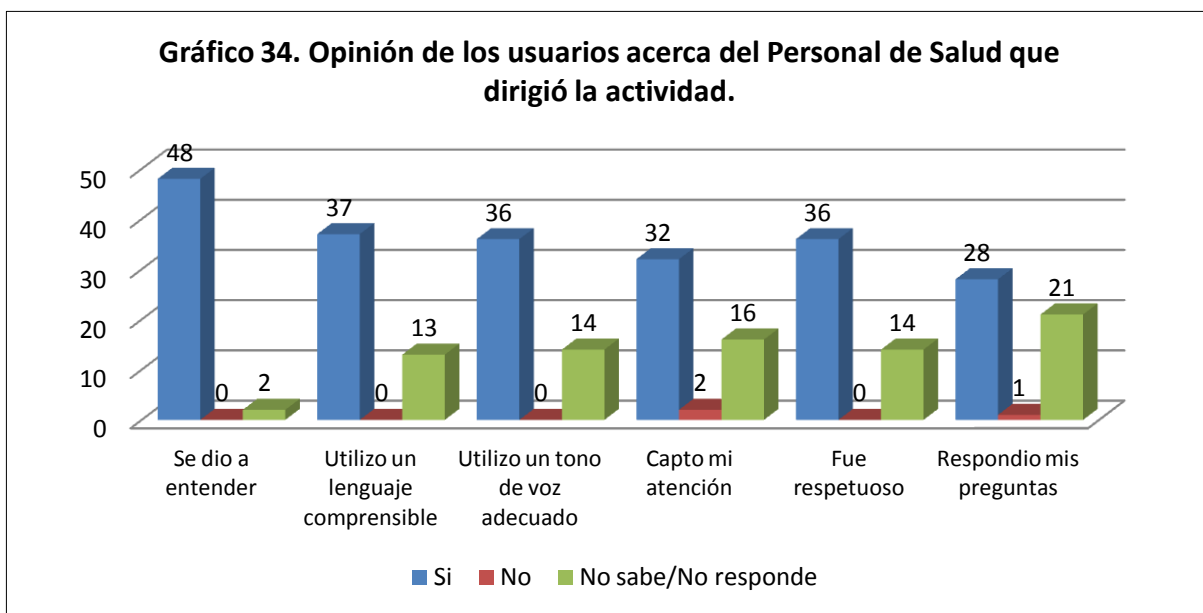
Personal de Salud	Frecuencia	Porcentaje
Enfermero(a)	21	38%
Medico(a)	3	5%
Promotor(a) de Salud	16	29%
Inspector de Saneamiento	5	9%
Promotor antidengue	7	13%
Odontólogo(a)	0	0%
Otro Personal de Salud	1	2%
No lo identifica	2	4%
Total	55	100%



En la intervención educativa los participantes manifiestan que fue uno o más recursos del Personal de Salud que dirigió la actividad. Y fue en un 38% Enfermero(a), un 29% Promotor de Salud, un 13% Promotor Antidengue, el 9% Inspector de Saneamiento y 4% no identifico al Personal de Salud.

Tabla 34. Opinión de los usuarios acerca del Personal de Salud que dirigió la actividad.

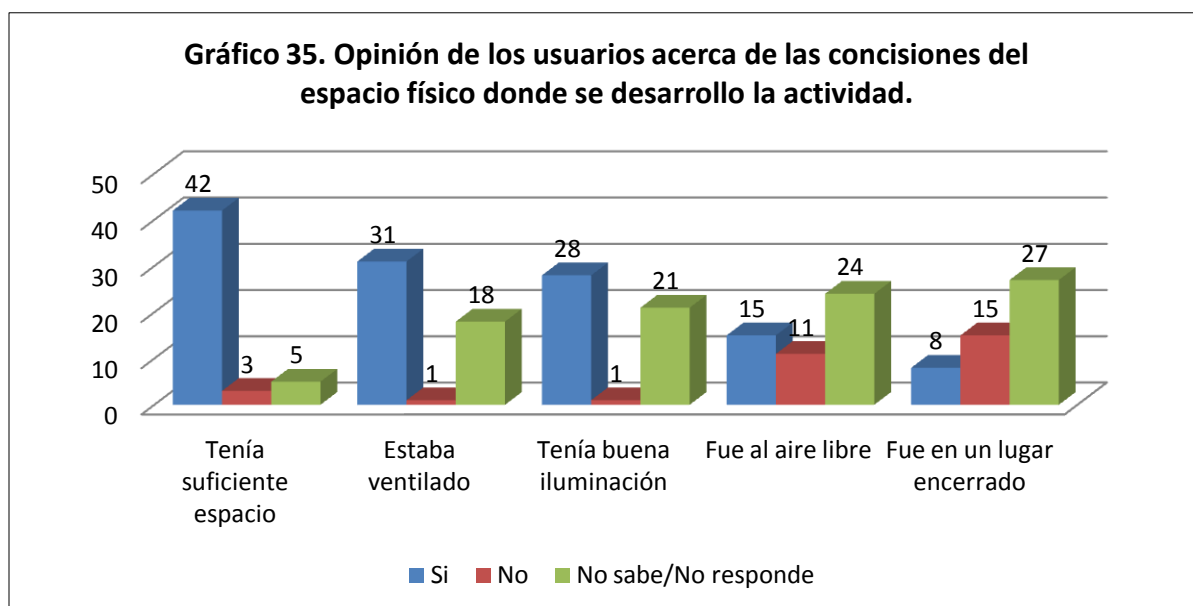
Variables	Si	No	No sabe/No responde	Total
Se dio a entender	48	0	2	50
Utilizo un lenguaje comprensible	37	0	13	50
Utilizo un tono de voz adecuado	36	0	14	50
Capto mi atención	32	2	16	50
Fue respetuoso	36	0	14	50
Respondió mis preguntas	28	1	21	50



De los 50 usuarios consultados, 48 usuarios consideran que el Personal de Salud se dio a entender y 2 no saben o no responden. 37 usuarios dicen que utilizó un lenguaje comprensible, pero los 13 restantes no saben o no respondieron a tal cuestionamiento. 36 usuarios dicen que utilizó un tono de voz adecuado, pero los 14 restantes no saben o no responden. 32 usuarios dicen que capto la atención, 2 dicen que no y un 16 no saben o no responden. 36 de los usuarios dicen que fue respetuoso y el 14 restante dicen no saber o no responder. 28 dicen que el Personal de Salud respondió las preguntas, 1 dice que no y 21 no saben o responden.

Tabla 35. Opinión de los usuarios acerca de las concisiones del espacio físico donde se desarrollo la actividad.

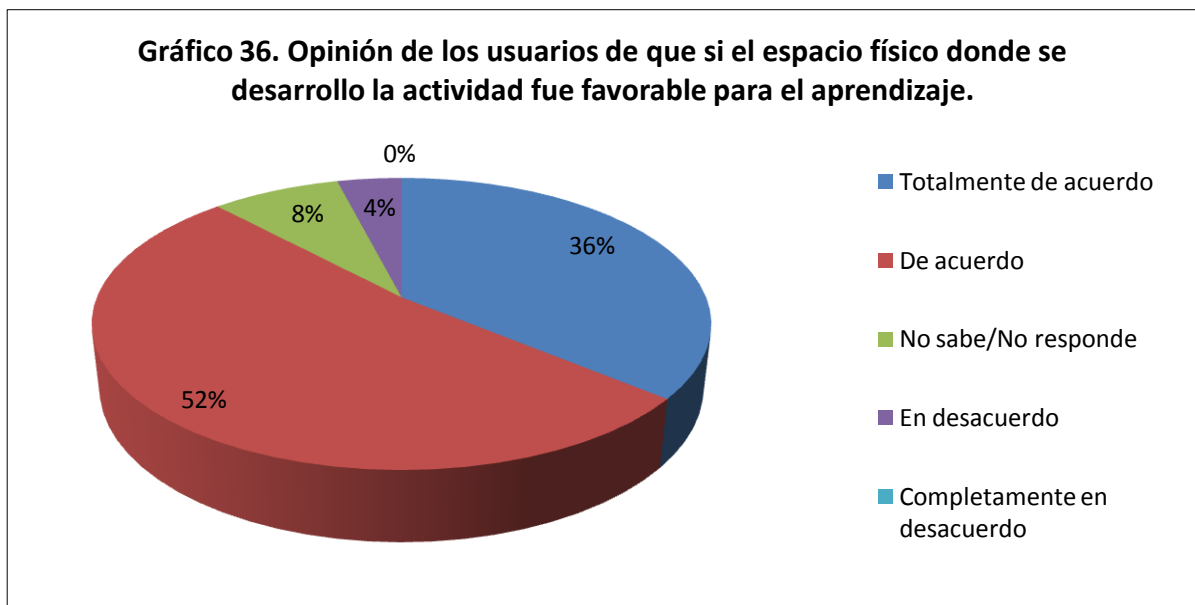
Variables	Si	No	No sabe/No responde	Total
Tenía suficiente espacio	42	3	5	50
Estaba ventilado	31	1	18	50
Tenía buena iluminación	28	1	21	50
Fue al aire libre	15	11	24	50
Fue en un lugar encerrado	8	15	27	50



Los 50 usuarios opinan con respecto al espacio físico, 42 usuarios consideran que el lugar tenía suficiente espacio, 3 consideran que no y 5 no saben o no responden. 31 usuarios dicen que estaba ventilado, 1 dice que no lo estaba y 18 no saben o responden. 28 usuarios dicen que estaba iluminado, 1 dice que no y 21 no saben o responden. 15 usuarios dice que fue al aire libre, 11 usuarios dicen que no lo fue y 24 no saben o responden. 8 usuarios dicen que fue en un lugar encerrado, 15 dice que no y 27 no saben o responden.

Tabla 36. Opinión de los usuarios de que si el espacio físico donde se desarrollo la actividad fue favorable para el aprendizaje.

Escala	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente de acuerdo	18	36%
De acuerdo	26	52%
No sabe/No responde	4	8%
En desacuerdo	2	4%
Completamente en desacuerdo	0	0%
Total	50	100%



Los datos obtenidos reflejan que el 52% de los participantes están de acuerdo y un 36% están Totalmente de acuerdo, ya que consideran que el espacio físico donde se desarrollo la actividad favoreció el aprendizaje. Pero el 4% está en desacuerdo al ser consultado y un 8% no saben o no responden.

CAPÍTULO V. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.

5. Análisis de los Resultados.

El análisis de los resultados, está basado en los objetivos y la variable del estudio, reflejando un contexto en cuanto a los Factores Comportamentales y Ambientales que influyen en la eficacia del Proceso de Comunicación en Salud para la Prevención del Dengue, Chikungunya y Zika y es lo que se muestra a continuación.

5.1 Factores Comportamentales.

La mayoría de los usuarios participantes son jóvenes. Con una representación mayor de mujeres y quienes en muchas ocasiones son las que permanecen más tiempo en la casa y se encargan de los oficios domésticos y mantener la limpieza del hogar. Esto como resultado de los roles socialmente asignados a mujeres y hombres, estos últimos en la mayoría de ocasiones son quienes se dedican a trabajar fuera de casa y el rol de domestico es desempeñado por la mujer. Los usuarios son alfabetos, ya que han cursado un grado de escolaridad, no obstante hay un grupo que no respondió y que no ha cursado ningún grado de escolaridad. El saber leer y escribir permite a la población comprender la información que se comunica a través del material informativo o educativo. En ocasiones, el no poseer estas habilidades genera distracción o frustración durante los procesos, lo que conlleva a la perdida de la atención durante la intervención.

La mayoría de usuarios han participado de una a tres ocasiones en procesos educativos, en los cuales, han recibido información para la prevención de dichas enfermedades, por parte del Personal de Salud. La mayoría de usuarios recuerdan el mensaje principal que se les quiso transmitir, no obstante, hay un grupo representativo que no lo recuerda. El recordar el mensaje por parte del usuario denota que el Personal de Salud que dirigió la actividad se dio a entender y captó la atención de los participantes durante el proceso, logrando que la información se concretice en una práctica de prevención.

De la teoría propuesta se retoman los indicadores, por ello, al indagar sobre la Susceptibilidad Percibida a enfermarse de Dengue, Chikungunya y/o Zika, los usuarios tienen una alta percepción de riesgo a enfermarse, así como también, de que sus seres queridos se enfermen. En ambas situaciones, hay personas que no perciben dicho riesgo, lo cual representa una barrera pero a la vez una oportunidad para poder llevar a cabo acciones que protejan la salud individual y colectiva.

Los Beneficios Percibidos indagados son en términos de tiempo y costo económico. La mayoría de usuarios realizan prácticas de prevención que no implican mucho tiempo y las que representan un costo económico bajo. Esto se debe, a la diversidad de actividades que se realizan cotidianamente en el hogar, por ello, no se dispone de mucho tiempo para realizarlas. Además, no se posee recursos económicos para invertir en la prevención. Por lo cual, la posibilidad de poner en práctica una medida de prevención que posea dichas características es importante, debido a que habrá una mayor probabilidad de ponerla en práctica.

Con respecto a la Gravedad Percibida, en términos generales, los usuarios identifican una alta percepción a que las enfermedades les pueden perjudicar. Lo cual, se debe a la información comunicada sobre cada una de las enfermedades respectivamente y a la sensibilización sobre el riesgo a adquirirlas. Al ser específicos, se evidencia que la mayoría considera que enfermarse de Zika les perjudicaría su vida, más que al enfermarse por Chikungunya o Dengue. Lo anterior se puede asociar a que la mayoría de participantes fueron mujeres, quienes se encuentran en edad fértil y que posiblemente desean quedar embarazadas y perciben que al enfermarse de Zika representaría un riesgo para un futuro embarazo afectando con una malformación al bebé. Aunque se sabe que el Zika posiblemente afectaría a los bebés cuando las mujeres están en las primeras semanas del embarazo.

De la Autoeficacia para la prevención del Dengue, Chikungunya y Zika los resultados demuestran que durante el proceso educativo, la mayoría de participantes consideraron que la medida que les resultaría fácil de realizar sería la Técnica de la Untadita. Otro grupo de participantes en menor porcentaje, considero la Destrucción de Criaderos o Tapar Recipientes que Almacenan Agua. Esto indica, tal como se ha señalado anteriormente, que las prácticas

más fáciles de realizar son aquellas que impliquen menos sacrificio de tiempo, esfuerzo y recursos económicos.

Por otra parte, luego de haber participado en el proceso educativo, los usuarios manifiestan tener mayor capacidad y facilidad de practicar las medidas de prevención que les fueron comunicadas.

La mayor dificultad para practicar medidas preventivas a las enfermedades mencionadas, es poder organizarse con los miembros de su comunidad para realizar acciones conjuntas encaminadas al control del vector, lo cual implica un riesgo para la comunidad, ya que si hay personas que no colaboran en la destrucción de criaderos el problema continúa.

Los usuarios consideran que la claridad con que se transmiten los mensajes es un punto clave para que las medidas de prevención promovidas por el Personal de Salud de la UCSF o por el Ministerio de Salud les resulte fácil de practicar, es por ello, que se debe considerar que cuando se comunica la información hay aspectos técnicos y metodológicos que se deben conocer y poner en práctica.

De las Barreras Percibidas para la prevención del Dengue, Chikungunya y Zika, los usuarios en su mayoría no ponen impedimentos para realizar lo propuesto, ya que consideran que es necesario poner en práctica las medidas de prevención. Pero hay quienes en un porcentaje mínimo consideran que no es necesario. Por tanto, existe la posibilidad en que algún momento ellos practicaron las medidas de prevención pero no obtuvieron resultados favorables o no se reforzó la práctica, considerando así no realizar las medidas de prevención. Lo cual, representa un riesgo para enfermarse individual y colectivamente.

En la Expectación de Resultados los usuarios están de acuerdo que al realizar las medidas están protegiendo su salud y la de las personas con las que conviven, ya que estiman que al practicar las medidas de prevención del Dengue, Chikungunya y Zika, están reduciendo la probabilidad de enfermarse e incluso hasta de morir.

5.2 Factores Ambientales.

En relación al lugar de residencia, la mayoría de los usuarios vive en el municipio de Panchimalco, pero por la ubicación geográfica de la UCSF se atiende a usuarios que provienen de municipios aledaños. Dicho centro de atención cuenta con un acceso sobre la calle principal en donde transitan unidades del transporte colectivo. La mayoría de los participantes residen en la zona urbana y en menor porcentaje en la zona rural. Lo anterior indica que los usuarios tienen accesibilidad geográfica a los servicios que presta la UCSF.

Los usuarios en su mayoría poseen servicio de agua potable en su viviendas, lo cual facilita el desarrollo diario de actividades domesticas y reduce la probabilidad de almacenar agua en recipientes.

Al indagar sobre los Estímulos para la Acción. Los usuarios consideran que la información que les comunica el Personal de Salud es verídica, que es lo que necesitan saber y lo hacen de una manera comprensible. Cada uno de estos aspectos, permite que el proceso educativo se desarrolle adecuadamente y como resultado se ponga en práctica lo propuesto.

En cuanto a la Norma Social Subjetiva, la mayoría consideran que es necesario realizar medidas de prevención aun cuando personas cercanas a ellas no las realizan. Evidenciado así, que ellos consideran importante realizar las medidas de prevención, ya que es así como ellos protegen su salud y la de sus familiares.

El Material Educativo utilizado en la mayoría de intervenciones fueron carteles y en menor frecuencia hojas volantes, rotafolios, folletos, murales, y afiches, para comunicar la información. El material educativo, es un apoyo fundamental para quien facilita la intervención, por ello, se debe elegir apropiadamente según la intervención a desarrollar y deben estar basado en una idea fundamental que se quiere promover entre la audiencia, para que de esta manera se recuerde el mensaje que se les quiere transmitir.

Al preguntarles a los usuarios su opinión con respecto a la claridad de los mensajes propuestos en el material utilizado, consideran que en la mayoría de ocasiones han ofrecido mensajes claros, sin embargo, una minoría manifestó que los mensajes incentivan a la realización de lo propuesto y que se refieren a situaciones de la vida diaria.

El material utilizado para que cumpla su función u objetivo debe estar diseñado en base a criterios técnicos, por ello, la claridad solo es parte de un proceso de transmisión de información dirigida a grupos alfabetos, pero al trabajar con un material que incentive a la realización de la acción propuesta y con el cual la población se identifique se estará incidiendo en aquellas audiencias analfabetas y así podrán tomar una decisión para proteger su salud y es por ello, que el material debe estar diseñado con un equilibrio en los criterios indagados.

Con respecto al canal utilizado para enviar los mensajes, el Personal de Salud y la técnica educativa se convierten en el principal medio de transmisión del mensaje, en ese sentido, según los resultados de la investigación, el personal que dirigió las acciones de comunicación en salud, utilizó un lenguaje comprensible, captó la atención, fue respetuoso, respondió las preguntas. Sin embargo, una parte significativa manifestó que el Personal que dirigió dicha actividad no cumplió con las características descritas, lo cual indica que hay necesidad de fortalecer las habilidades de conocimiento y comunicación al Personal para facultarlo con herramientas que permitan aumentar la veracidad de la información y la efectividad de esta.

El desarrollo de las actividades estuvo a cargo en su mayoría por un Enfermero(a), seguido por el Promotor de Salud, el Promotor Antidengue y en menor porcentaje el Inspector de Saneamiento.

Los usuarios en su mayoría participaron en una Charla Educativa y el resto durante Visitas Domiciliares, Campañas de Fumigación, Campañas de Limpieza y Ferias de Salud.

Los usuarios en su mayoría están de acuerdo en que el espacio físico donde se desarrollaron las actividades favoreció el aprendizaje.

5.3 Eficacia de los Procesos de Comunicación en Salud.

Los usuarios han estado expuestos a Procesos de Comunicación en Salud, en los cuales, se les ha proporcionado información sobre la Prevención del Dengue, Chikungunya y Zika y se evidencia que han adoptado cambios en sus comportamientos para proteger la salud a nivel individual y colectivo.

Los resultados obtenidos en cuanto a la eficacia de la comunicación, demuestran que se puede lograr influir en la población utilizando el mínimo de recursos materiales y económicos, así como haciendo uso efectivo del tiempo. Entre los resultados destacan la práctica de la Técnica de la Untadita o la Destrucción de Criaderos del vector, todo ello como resultado de intervenciones en las que se han utilizado materiales educativos basados en criterios técnicos para su diseño, siendo el más aplicado la claridad de los mensajes.

Como producto del proceso informativo en salud se logra evidenciar una alta gravedad percibida por parte de los usuarios a padecer las enfermedades y en mujeres en edad fértil hay incertidumbre, pero a la vez un grado de alerta en relación a la afectación del Zika en este ciclo de vida; ya que dicha enfermedad posiblemente afectará al bebe durante el embarazo.

Por ello, es importante que el Personal de Salud utilice un lenguaje comprensible, capte la atención de los participantes y que responda a sus preguntas durante las intervenciones educativas. Y en la medida de lo posible que el lugar sea adecuado para que favorezca el aprendizaje.

CAPÍTULO VI. CONCLUSIONES.

6. Conclusiones.

Factores Comportamentales:

1. La mayoría de participantes son mujeres jóvenes quienes se encargan de los oficios domésticos en los hogares y que poseen un grado académico. Dicha actividad puede ser considerada como un rol atribuido al género por la sociedad y reforzado por patrones familiares y culturales.
2. Los participantes en ocasiones cuando participan en actividades informativas o educativas no les queda claro el mensaje debido a que quien lo facilita no siempre lo hace de una manera comprensible.
3. Hay una alta percepción de riesgo de enfermar de Zika por parte de la mayoría de mujeres participantes en el estudio, debido a que están en edad fértil.
4. A los usuarios les resulta fácil practicar aquellas medidas preventivas que impliquen beneficios a bajo costo y el uso de poco tiempo en su realización.
5. Los usuarios están consientes que es difícil para ellos, la organización con miembros de la comunidad para desarrollar actividades que buscan el control del vector y así proteger la salud y prevenir las enfermedades en su comunidad.

Factores Ambientales:

1. Existe una alta percepción que las medidas propuestas por el Personal de Salud de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar y el Ministerio de Salud son fáciles de realizar, por lo cual, al promover la organización con miembros de la comunidad se podrían obtener más resultados para el control y eliminación del vector transmisor de dichas enfermedades.
2. Se identificó la necesidad de realizar alguna de las medidas de prevención para dichas enfermedades, independientemente de que si las personas a las que conocen las realizan o no. Esto como parte de la percepción de que es a través de ellas que se pueden evitar las enfermedades tanto a nivel individual como familiar.
3. El material educativo o informativo utilizado además de poseer información clara, en algunas ocasiones no incentivan a la realización de la acción propuesta y la población no identifica que se refieran a situaciones de la vida diaria.
4. El Personal de Salud que dirigió la actividad en su mayoría logro captar la atención de los participantes y utilizo un lenguaje comprensible para comunicar la información, siendo estos los factores por los cuales la comunicación en salud se vuelve eficaz.
5. Las condiciones del lugar en términos generales donde se desarrollo la intervención propicio el aprendizaje en los participantes.

Eficacia de los Procesos de Comunicación en Salud:

1. El Proceso de Comunicación en Salud ha sido eficaz para la prevención del Dengue, Chikungunya y Zika y que se pueden reforzar los aspectos deficientes para lograr un mayor impacto en la responsabilización de la salud a nivel individual y colectivo.

CAPÍTULO VII. RECOMENDACIONES.

7. Recomendaciones

A la Carrera Licenciatura en Educación para la Salud:

1. Fortalecer el diseño de Procesos de Comunicación en Salud para el abordaje integral de las enfermedades que encabezan el perfil epidemiológico nacional.
2. Fortalecer los conocimientos en el diseño de material educativo y la elaboración de mensajes en salud.

Al Ministerio de Salud:

3. Potencializar las acciones encaminadas a la organización entre los miembros de la comunidad para desarrollar medidas de prevención.
4. Fortalecer el diseño de material educativo que incentiven a la realización de lo propuesto y que haya una identificación con las situaciones de la vida diaria por parte de las audiencias.
5. Reforzar los conocimientos del Personal de Salud en el área de diseño de material educativo e informativo que se ha de utilizar en las intervenciones.
6. Fortalecer las habilidades de comunicación del Personal de Salud.
7. Evaluar el impacto de los Procesos de Comunicación en Salud.

A los usuarios de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar:

8. Participar activamente durante las intervenciones educativas.
9. Participar en las acciones encaminadas a la organización entre los miembros de la comunidad para desarrollar medidas de prevención.

CAPITULO VIII. FUENTES DE INFORMACIÓN.

- **Bibliográficas:**

1. Rosentock, I.M (1990). The Health Belief Model: Explaining Health Behavior Through Expectancies. In: Glanz, K., F.M. Lewis & B. K. Riner (eds.) (1990): Health Behavior and Health Education: Theory, Research and Practice; Capítulo 3. San Francisco: Jossey-Bass Publisher. ISBN 1-55542-25
2. Lineamientos Técnicos para la Categorización de las Unidades Comunitarias de Salud Familiar.

- **Electrónicas:**

3. COMUNICACIÓN EN SALUD: CONCEPTOS Y MODELOS TEÓRICOS, Ph.D. Iván Ríos Hernández, Universidad de Puerto Rico, San Juan, Puerto Rico, año 2011
4. Comunicación en Salud: Conceptos, Teorías y Experiencias, Mario Mosquera, Ph.D., Comisionado por la Organización Panamericana de la Salud, 2003
5. Manual de comunicación social para programas de promoción de la salud de los adolescentes, División de Promoción y Protección de la Salud, Programa de Salud Familiar y Población, Unidad Técnica de Salud, Desarrollo de Adolescentes, Organización Panamericana de la Salud, Fundación W.K. Kellogg, Washington, D.C., Abril 2001. 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.
6. Dengue y dengue grave, Nota descriptiva, Centro de prensa, OMS, Abril de 2016, disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs117/es/>
7. Chikungunya, Nota descriptiva, Centro de prensa, OMS, Abril de 2016, disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs327/es/>
8. Enfermedad por el Virus Zika, Nota descriptiva, Centro de prensa, OMS, 15 de Abril de 2016, disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/zika/es/>
9. Reglamento de la Ley del Sistema Básico de Salud Integral
10. Marco Conceptual y Operativo para el Desarrollo del Sistema Básico de Salud Integral (SIBASI)



Universidad de El Salvador
Facultad de Medicina
Escuela de Tecnología Médica
Licenciatura en Educación para la Salud

CUESTIONARIO SOBRE LOS FACTORES COMPORTAMENTALES Y AMBIENTALES QUE INFLUYEN EN LA EFICACIA DEL PROCESO DE COMUNICACIÓN EN SALUD PARA LA PREVENCIÓN DEL DENGUE, CHIKUNGUNYA Y ZIKA.

El formulario está dirigido a los usuarios de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia "Planes de Renderos", perteneciente al SIBASI Sur, municipio de Panchimalco.

Objetivo General: Recolectar información sobre los Factores Comportamentales y Ambientales de los usuarios de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar - Intermedia "Planes de Renderos", que influyen en la eficacia del proceso de Comunicación en Salud para la prevención del Dengue, Chikungunya y Zika, en el mes de agosto de 2016.

El siguiente cuestionario será estrictamente confidencial y los datos obtenidos servirán para establecer los Factores Comportamentales y Ambientales que influyen en la eficacia del proceso de Comunicación en Salud para la prevención del Dengue, Chikungunya y Zika.

Indicaciones:

- ✓ El instrumento consta de 36 preguntas abiertas y cerradas, por lo cual se le solicita que responda o marque con una **x** o según, sea la pregunta y la respuesta que considere adecuada a su opinión.
- ✓ Si presenta alguna duda durante el llenado pregunte al investigador y una vez finalizado el llenado del instrumento por favor asegúrese de haber respondido todas las preguntas y entréguesela al investigador(a).

I. FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS.

A. Factores Sociodemográficos.

1. Edad: 2. Sexo: F M 3. Nivel de Escolaridad: _____.

4. Municipio de Residencia: _____ 5. Zona: Urbana Rural

6. Profesión u Ocupación: _____.

7. Posee servicio de agua potable en su domicilio: Si No

8. Mencione el número de veces aproximadamente, que usted ha recibido información para la prevención del Dengue, Chikungunya y Zika, por parte del Personal de Salud durante este año 2016:

9. ¿Podría mencionar el mensaje principal que le transmitió el Personal de Salud durante la intervención en la que usted participo?

Si 9.1 ¿Cuál? _____ No

II. FACTORES COMPORTAMENTALES

B. Susceptibilidad Percibida a enfermarse de Dengue, Chikungunya y/o Zika

10. Estoy consciente que dichas enfermedades me pueden afectar...

TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	NO SABE/ NO RESPONDE	EN DESACUERDO	COMPLETAMENTE EN DESACUERDO
-----------------------	------------	-------------------------	---------------	-----------------------------

11. Estoy consciente que dichas enfermedades Le pueden afectar a un ser querido...

TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	NO SABE/ NO RESPONDE	EN DESACUERDO	COMPLETAMENTE EN DESACUERDO
-----------------------	------------	-------------------------	---------------	-----------------------------

C. Beneficios Percibidos de la prevención del Dengue, Chikungunya y Zika

12. Considero que hay practicas de prevención que no implican mucho tiempo en realizarlas...

TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	NO SABE/ NO RESPONDE	EN DESACUERDO	COMPLETAMENTE EN DESACUERDO
-----------------------	------------	-------------------------	---------------	-----------------------------

13. Considero que hay practicas de prevención que no representan un alto costo económico poderlas realizar...

TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	NO SABE/ NO RESPONDE	EN DESACUERDO	COMPLETAMENTE EN DESACUERDO
-----------------------	------------	-------------------------	---------------	-----------------------------

D. Gravedad Percibida a enfermarse de Dengue, Chikungunya y/o Zika

14. Considero que enfermarse de Dengue no perjudica mi vida...

TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	NO SABE/ NO RESPONDE	EN DESACUERDO	COMPLETAMENTE EN DESACUERDO
-----------------------	------------	-------------------------	---------------	-----------------------------

15. Considero que enfermarse de Chikungunya no perjudica mi vida...

TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	NO SABE/ NO RESPONDE	EN DESACUERDO	COMPLETAMENTE EN DESACUERDO
-----------------------	------------	-------------------------	---------------	-----------------------------

16. Considero que enfermarse de Zika no perjudica mi vida...

TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	NO SABE/ NO RESPONDE	EN DESACUERDO	COMPLETAMENTE EN DESACUERDO
-----------------------	------------	-------------------------	---------------	-----------------------------

E. Autoeficacia para la prevención del Dengue, Chikungunya y Zika

17. ¿Cuál medida de prevención promovida por el Personal de Salud le resulta fácil de realizar?
Marque solamente una.

- | | | | | | |
|-----------------------------|--------------------------|--|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| 1. Técnica de la Untadita | <input type="checkbox"/> | 2. Tapar los recipientes que almacenan agua. | <input type="checkbox"/> | 3. Uso de mosquitero | <input type="checkbox"/> |
| 4. Uso de repelentes | <input type="checkbox"/> | 5. Uso de Alevines | <input type="checkbox"/> | 6. Destrucción de Criaderos | <input type="checkbox"/> |
| 7. Organización Comunitaria | <input type="checkbox"/> | 8. Ninguna | <input type="checkbox"/> | 9. Otra: _____ | |

18. Mencione la medida de prevención que ha puesto en práctica después de participar en la actividad desarrollada por el Personal de Salud. **Marque según la actividad desarrollada.**

- | | | | | | |
|-----------------------------|--------------------------|--|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| 1. Técnica de la Untadita | <input type="checkbox"/> | 2. Tapar los recipientes que almacenan agua. | <input type="checkbox"/> | 3. Uso de mosquitero | <input type="checkbox"/> |
| 4. Uso de repelentes | <input type="checkbox"/> | 5. Uso de Alevines | <input type="checkbox"/> | 6. Destrucción de Criaderos | <input type="checkbox"/> |
| 7. Organización Comunitaria | <input type="checkbox"/> | 8. Ninguna | <input type="checkbox"/> | 9. Otra: _____ | |

19. ¿Qué acción se le hace difícil a usted poner en práctica?

NINGUNA

NO SABE/NO RESPONDE

20. Practicar las medidas de prevención promovidas por el personal de salud para mi es...

MUY FÁCIL	FÁCIL	NO SABE/ NO RESPONDE	DIFÍCIL	MUY DIFÍCIL
-----------	-------	-------------------------	---------	-------------

21. Considero que las medidas de prevención que me propone el Ministerio de Salud son fáciles de realizar...

TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	NO SABE/ NO RESPONDE	EN DESACUERDO	COMPLETAMENTE EN DESACUERDO
-----------------------	------------	-------------------------	---------------	-----------------------------

F. Barreras Percibidas para la prevención del Dengue, Chikungunya y Zika

22. Considero que no es necesario poner en práctica alguna medida de prevención...

TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	NO SABE/ NO RESPONDE	EN DESACUERDO	COMPLETAMENTE EN DESACUERDO
-----------------------	------------	-------------------------	---------------	-----------------------------

G. Expectación de Resultados al practicar la prevención del Dengue, Chikungunya y Zika

23. Considero que al practicar una medida de prevención estoy protegiendo mi salud...

TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	NO SABE/ NO RESPONDE	EN DESACUERDO	COMPLETAMENTE EN DESACUERDO
-----------------------	------------	-------------------------	---------------	-----------------------------

24. Considero que al practicar una medida de prevención estoy protegiendo la salud de las personas con las que vivo...

TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	NO SABE/ NO RESPONDE	EN DESACUERDO	COMPLETAMENTE EN DESACUERDO
-----------------------	------------	-------------------------	---------------	-----------------------------

25. Considero que al realizar prácticas de prevención en el hogar, reduce la probabilidad de enfermar...

TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	NO SABE/ NO RESPONDE	EN DESACUERDO	COMPLETAMENTE EN DESACUERDO
-----------------------	------------	-------------------------	---------------	-----------------------------

III. FACTORES AMBIENTALES.

H. Estímulos para la Acción:

a) Grupos de Referencia

26. Considero que la información que me comunica el Personal de Salud es verídica...

27. Considero que la información que comunica el Personal de Salud es lo que necesito saber sobre dichas enfermedades...

28. Considero que el Personal de Salud cuando me comunica la información lo hace de una manera comprensible para mí...

TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	NO SABE/ NO RESPONDE	EN DESACUERDO	COMPLETAMENTE EN DESACUERDO
TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	NO SABE/ NO RESPONDE	EN DESACUERDO	COMPLETAMENTE EN DESACUERDO
TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	NO SABE/ NO RESPONDE	EN DESACUERDO	COMPLETAMENTE EN DESACUERDO

b) Norma Social Subjetiva

29. Considero que no es necesario realizar medidas de prevención porque las personas que conozco no las ponen en práctica...

TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	NO SABE/ NO RESPONDE	EN DESACUERDO	COMPLETAMENTE EN DESACUERDO
-----------------------	------------	-------------------------	------------------	--------------------------------

c) Material Educativo

30. ¿Qué tipo de material han utilizado para comunicarle la información? **Marque las que estime conveniente**

1. Rotafolio

4. Carteles

7. Folletos

2. Murales

5. Perifoneo

8. Volantes

3. Afiches

6. Grabaciones

9. Video

10. Otro: _____ 11. Ninguno: _____

31. El material utilizado para comunicar la información sobre dichas enfermedades, usted considera que: **Marque las que estime conveniente.**

1. Ofrecen mensajes claros
2. Se refirieren a situaciones de la vida diaria.
3. Incentivan a la realización de lo propuesto.
4. Ninguna de las anteriores
5. Otras _____

I. Canal

32. ¿Cuál fue la última actividad en este año en la que participo y se desarrollo el tema de prevención del Dengue, Chikungunya y Zika?: **Marque solamente una.**

- | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|----------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|
| 1. Charla Educativa | <input type="checkbox"/> | 2. Sesión Educativa | <input type="checkbox"/> | 3. Feria de la Salud | <input type="checkbox"/> |
| 4. Campaña de Fumigación | <input type="checkbox"/> | 5. Visita Domiciliar | <input type="checkbox"/> | 6. Entrevista Educativa | <input type="checkbox"/> |
| 7. campañas de Limpieza | <input type="checkbox"/> | 8. Capacitación | <input type="checkbox"/> | 9. Otra: _____ | |

33. ¿Qué Personal de Salud dirigió la actividad? **Marque solamente el Personal de Salud que participo en la actividad que selecciono**

- | | | | | | |
|-----------------------------|--------------------------|------------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|
| 1. Enfermero(a) | <input type="checkbox"/> | 2. Medico(a) | <input type="checkbox"/> | 3. Promotor(a) de Salud | <input type="checkbox"/> |
| 4. Inspector de Saneamiento | <input type="checkbox"/> | 5. Promotor antidengue | <input type="checkbox"/> | 6. Odontólogo(a) | <input type="checkbox"/> |
| 7. Otro Personal de Salud | <input type="checkbox"/> | Detalle: _____ | | 8. No lo identifica | <input type="checkbox"/> |

34. El personal de salud que dirigió la actividad, considera que: **En base al Personal de Salud que participo en la actividad que selecciono.**

- | | | | |
|--------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|--|
| 1. Se dio a entender. | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> No Sabe/No Responde |
| 2. Utilizo un lenguaje comprensible. | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> No Sabe/No Responde |
| 3. Utilizo un tono de voz adecuado. | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> No Sabe/No Responde |
| 4. Capto mi atención | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> No Sabe/No Responde |
| 5. Fue respetuoso | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> No Sabe/No Responde |
| 6. Respondio mis preguntas | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> No Sabe/No Responde |

J. Condiciones físicas del lugar (infraestructura, iluminación, ventilación, interferencia)

35. El espacio físico donde se desarrollo la actividad considera que:

- | | | | |
|------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|--|
| 1. Tenía suficiente espacio | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> No Sabe/No Responde |
| 2. Estaba ventilado. | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> No Sabe/No Responde |
| 3. Tenía buena iluminación. | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> No Sabe/No Responde |
| 4. Fue al aire libre. | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> No Sabe/No Responde |
| 5. Fue en un lugar encerrado | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> No Sabe/No Responde |

36. El espacio físico donde se desarrollo la actividad favoreció el aprendizaje...

TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	NO SABE/ NO RESPONDE	EN DESACUERDO	COMPLETAMENTE EN DESACUERDO
-----------------------	------------	----------------------	---------------	-----------------------------

¡MUCHAS GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN!

ANEXO 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo; _____, como usuario/a con mayoría de edad según mi DUI y con número de Expediente: _____, de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia “Planes de Renderos”, del Municipio de Panchimalco, Departamento de San Salvador, acepto formar parte del estudio de investigación titulado: Factores Comportamentales y Ambientales de los usuarios de las Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia “Planes de Renderos”, que influyen en la eficacia del proceso de Comunicación en Salud para la prevención del Dengue, Chikungunya y Zika, en el mes de agosto de 2016.

Siempre y cuando los datos que proporcione sean utilizados con fines de investigación, sin que me perjudique; así como también con la libertad de retirarme si es mi deseo o implica algún perjuicio hacia mi persona.

Y para dejar constancia, firmo la presente a los _____ días del mes de agosto de año dos mil dieciséis.

Firma o Huella