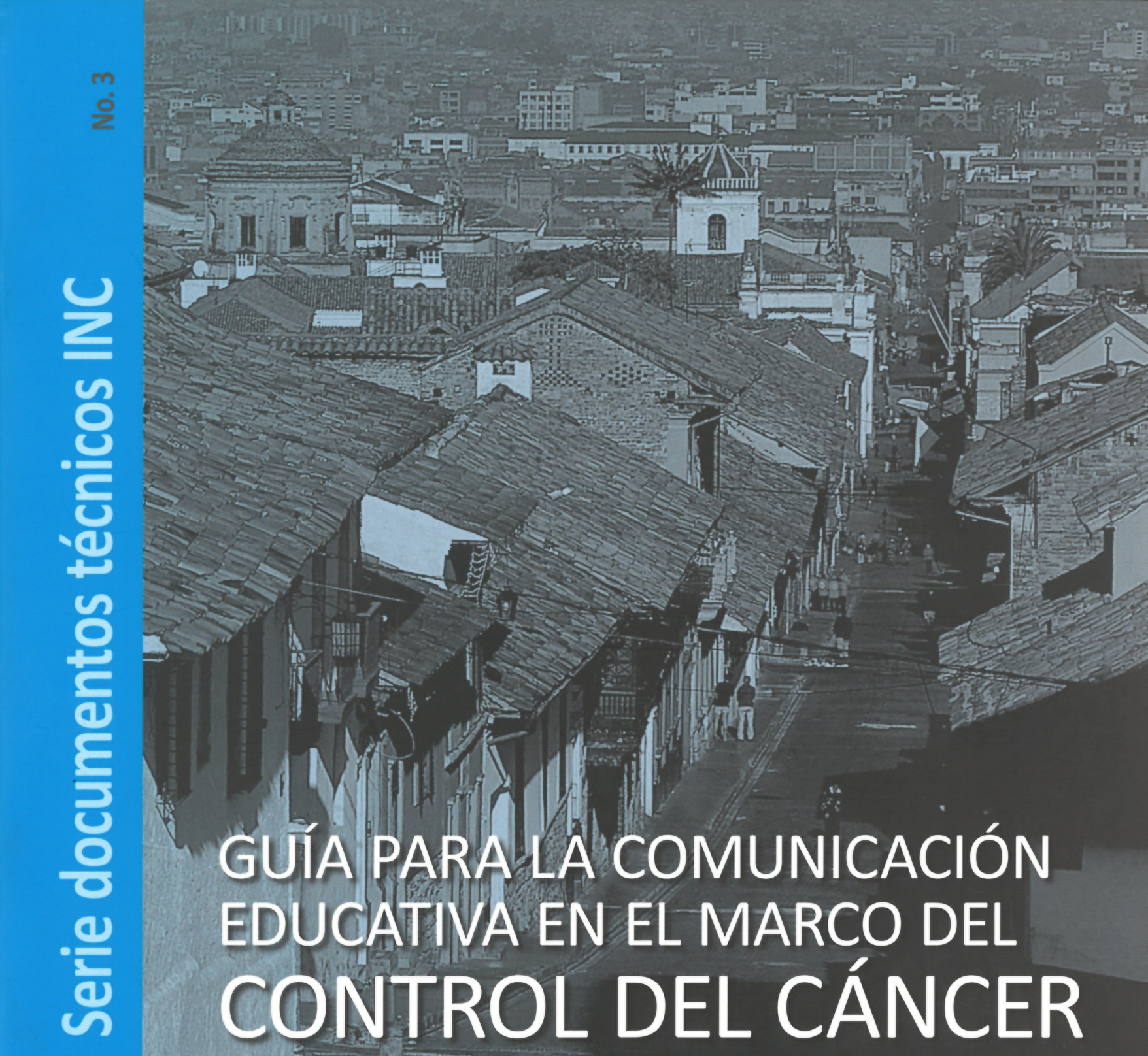


An aerial, high-angle photograph of a city street, likely in a Latin American urban setting. The street is lined with buildings featuring traditional tiled roofs. A prominent church tower with a dome is visible in the background. The street is paved, and a few people can be seen walking along the sidewalks. The overall tone is sepia or aged, giving it a historical or documentary feel.

GUÍA PARA LA COMUNICACIÓN EDUCATIVA EN EL MARCO DEL CONTROL DEL CÁNCER

No. 3

GUÍA PARA LA COMUNICACIÓN EDUCATIVA EN EL MARCO DEL CONTROL DEL CÁNCER

Carolina Wiesner Ceballos
Claudia Margarita Cortés García
Ivonne Andrea Donoso Suárez

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA, E.S.E.
Subdirección General de Investigaciones,
Vigilancia Epidemiológica, Promoción y Prevención
Bogotá, 2008



MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

DIEGO PALACIO BETANCOURT

Ministro de la Protección Social

INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA, E.S.E.

CARLOS VICENTE RADA ESCOBAR

Director General

RAÚL HERNANDO MURILLO MORENO

Subdirector de Investigaciones, Vigilancia Epidemiológica, Promoción y Prevención

LINA MARÍA TRUJILLO

Subdirector Médico y de Docencia

JUAN JOSÉ PÉREZ

Subdirector Administrativo y Financiero

COMITÉ EDITORIAL

Enrique Cadena

Myriam Rodríguez

Luis Felipe Torres

Enrique Ardila

Miguel Orticochea-Profesor Emérito INC

Carlos Arturo Hernández

Samuel Arias

Germán Barbosa

Mónica Molano

Puede obtenerse información sobre el Instituto Nacional de Cancerología en la siguiente dirección de internet:
<http://www.cancer.gov.co>.

Bogotá, D.C.: Instituto Nacional de Cancerología, 2008

ISBN 978-958-98496-5-1

ISSN 1909-2962

© Instituto Nacional de Cancerología, 2008

Reproducción autorizada, con indicación de la fuente bibliográfica.

Corrección de estilo: Gustavo Patiño Díaz

Foto portada: Stephan Riedel

Esta publicación está acogida a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derechos de Autor. Reservados todos los derechos.

Impreso en Colombia

Agradecimientos

Agradecemos a Raúl Murillo, Marion Piñeros, Samuel Arias, Sandra Lourdes Tovar, por sus comentarios y sugerencias. A Carol Pavajeau por sus aportes iniciales para la elaboración de la propuesta. A Marcela Nivia y Yulie Salgado por su colaboración en la corrección final del texto.

Este trabajo fue realizado gracias a los recursos del Instituto Nacional de Cancerología.

CONTENIDO

4	Presentación
5	Resumen
5	Summary
7	Introducción
9	1. Modelo de comunicación educativa para el control del cáncer
9	1.1 Habilidades para la comunicación educativa
11	1.2 Principios de la comunicación educativa
13	1.3 Enfoques de la comunicación educativa
14	2. Planificación de la comunicación educativa en los espacios comunitarios
15	2.1 Pasos para la comunicación educativa en los espacios comunitarios
16	2.2 Primer paso: análisis de la situación
19	2.3 Segundo paso: diseño estratégico y selección de estrategias
21	2.4 Tercer paso: desarrollo y pretesteo
22	2.5 Cuarto paso: implementación y monitoreo
23	2.6 Quinto paso: evaluación y replanificación
23	3. La comunicación educativa en los servicios de salud
24	3.1 El control del riesgo
28	3.2 Detección precoz o temprana de cáncer y adherencia a la tamización
30	3.3 Tratamiento del cáncer
32	3.4 El cuidado paliativo
35	4. Estrategias de comunicación educativa para el control del cáncer
42	5. Anexos
44	6. Referencias bibliográficas

PRESENTACIÓN

El Instituto Nacional de Cancerología (INC) propuso un Modelo para el Control del Cáncer en Colombia que busca reducir la incidencia y la mortalidad por esta causa y mejorar la calidad de vida de los pacientes con cáncer. Controlar el cáncer significa lograr que las personas tengan una menor exposición a los factores de riesgo, que tengan la posibilidad de la detección temprana de lesiones premalignas y malignas para acceder a un tratamiento oportuno y que reciban una adecuada rehabilitación y cuidado paliativo en caso de presentar una enfermedad en una etapa avanzada.

Dado que el cáncer es una enfermedad crónica que se caracteriza por ser multicausal, por tener un largo periodo de latencia durante el cual no produce síntomas y por tener que ser intervenida con tratamientos que con frecuencia son agresivos, es necesario realizar acciones en el ámbito político, comunitario y en los servicios de salud. La comunicación educativa en el control del cáncer es una de las herramientas reconocidas que permiten contribuir al control de los factores de riesgo para cáncer, la detección temprana, el

tratamiento, la rehabilitación y el cuidado paliativo del cáncer.

Esta propuesta es una guía para la comunicación educativa –complemento del documento “Modelo para el Control del Cáncer en Colombia”– que busca orientar a los profesionales de las entidades territoriales de salud y de las aseguradoras que trabajan en actividades de comunicación dirigida a la población colombiana. Igualmente, busca orientar a los profesionales de la salud que se encuentran vinculados a los servicios de atención para que puedan generar cambios en la forma tradicional de manejar la educación y la comunicación para el control del cáncer. Su propósito es generar actividades que promuevan mejores condiciones de salud y bienestar desde un enfoque promocional de salud, de derechos humanos y con perspectiva generacional y de género. Hace parte de la Serie de Documentos Técnicos producidos por el Instituto Nacional de Cancerología y se espera que sea aplicada en el proceso de diseño, desarrollo y evaluación de estrategias de comunicación educativa.

RESUMEN

Guía para el modelo de comunicación educativa para el control del cáncer en Colombia

El modelo para el control del cáncer en Colombia, diseñado por el Instituto Nacional de Cancerología, considera la comunicación educativa como una estrategia que contribuye a reducir la incidencia y la mortalidad por cáncer, así como a mejorar la calidad de vida de los pacientes. La comunicación educativa debe realizarse en el ámbito político y comunitario y en los servicios de salud.

Este texto, que forma parte de la Serie de Documentos Técnicos del Instituto Nacional de Cancerología, busca orientar a quienes trabajan en los espacios comunitarios y en los servicios de salud para generar acciones orientadas a la educación y la comunicación para el control del cáncer. Su propósito es generar actividades que promuevan mejores condiciones de salud y bienestar desde un enfoque promocional de la salud, con respeto por los derechos humanos y con perspectiva generacional y de género, para construir procesos de transformación a largo plazo que se puedan desa-

rollar en la cotidianidad de las personas, las comunidades y las instituciones.

El texto define qué es la comunicación educativa y establece las habilidades para el desarrollo de intervenciones en los servicios de salud y en los espacios comunitarios y los principios y enfoques (los derechos humanos, el reconocimiento de la perspectiva diferencial de género y edad y la promoción de la salud) que deben atravesar las intervenciones pensadas desde el modelo de comunicación educativa para el control del cáncer. Igualmente, aborda los pasos para el establecimiento de acciones de comunicación educativa en los espacios comunitarios y en los servicios de salud y presenta diferentes estrategias de comunicación educativa, como el insumo para lograr el cambio social y la transformación personal.

La puesta en marcha del modelo de comunicación educativa para el control del cáncer en Colombia debe ser un vehículo para ampliar la mirada de la salud y sus enfoques y la reflexión sobre el proceso de la salud, de la enfermedad y del cáncer, que implica integrar a las acciones los conocimientos, saberes, prácticas y representaciones del cáncer.

SUMMARY

A Guide to Educational Communication in the Context of Cancer Control In Colombia

The Cancer Control Model developed by the Instituto Nacional de Cancerología (National Cancer Institute) in Colombia, considers educational communication as a strategy that contributes to the reduction of cancer incidence and mortality and the improvement of patients' quality of life. Educational communication should be carried out in the political, community and health services levels.

The present document is part of a series of technical papers and is intended to guide those who work in the

community and health services in the implementation of educational and communicational actions for cancer control. It is aimed at generating activities that promote better health conditions and well being from a health promotion and human rights approach, using gender and generational perspectives. These activities are meant to build long lasting transformational processes that could be developed in the everyday life of people, communities and institutions.

This paper provides a definition of educational communication and establishes several skills for the development of interventions at the health services and community levels. It presents the principles

and approaches (the human rights, the gender and generational, and the health promotion perspectives) that should guide the interventions planned from the educational communication model for cancer control. It introduces the necessary steps to establish educational communication actions within the community and health services contexts. At last, it presents several educational communication strategies as the basis to achieve social change and personal transformation.

The implementation of the educational communication model for cancer control in Colombia should be a means to broaden the perspective on health and its approaches and to encourage reflection on health, disease and cancer processes. This implies that knowledge, practices and cancer representations should be integrated into actions.

INTRODUCCIÓN

La comunicación educativa es un proceso que promueve el diálogo entre las personas; también, las capacidades para aprender, cuestionar y generar procesos de transformación individual, colectiva e institucional. A partir de este abordaje se busca promover el control del riesgo, la detección precoz, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos, mediante la generación de procesos de aprendizaje y transformación personal, colectiva e institucional, que les permita a las personas ganar capacidades para la toma de decisiones autónomas, respecto a la salud, el cuerpo y la vida, y construir, participativamente, condiciones que posibiliten el ejercicio de sus derechos.

Con esta propuesta se espera ampliar la forma tradicional de manejar la educación y la comunicación para el control del cáncer, centrada en la transmisión de información hacia el individuo como receptor central de los mensajes relacionados con la salud, la enfermedad, el cáncer, la vida y el cuerpo. Este documento propone la comunicación educativa, como una iniciativa para construir procesos de transformación a largo plazo, que se puedan desarrollar en la cotidianidad de las personas, las comunidades y las instituciones.

Desde este enfoque se propone el uso de la comunicación y la educación de manera participativa y pedagógica, en el contexto del desarrollo social de la población; se propone que el diseño y la ejecución de estrategias de intervención sean construidas con los actores de los procesos. Igualmente, se considera indispensable en esta propuesta el reconocimiento y la articulación de las diferentes realidades y saberes locales, el fomento de la participación social, el desarrollo de habilidades personales y colectivas para la construcción de una cultura de la salud y la transformación de la representación del cáncer como sinónimo de muerte.

Esta guía está constituida por cuatro apartados. En el primero se define qué es la comunicación educativa y se establecen las habilidades necesarias para el desarrollo de intervenciones en los servicios de salud

y en los espacios comunitarios, los principios de comunicación y los enfoques (la perspectiva de derechos humanos, el reconocimiento de la perspectiva diferencial de género y edad y el promocional de salud), que deben atravesar las intervenciones pensadas desde el modelo de comunicación educativa para el control del cáncer. En el segundo y tercer apartados se abordan los pasos que se deben seguir para el establecimiento de acciones de comunicación educativa en los espacios comunitarios y en los servicios de salud. En el cuarto se presenta un perfil de las diferentes estrategias de comunicación educativa, como el insumo para lograr el cambio social y la transformación personal. Esta última parte se complementa con dos anexos: vínculos para adelantar acciones en el control del riesgo y mecanismos psicológicos de afrontamiento del cáncer.

El texto es ilustrado con algunas tablas y figuras que permiten mayor claridad de los componentes presentados en la guía y resaltan elementos que se deben tener en cuenta para la aplicación del modelo de comunicación educativa en los espacios comunitarios o en los servicios de salud.

El desarrollo de esta guía debe encaminarse a construir procesos de reconocimiento y discusión del tema del cáncer en la cotidianidad de los diferentes actores, que integren la acción ciudadana, los procesos pedagógicos y la capacidad de reflexión crítica para la participación; el desarrollo de habilidades en los procesos de negociación, acercamiento y consolidación de las redes sociales. Cabe destacar que al realizar estas actividades dentro del control del cáncer es posible que se contribuya a intervenir en varias enfermedades (diabetes, enfermedades cardiovasculares, hipertensión arterial, entre otras) y problemas sociales (tabaquismo, alcoholismo, sexualidad insegura), de forma simultánea. En la actualidad, el control de factores de riesgo relacionados con las enfermedades crónicas, entre ellas el cáncer, es un tema prioritario de salud pública y su control

está definido en la Ley 715 de 2001 y en la Ley 1122 de 2007 y su correspondiente reglamentación.

La puesta en marcha del modelo de comunicación educativa para el control del cáncer en Colombia debe ser un vehículo para ampliar la mirada de la salud y sus enfoques. La reflexión sobre el proceso de la sa-

lud, de la enfermedad y del cáncer implica reconocer y reflexionar acerca de los conocimientos, los saberes, las prácticas y las representaciones de cada uno de los actores, para lograr que aporten y construyan procesos al bienestar individual, pero, especialmente, al bienestar colectivo.

1. MODELO DE COMUNICACIÓN EDUCATIVA PARA EL CONTROL DEL CÁNCER

El modelo de control del cáncer desarrollado por el Instituto Nacional de Cancerología (INC) ESE, y publicado como el primero dentro de la serie de documentos técnicos, desarrolla su propuesta en tres ejes, que interactúan de forma sinérgica y dependiente: los *ámbitos*, las herramientas y los objetivos. Los ámbitos son los espacios donde se realizan las acciones, es decir, las políticas públicas, los espacios comunitarios y los servicios de salud. Las *herramientas* son la educación, la comunicación y la movilización social. Los *objetivos* son el control del riesgo, la detección temprana, el tratamiento, la rehabilitación y el cuidado paliativo. El núcleo central del modelo se encuentra en el conocimiento adquirido por medio de las fuentes de información, la investigación, la vigilancia y el análisis de la situación de salud aplicada al cáncer (1).

Con la definición de este modelo se consideró que era necesario determinar el lugar y el papel que ocupan la educación y la comunicación para la salud; así, surge el modelo de comunicación educativa (MCE), que concibe la comunicación y la educación como procesos que reducen el temor al cáncer, modifican la inadecuada percepción del riesgo por los largos periodos de latencia, y promueven, en las personas y los pacientes, la participación en los procesos de toma de decisiones (2).

El MCE busca generar en las personas procesos de reflexión, discusión, acuerdos y desarrollo de prácticas cotidianas, que permitan cumplir con los objetivos del modelo de control del cáncer, como son: el control del riesgo, la detección temprana de cáncer y el mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes con cáncer. Cuando se realizan actividades dentro del control del cáncer es posible que se contribuya a intervenir en varias enfermedades (diabetes, enfermedades cardiovasculares, hipertensión arterial entre otras) y problemas sociales (tabaquismo, alcoholismo, sexualidad insegura), de forma simultánea, lo que es coherente con el

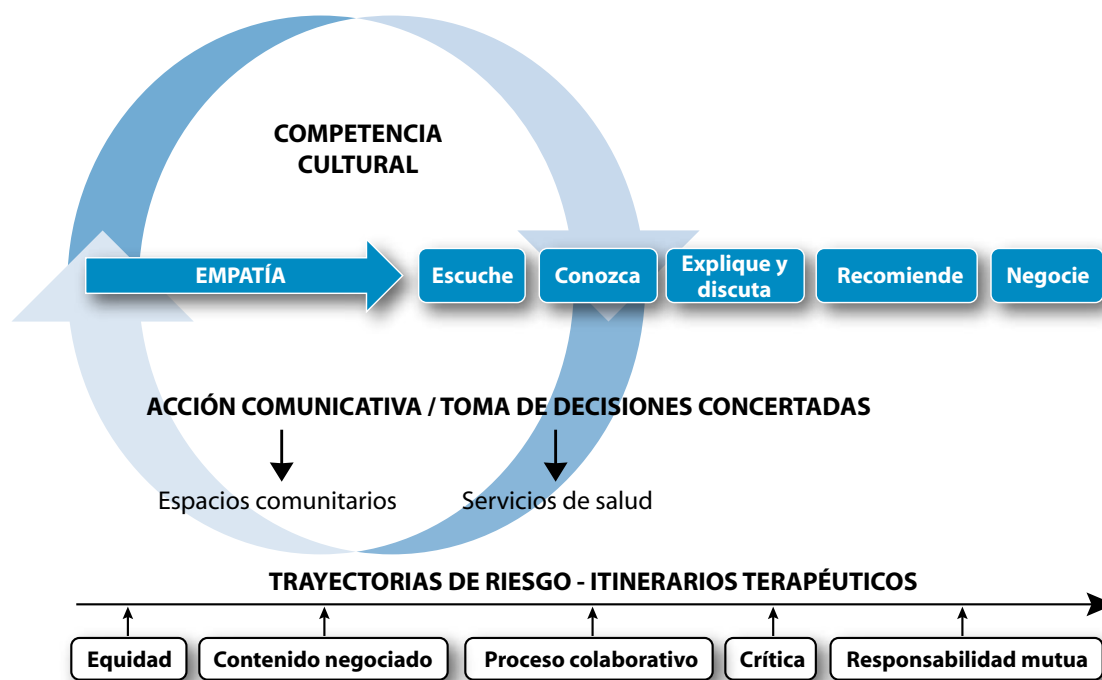
marco normativo definido por la Ley 715 de 2001 (3) y la Ley 1122 de 2007 (4) y su correspondiente reglamentación. Para que esto sea posible, se deben integrar en la práctica unas habilidades, principios y enfoques propios de la comunicación educativa.

1.1 Habilidades para la comunicación educativa

Las habilidades son las capacidades que les permiten a las personas cumplir con destreza los objetivos que se propone. De acuerdo con la revisión conceptual que acompaña este documento, hay cuatro habilidades centrales, como son: la competencia cultural, la empatía, la toma de decisiones de manera concertada y la acción comunicativa. En la Figura 1 se ilustran estas habilidades en el marco del MCE para el control del cáncer.

- **Competencia cultural:** es la habilidad de caracterizar a una persona de acuerdo con sus patrones de comportamiento, valores y creencias; y, a partir de dicha caracterización, realizar acciones dentro de su marco cultural, para ajustar las recomendaciones y acciones terapéuticas de manera individualizada. Esta competencia se logra en la medida en que exista un entendimiento en la manera como los factores sociales y culturales influyen en la percepción de la enfermedad. Tiene tres componentes: conocimiento cultural, patrones de comportamiento y sensibilidad cultural.
- **Empatía:** es una destreza básica de la comunicación que permite comprender las emociones de las personas y pacientes y sus perspectivas de comportamiento, para lograr una relación interpersonal. *Es ponerse en los zapatos del otro*. Incluye las dimensiones (5): *afectiva* (habilidad para reconocer las emociones y perspectivas de las personas), *moral* (motivación interior para sentir empatía), *cognitiva* (habilidad intelectual para entender las emociones y perspectivas) y *comportamental* (habilidad para actuar teniendo en cuenta esas emociones y perspectivas).
- **Toma de decisiones de manera concertada:** es el proceso de selección de una o varias alternativas que han sido establecidas con base en la información re-

Figura 1. Habilidades para la comunicación educativa



cibida, que se caracteriza por ser de alta participación y por el establecimiento de pactos o acuerdos. En la toma de decisiones se distinguen tres tipos: autoritarias, dirigidas y concertadas. Las decisiones autoritarias son aquéllas en las que el funcionario, líder o representante ejerce el poder sin limitaciones, es decir, carente de participación. Las decisiones dirigidas son las actitudes en las que el funcionario, líder o representante suele conducir a los participantes para que tomen la decisión más acertada según su criterio. Este modelo le apunta a la promoción de decisiones concertadas, al ser el espacio para validar el lugar del otro, contextualizar a personas y pacientes en el reconocimiento de que la enfermedad hace parte de un marco sociocultural.

- **Acción comunicativa:** es la acción que se realiza luego de un proceso de identificación colectiva de necesidades, interacción con otros y búsqueda de consensos.

La empatía es el elemento integrador que posibilita la comunicación; la competencia cultural permite el desarrollo de la reflexión en medio de la diversidad y la diferencia con el otro. La acción comunicativa y la toma de decisiones promueven el ejercicio del principio de autonomía, de la participación y de los procesos relacionados con el bienestar individual y colectivo. Para el desarrollo de la comunicación educativa es aconsejable contemplar las acciones del modelo Learn (6) y del modelo de atención primaria en cáncer desarrollado por

Baillie y colaboradores (7). Integre a su práctica los siguientes elementos:

- a. Escuche con empatía. Establezca una adecuada vía de diálogo, donde la información y la comunicación sean claras y abiertas. Al entablar su conversación, intente no juzgar y valore los silencios, para que las personas puedan reflexionar y expresar sin reservas sus dudas y temores. Al promover la escucha, está promoviendo el principio de igualdad o equidad.
- b. Conozca los conceptos de salud y enfermedad de las personas. Indague sobre sus valores personales y preferencias. Este proceso le permitirá caracterizar a la persona que tiene en frente y las fuentes de información a las que tiene acceso, y, con ello, reconocer las diferencias culturales que tiene usted frente a la persona con quien mantiene un diálogo. Igualmente, podrá saber específicamente que conocimientos tiene la persona sobre el cáncer y los factores tanto de riesgo como protectores (7).
- c. Explique las diferencias y similitudes entre sus saberes y los del otro. Tenga en cuenta que las acciones dirigidas al control del cáncer se enmarcan en un proceso colaborativo, que radica en la posibilidad que tienen dos o más sujetos de llegar a acuerdos. Manifieste sus puntos de vista, con el objeto de exponer, con palabras muy claras, los saberes que se relacionan con la necesidad de cambios y transformaciones personales y colectivas. Discuta las posibilidades de acciones/intervenciones/tratamientos.
- d. Recomiende acciones, intervenciones o tratamientos de acuerdo con las particularidades de cada persona o paciente. Recuerde que recomendar implica examinar atenta y detalladamente una situación, sin imponer su propio punto de vista.
- e. Negocie la acción/intervención/tratamiento. Conenga con la persona un plan o una acción. Recuerde que la toma de decisiones es un proceso de responsabilidad mutua y de selección de una o varias alternativas. Es el acto de *tomar parte* a partir de opciones que han sido establecidas con base en la información recibida. Comunique a las personas las diferentes

posibilidades que existen para iniciar procesos de transformación personal y cambio social, de acuerdo con los contextos. Establezca acuerdos y compromisos bilaterales. Tenga en cuenta que este proceso no ocurre en un solo momento, sino en sucesivas etapas de reflexión y de encuentros cara a cara.

1.2 Principios de la comunicación educativa

El desarrollo del MCE debe orientarse a promover, en las personas, la negociación en la elección de la mejor decisión para cada caso. Estas decisiones pueden convertirse en elementos que facilitan o dificultan la identificación de factores de riesgo o el curso y pronóstico de la enfermedad (8). Sin embargo, existen diferentes maneras de tomar decisiones; generalmente, los valores, las preferencias personales y el conocimiento de experiencias cercanas influyen en la selección de una opción. Hay casos en los que las opciones se discuten, otros en los que la posición de la persona o paciente no da espacio para establecer un diálogo en torno a la elección, y en los que terceros son quienes deciden.

En cualquiera de los casos, es vital que los funcionarios de salud, especialmente quienes trabajen con pacientes, expliquen y discutan con las personas la necesidad de tomar la mejor decisión en cada situación. A continuación se presentan los principios de la comunicación educativa (9,10) que pueden ayudarle a promover la toma de decisiones, bien sea para transformar un comportamiento de riesgo, para adherirse a las pruebas de tamización o para seleccionar una opción del tratamiento.

1.2.1 Principio 1: es imposible no comunicarse

El lenguaje no es sólo habla, vincula gestos, silencios y expresiones. Una comunicación efectiva ayuda a que las decisiones tomadas se lleven a cabo; ayuda a tomar más responsabilidad en el cuidado de la salud y a reducir los errores en la práctica médica (11,12).

Tenga en cuenta que para lograr comunicarse es necesario el desarrollo de una relación basada en la empatía.

1.2.2 Principio 2: la comunicación implica información y retroalimentación

La comunicación en salud debe ser clara, comprensible, de fácil acceso, sin importar el ámbito sociocultural de las personas. Un lenguaje que integre tecnicismos generalmente crea barreras, al percibirse como lejana y complicada. Un acto comunicativo no sólo transmite información, sino que, al mismo tiempo, promueve determinadas conductas entre las personas, por medio de la retroalimentación. La retroalimentación es obtener respuesta sobre el mensaje que se está transmitiendo. Tenga en cuenta que cuando un mensaje se comprende pueden surgir preguntas; provoque a las personas con quienes usted trabaja a preguntar y a cuestionarse sobre los temas trabajados.

1.2.3 Principio 3: las percepciones de riesgo y beneficios son complejas. Existen prioridades diferentes

El *riesgo* no se refiere únicamente al concepto científico, donde se entiende como la probabilidad de ocurrencia de un evento dentro de un grupo de la población, sino que vincula el concepto cotidiano, es decir, las preocupaciones, ansiedades y miedos que un individuo tiene sobre el futuro. Esto significa que las personas interpretan los riesgos y beneficios de manera diferente: las experiencias personales, las actitudes, las emociones, la educación, los medios de comunicación y factores como la edad, el género, el estado de salud, las circunstancias económicas y culturales, entre otros, afectan las percepciones de riesgo. Tenga en cuenta que hablar de riesgo puede llevar a negar acciones dirigidas al cambio de comportamientos; intente integrar la noción de *susceptibilidad* como una condición de probabilidad a la que cualquier persona puede estar expuesta.

1.2.4 Principio 4: el proceso de toma de decisiones es una acción concertada

La acción concertada es reconocida como un elemento para la promoción de la autonomía en personas y pacientes. El proceso de toma de decisiones consiste en explorar preferencias y respuestas frente a una recomendación o diagnóstico, en busca de una negociación.

Es importante diferenciar entre decisión informada y decisión concertada.

En la primera se considera que la sola provisión de información es suficiente para permitirles a las personas tomar una decisión; esta información necesita haber sido contada, leída y entendida, y, a partir de esta posición, una persona debe poder escoger libremente entre opciones diferentes.

En la segunda, la decisión es el resultado de un proceso compartido de transmisión y retroalimentación de información, de discusión y negociación entre los funcionarios de salud y las personas o pacientes, soportado en la evidencia científica, la discusión sobre los riesgos y beneficios, la contextualización de acuerdo con las características específicas de cada persona, la claridad acerca de las limitaciones de dicha selección y la relación entre la opción y el comportamiento (13).

Intente que sus acciones no se queden sólo en la transmisión de información, sino que ésta sea ubicada en la vida de esta persona, y con esto, *en conjunto*, permita la toma de decisiones.

1.2.5 Principio 5: toda comunicación implica un compromiso y define la relación

La comunicación es un proceso recíproco que genera un cambio; es diferente a la información y fomenta la interacción entre las personas. La comunicación no es información o repetición mecánica de temas, es un vehículo para acercarse a los espacios vitales o significativos de las personas. Es necesario que exista un momento para establecer compromisos, donde se exponga la integración de conocimientos, su interpretación y la posibilidad de convertirlos en prácticas. Tenga en cuenta que la comunicación humana se relaciona estrechamente con el concepto de empatía, al permitir identificar las necesidades y temores del otro, comprenderlas y transmitirle dicha comprensión al paciente o persona encargada, con el propósito de ayudarlo a tomar decisiones respecto a un comportamiento, resolver un malestar o acompañarlo en su proceso de enfermedad (14,15).

1.3 Enfoques de la comunicación educativa

El modelo de comunicación educativa tiene tres enfoques: el de derechos humanos, el de género y generacional o de ciclo vital, y, por último, el promocional de salud. La incorporación de estos enfoques permitirá garantizar intervenciones para el control del cáncer desde el reconocimiento de las diferencias de género, ciclo de vida, etnia, contexto (cultural, geográfico, político), nivel socioeconómico y discapacidades. Estos enfoques responden a las exigencias de la Ley 1122 de 2007¹, al plantear como objetivo que la atención y prevención de los principales factores de riesgo para la salud y la promoción de condiciones y estilos de vida saludables deben fortalecer la capacidad de la comunidad y la de los diferentes niveles territoriales para actuar (4).

1.3.1 Enfoque de derechos humanos

Las relaciones entre salud y derechos humanos se desconocen, en general, en el ámbito médico (16). Durante la política de la Guerra Fría, los derechos humanos fueron artificialmente divididos en civiles y políticos, por una parte, y, por la otra, económicos, sociales y culturales. Entre los sociales, económicos y culturales se encuentran los derechos a alcanzar los mayores estándares en salud, trabajo, seguridad social, alimentación, vivienda, educación, y el derecho a beneficiarse del progreso científico y sus aplicaciones. Aunque en general los derechos se han diferenciado en categorías, se acepta que todos los derechos son interdependientes y están interrelacionados (2).

La perspectiva de derechos humanos en salud se centra en las personas más marginadas y excluidas de la sociedad, con el propósito de fortalecer sus demandas de acceso a los recursos sociales, políticos y económicos (16). Desde esta perspectiva, la pobreza no es solamente un estado de bajos ingresos, sino una condición humana

caracterizada por la privación sostenida de capacidades necesarias para el disfrute de los derechos fundamentales. Se considera la salud como un derecho humano fundamental, condicionante directo para el derecho a la vida, la dignidad, la libertad y la igualdad (17-19).

En el caso específico del cáncer, la perspectiva de derechos implica generar mecanismos de participación y exigencia que les permitan a las personas y los pacientes mejorar las condiciones de vida, el acceso a la educación, a fuentes confiables de información, y el uso oportuno y de calidad de los servicios de atención médica.

1.3.2 Enfoque de género y generacional

Es la mirada comprensiva, analítica y crítica sobre las percepciones, concepciones y relaciones construidas en torno al ser hombre o ser mujer y su relación con los diferentes momentos del ciclo de vida (la infancia, la adolescencia, la juventud, la adultez y la vejez), y de los contextos sociohistóricos que se asumen a lo largo de ella y que generan identificación con determinados grupos sociales.

En relación con el cáncer, permite reconocer y criticar formas de interpretación, simbolización y organización social de las diferencias biológicas y culturales, de acuerdo con las variables hombre/mujer y edad, en relación con la salud, la enfermedad y el cáncer, teniendo en cuenta factores socioeconómicos, históricos y culturales (20). Además, incluye las acciones de comunicación educativa para el control del cáncer donde se considera que el género es un elemento presente en todas aquellas relaciones sociales en las que la diferencia sexual es significativa; segundo, el género representa relaciones primarias de poder. Se evidencian diferencias hereditarias, sociales y autobiográficas en el riesgo y protección frente al desarrollo de la enfermedad por género y edad (21).

1.3.3 Enfoque promocional de salud

Las personas pueden tener diferentes maneras de entender la salud y la enfermedad, de acuerdo con sus conocimientos, su cultura y su contexto, que van desde

1 La Ley 1122 define en el artículo 33 lo siguiente: "el Gobierno Nacional definirá el Plan Nacional de Salud Pública para cada cuatrienio, el cual quedará expresado en el respectivo Plan Nacional de Desarrollo". Para el cuatrienio 2007-2010 este plan está reglamentado por el Decreto 3039 de 2007 y la Resolución 425 de 2008.

la sola concepción de no estar enfermo hasta considerar otros parámetros como el de bienestar y calidad de vida. El enfoque promocional busca una concepción de salud que incorpora el ámbito social como un factor que permite comprender las diferentes influencias que determinan las decisiones que afectan a la salud y la medida en que los individuos y las comunidades pueden ejercer cierto grado de control sobre esas decisiones.

La promoción de la salud, para ser eficaz, requerirá una combinación de estrategias en diferentes niveles, además de la inclusión de una variedad de sectores y acciones individuales, grupales, organizacionales, comunitarias y gubernamentales, que incluyan tres componentes: actividades para promover la reflexión, acciones para cambiar los estilos de vida y creación de entornos que protejan la salud y propicien el bienestar. El enfoque promocional hace una apuesta explícita por las capacidades (potenciales y reales) con que cuentan las personas, las agrupaciones sociales (como la familia) y las comunidades en general, donde los individuos pasan de ser actores pasivos a activos, como parte del reforzamiento de la acción comunitaria y el desarrollo de las aptitudes personales.

En el MCE se busca promover el control del cáncer mediante la modificación de los valores, creencias, actitudes y políticas, lo que crea ambientes sanos para prolongar la vida, con el máximo desarrollo de las capacidades sociales y personales, y así hacer un aporte de importancia a la reducción de la inequidad en salud, garantizar el respeto de los derechos humanos, acumular capital social² y la reorientación de los servicios de salud.

Desde un enfoque promocional de salud, se acepta que el control del cáncer se relaciona con el reconocimiento de:

- Procesos de salud-enfermedad dependientes de factores biológicos, económicos, políticos, psicológicos, sociales y culturales.

- El desarrollo de actividades en las colectividades y no exclusivamente en los individuos.
- La educación y comunicación para la prevención del cáncer, centrada en la generación de condiciones y capacidades para la toma de decisiones autónomas, encaminadas a la reducción de factores de riesgo y la potenciación de los protectores.
- La circulación de nueva información por medio de un diálogo entre actores.
- El trabajo entre personas, instituciones, organizaciones y sectores.
- El manejo común de otro tipo de enfermedades con factores de riesgos comunes, dirigidos al mejoramiento de la calidad de vida y de las condiciones de salud.

2. PLANIFICACIÓN DE LA COMUNICACIÓN EDUCATIVA EN LOS ESPACIOS COMUNITARIOS

Los espacios comunitarios en el MCE son los escenarios pertinentes para realizar acciones relacionadas con el control del riesgo y el diagnóstico precoz, en los ámbitos poblacional y colectivo, complementarias a las de tipo individual realizadas en los servicios de salud. Se busca el desarrollo de acciones de salud pública relacionadas con el control del cáncer, para garantizar un entorno sano, orientar y coordinar a la población para el mantenimiento de la salud, la prevención de la enfermedad, y brindar el conocimiento sobre el uso oportuno y adecuado de los servicios ofrecidos por medio del plan de salud pública (4).

Dentro de las organizaciones gubernamentales, los entes territoriales, como los servicios departamentales y municipales, desempeñan un papel primordial para la promoción de la comunicación educativa, al definir sus propias competencias y administrar recursos para el cumplimiento de sus funciones (3). Son reconocidos como entidades territoriales: los departamentos, distritos, municipios y territorios indígenas; el alcalde o el gobernador y su grupo asesor son los responsables de las acciones en salud. La ejecución de las acciones del 'Plan nacional de salud pública' definido en el 'Plan nacional

2 El *capital social* se refiere al valor colectivo de las redes sociales, para la cooperación y la organización de actividades humanas.

de desarrollo', el cual se adopta cada cuatrienio (4), puede ser prestada parcial o totalmente por el ente territorial o por medio de contratación con empresas sociales del Estado (ESE), o con otros prestadores de servicios de salud constituidos como personas jurídicas de origen comunitario, público o privado.

Para la puesta en marcha del MCE, los responsables de las actividades colectivas de salud pueden trabajar con los líderes comunitarios y los representantes de los sectores educativo, agrícola, económico, político, laboral, transporte, recreación, comunicaciones y social (Figura 2). Además, se requiere la acción en varios niveles, que incluyen las organizaciones gubernamentales, no gubernamentales, nacionales, internacionales, multilaterales, regionales, municipales, así como las asociaciones profesionales, las instituciones académicas y la sociedad en su conjunto.

2.1 Pasos para la comunicación educativa en los espacios comunitarios

Para el control del cáncer en Colombia en los espacios comunitarios es necesaria la aplicación de una metodología derivada del "proceso P" (22) y el modelo procede-precende (23), que tiene en cuenta la necesidad de proporcionar a los individuos la comprensión, la motivación, las competencias y las habilidades para lograr un compromiso activo en la comunidad y de los pacientes con cáncer, necesarios para la búsqueda de una mejor calidad de vida (Figura 3).

En el centro de este proceso se ubica la acción comunicativa, como apertura a una propuesta de comprensión y transformación de las personas y los grupos, teniendo como fin la comunicación, al brindar la posibilidad de llegar a la toma de decisiones a partir de la negociación, la reflexión y la incorporación de

Figura 2. Espacios comunitarios para la comunicación educativa

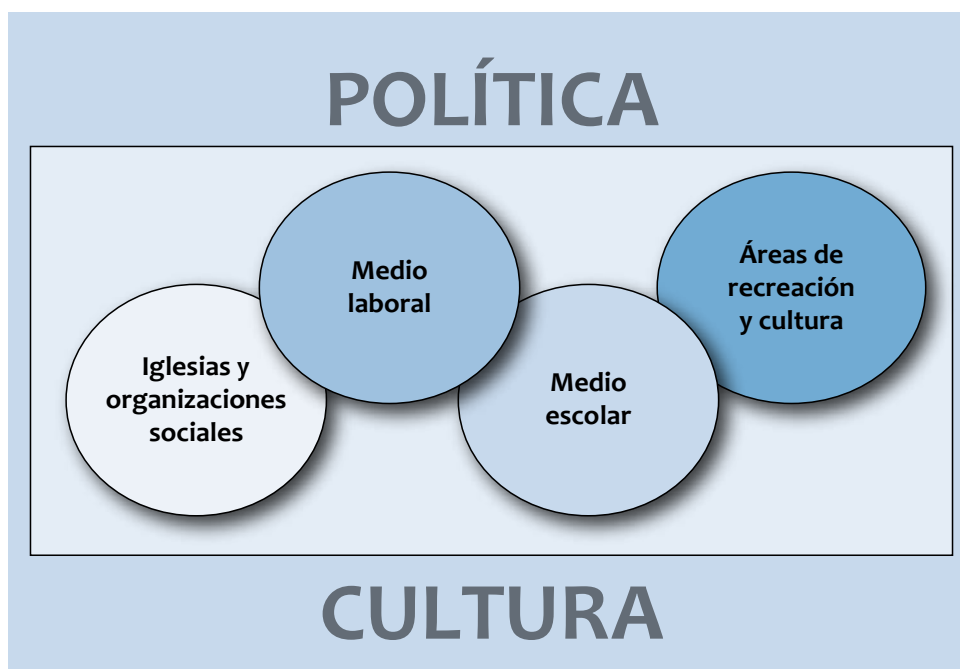
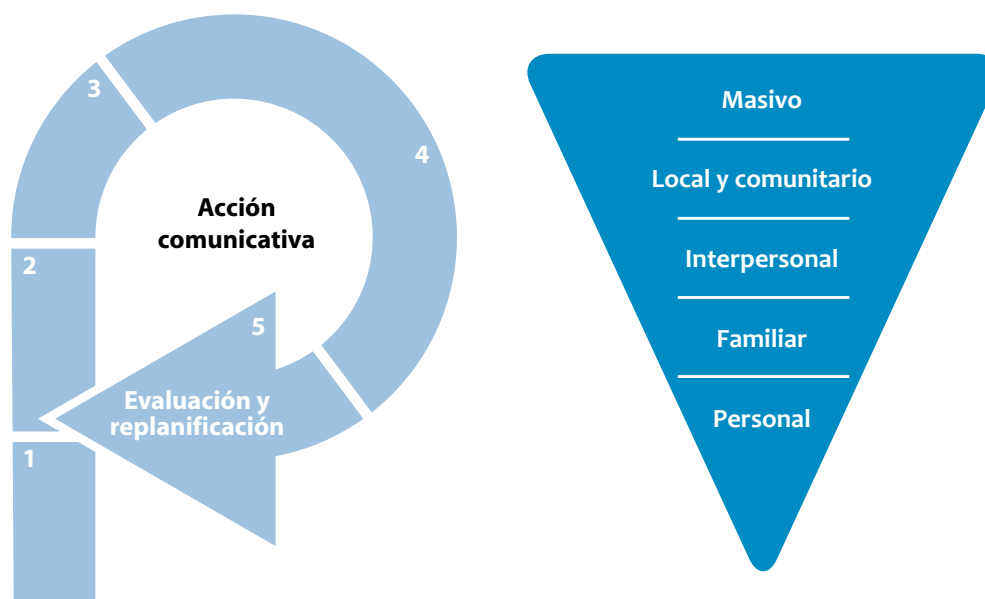


Figura 3. Metodología para la implementación del modelo de comunicación educativa en los espacios comunitarios



Adaptado de Proceso P*, Centro para Programas de Comunicación de la Facultad de Salud Pública Bloomberg Johns Mapkins, 2003.

elementos en la cotidianidad de las diversas personas y colectivos. Por medio de esta metodología se busca la consolidación de procesos participativos, para el análisis, diseño estratégico, desarrollo y prueba, implementación y difusión de las piezas de comunicación educativa, junto con la evaluación y replanificación de las acciones.

A continuación se enuncian los pasos que orientan el trabajo de aquellas personas encargadas de planear y ejecutar el MCE directamente. Para desarrollar los pasos definidos en esta propuesta, usted puede consultar la información secundaria consignada en el plan de salud pública, de acuerdo con la Ley 1122 (4) que se encuentra en las secretarías municipales o

departamentales de salud³; así mismo, puede aparecer publicado en el boletín epidemiológico del departamento o del municipio.

Las actividades intentan responder al *cómo*, haciendo uso de metodologías prácticas y aplicables en diferentes contextos.

2.2 Primer paso: análisis de la situación

El análisis de la situación constituye el primer paso en el diseño de un programa de comunicación educativa, sólido y efectivo. En esta etapa se debe hacer una

³ En la actualidad, la Resolución 0425 del 11 de febrero de 2008, del Ministerio de la Protección Social, en el capítulo 2, establece las fases para elaborar y aprobar el plan de salud territorial.

aproximación a la situación de cáncer y sus determinantes. Se propone partir de un conocimiento general de lo que ocurre en los contextos específicos, a partir de un conocimiento de la situación epidemiológica, social, de medios, cultural y de recursos.

Recuerde: en muchos de los casos se cuenta con un universo amplio de información y datos, disponibles en estudios de salud, epidemiológicos, demográficos, socioculturales y económicos. Poder acceder a esta información acelerará significativamente los pasos siguientes del *proceso P*.

2.2.1 Diagnóstico epidemiológico

Este diagnóstico busca que las acciones en comunicación y educación estén acordes con la situación de salud local, la situación de cáncer y sus factores de riesgo, para, posteriormente, poder definir unos objetivos. Es primordial que usted conozca las características socio-demográficas de la población a la cual usted se va a dirigir. Para esto, determine el nivel educativo (identificando la población analfabeta y escolarizada). Tenga un censo de las instituciones de salud, la cobertura, el acceso y la oportunidad del sistema de salud. Identifique las personas que pertenecen al régimen subsidiado, contributivo y no afiliados al SGSSS.

Es importante conocer los tipos de cáncer más frecuentes, según género y grupo de edad; la prevalencia de factores de riesgo para cáncer (por ejemplo, consumo de tabaco); la cobertura de pruebas de tamización (citología de cuello uterino y mamografía). Si puede, estudie las encuestas nacionales, regionales o locales en los que se integre conocimiento sobre actitudes y prácticas relacionadas con factores de riesgo y determinantes relacionados con el cáncer.

2.2.2 Diagnóstico social y de medios de comunicación

Este diagnóstico tiene dos objetivos: conocer a los grupos comunitarios organizados, no organizados y las redes sociales con los cuales se espera trabajar;

igualmente, es necesario conocer los medios, mecanismos y vehículos de comunicación de impacto para la comunidad.

Para el primer objetivo:

- Identifique y analice los actores sociales e instituciones, cuya participación es clave para el éxito de la aplicación, y los que en algún momento puedan entorpecerlo, y hágalos partícipes en el MCE.
- Establezca las redes y grupos que podrían incluirse en las acciones para la puesta en marcha del MCE.
- Analice la posibilidad para fortalecer capacidades entre organizaciones de base, ONG, oficina de prensa, y medios de comunicación local y tradicional que participen en su programa.
- Estudie la existencia de otros programas relacionado con los factores de riesgo en cáncer, como programas de hipertensos, de alcoholismo, sedentarismo, estilos de vida saludable, entre otros, con el propósito de unir fuerzas en recursos técnicos, humanos y económicos.

En el segundo objetivo, es necesario que usted:

- Conozca las posibilidades de oferta de los diferentes medios de comunicación masivos, alternativos, comunitarios, educativos o públicos, en cáncer y aspectos relacionados.
- Recopile las estrategias de educación y comunicación que se han aplicado para el control del cáncer.
- Identifique cómo se han transmitido los mensajes, en qué medios y qué temáticas han abordado. Si se tienen informes de impacto, revise los factores de éxito y las limitaciones en preferencia de horario, acceso y audiencia.
- Analice el nivel de acceso a los medios de comunicación por parte de los grupos sociales.

2.2.3 Diagnóstico cultural

Recuerde que la *cultura* se define como el conjunto de conocimientos, valores, comportamientos y prácticas de los grupos sociales. Las personas actúan de

acuerdo con lo que saben, piensan, sienten, aprenden, deciden, y por la influencia de los demás en las decisiones personales. Este diagnóstico busca que usted tenga en cuenta los determinantes que se relacionan con los factores de riesgo para cáncer y las prácticas relacionadas con la falta de adherencia a pruebas de detección temprana, diagnóstico y tratamiento. Usted puede recopilar esta información con técnicas cualitativas, como son los grupos focales y entrevistas con personas que representan diversos sectores de la comunidad. Recuerde que los determinantes del cáncer pueden ser:

- **De tipo individual:** implica acercarse a las decisiones personales y comportamientos que pueden ser un factor de riesgo o protector (24,25). Se relacionan con la práctica individual del tabaco, el alcohol, la elección de alimentos, el sexo (in)seguro, la toma de la citología de cuello uterino, entre otros (26).
- **De tipo colectivo:** es una aproximación a los *conocimientos y saberes grupales*, es decir, los conceptos locales, creencias, actitudes, valores, motivos, representaciones, mitos e historias de un grupo social, que hacen posible acceder a las concepciones generales sobre los hábitos del tabaquismo, las prácticas sexuales, los hábitos alimentarios, el sedentarismo, el diagnóstico precoz del cáncer, su diagnóstico y tratamiento (24).
- **De tipo político:** son los factores que permiten a las personas actuar o no bajo la existencia de un *marco político* que puede facilitar o dificultar las acciones para el control del cáncer. En esta dimensión, una acción como la protección de los riesgos laborales, los ambientes cerrados libres de humo, la existencia de espacios para la actividad física, considerados como algunos de los comportamientos saludables, pueden no ser practicados, porque no se definen como requisito por la comunidad y por la acción política (25).

2.2.4 Diagnóstico de recursos

Los recursos de inversión son básicamente tres: físicos, humanos y financieros. Los recursos físicos hacen

eferencia a terrenos, instalaciones, equipos, infraestructura y otros medios materiales sin los cuales es imposible ejecutar el proyecto. Los recursos humanos están representados por las personas necesarias para adelantar el proyecto, incluidas ciertas cualidades indispensables, como conocimientos especializados, habilidades, capacidad de gestión, entre otros. Los recursos financieros se constituyen por el dinero que se requiere para inversión productiva, los gastos de funcionamiento, el capital de trabajo, la inversión productiva, entre otros.

Con este diagnóstico, identifique cuáles han sido los recursos físicos, humanos y financieros que se han invertido en el tema, si los hay; analice los diferentes programas que se han realizado en la comunidad y establezca resultados, límites y fallas de cada uno de estos procesos. Al finalizar este diagnóstico, usted debe identificar fácilmente:

- Cantidad de recursos invertidos y su asignación en cuanto a población receptora y temática tratada.
- La población involucrada en estas actividades.
- Los principales resultados de los programas.

Al final, debe conocer el porcentaje de inversión por cada uno de los objetivos del control del cáncer: control del riesgo, detección temprana, tratamiento, rehabilitación y cuidado paliativo del cáncer.

Análisis

Con estos cuatro diagnósticos: diagnóstico epidemiológico, social y de medios de comunicación, cultural y de recursos, usted puede tener una *definición del problema que resuma los aspectos para ser abordados* en la intervención. De este análisis se debe:

- Determinar las causas y la gravedad de los problemas relacionados con el cáncer, sus determinantes y trayectorias de riesgo.
- Identificar los factores que facilitan o complican el control del cáncer.
- Distinguir y caracterizar los retos en los ámbitos social, cultural, político y económico en los grupos sociales a los cuales se dirige su programa.

- Desarrollar una definición clara del problema que usted, con la aplicación del MCE, quiere solucionar.
- Saber cuáles son los organismos que pueden ayudar a facilitar esta implementación y cuál es el papel de los medios de comunicación.

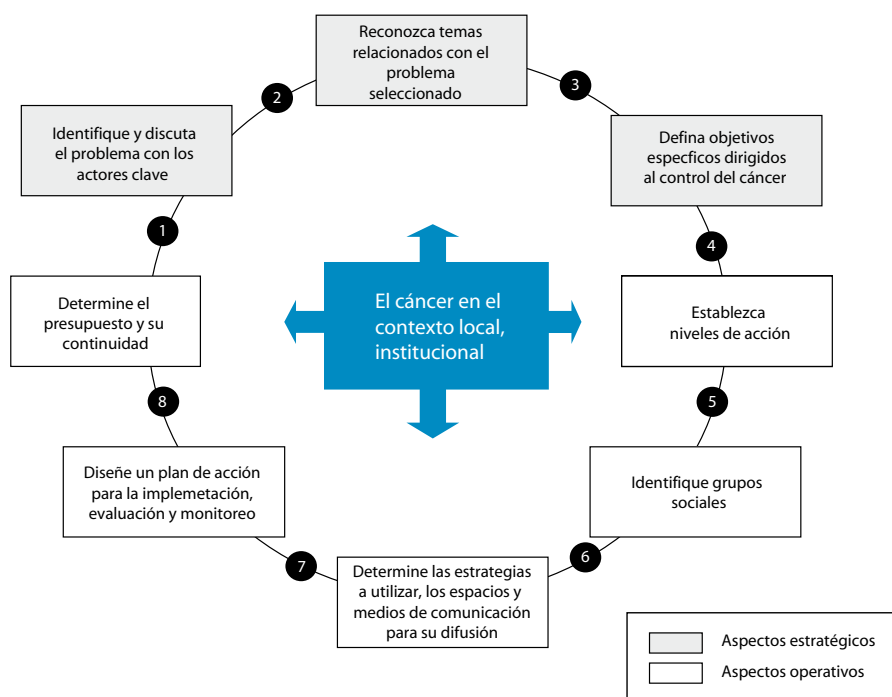
Tenga en cuenta que en muchos casos los programas se conforman sobre iniciativas ya existentes; por tanto, el proceso de análisis no requiere extenderse en el tiempo, sino, todo lo contrario, demanda la buena utilización de la información y recursos disponibles, y, sobre todo, escuchar a los diversos actores sociales y participantes del programa.

2.3 Segundo paso: diseño estratégico y selección de estrategias

El diseño estratégico es un proceso permanente, dinámico y creativo, donde se establece un marco de acción, partiendo de la definición del problema logrado en el primer paso. De allí, debemos comenzar con identificar el lugar que ocupa el cáncer en el contexto local o institucional. Para lograr esto, siga los pasos expresados en la Figura 4.

1. Identifique y discuta el problema con los actores clave. Invite a personas que les interesa el tema, quienes pueden ser aliados en la implementación o toma

Figura 4. Pasos para el diseño y selección de estrategias en el modelo de comunicación educativa para el control del cáncer



de decisiones. Con ellos discuta, reelabore y defina su problema.

2. Reconozca temas relacionados con el problema seleccionado. Como el control del tabaquismo, la promoción de la actividad física, la dieta rica en frutas y verduras, la promoción de estilos de vida saludables, la promoción del autocuidado, del examen clínico de mama, de la toma de la citología cérvico-uterina, o la formación de grupos de ayuda para pacientes con cáncer.
3. Defina objetivos específicos⁴ dirigidos al control del cáncer. Recuerde que estos objetivos deben ser medibles, apropiados, dirigidos, razonables y específicos en el tiempo.
4. Establezca ámbitos de acción. Recuerde que el MCE plantea cinco ámbitos de acción: personal, familiar, interpersonal, local/comunitario y masivo. Las acciones en los ámbitos personal y familiar reconocen las potencialidades que una persona tiene sobre su vida y sobre su círculo cercano; por tanto, están dirigidas a la promoción del autocuidado y el empoderamiento individual. Por medio de la noción de *autocuidado*, entendida como las diferentes medidas que toma una persona para cuidar de sí misma, de su familia o de su entorno inmediato, se busca que la persona genere acciones para el control del cáncer, al evidenciar en la historia personal y familiar las percepciones y trayectorias de riesgo y los itinerarios terapéuticos que se relacionan con las patologías oncológicas. Con el empoderamiento individual se busca que la persona restaure su capacidad para tomar decisiones y tenga confianza en su autonomía para decidir qué medidas debe tomar respecto a su propia salud, la de su familia y la de su grupo social. En los ámbitos interpersonal y local/comunitario se reconocen otros factores determinantes del estado de salud, como factores socioculturales,

médico-sanitarios, ecológicos, político-económicos, demográficos y biológicos (genéticos) (27). Se deben crear acciones que promuevan la participación social en el manejo de la salud, la solución de los problemas relacionados con el control del cáncer y el establecimiento de estrategias para el desarrollo de entornos saludables. El ámbito masivo busca sensibilizar a la población e incidir en la opinión pública. Defina en cuál de estos ámbitos tiene impacto su estrategia.

5. Identifique grupos sociales con los cuales va a trabajar. Con ellos, cualifique y cuantifique los cambios esperados en cuanto a conocimiento, actitudes, habilidades y comportamientos.
6. Determine las estrategias que va a utilizar, los espacios y medios de comunicación para su difusión, como foros, expresiones artísticas y piezas de comunicación, entre otros. Es recomendable combinar medios de comunicación masiva, procesos de intervención comunitaria y comunicación interpersonal, entre familiares, amigos, redes sociales y comunitarias y proveedores de servicios. En la elección de las estrategias debe tener en cuenta los siguientes elementos: reconocimiento de los contextos culturales y su vinculación a la cotidianidad, la subjetividad y los referentes culturales para la apropiación de las piezas y productos de comunicación educativa, así como la identificación de las situaciones en las diferentes realidades y contextos donde tienen lugar. Las actividades y productos deben buscar ser sensibles al género y la edad para explorar y discutir las vivencias, valores, historias y trayectorias de riesgo alrededor del cáncer. Que impacten en los diferentes niveles y permitan, a largo plazo, ser los motores del cambio en la herencia cultural y en los aprendizajes primarios. Para tener más claridad sobre este punto, véase el numeral 4, referido a las estrategias de comunicación educativa para el control del cáncer, de este documento.
7. Diseñe un plan de acción para la implementación, evaluación y seguimiento por medio de la elaboración de un cronograma de trabajo que incluya roles, responsabilidades de los participantes e indicadores,

4 Los objetivos específicos pueden ser: *globales*, que son los grandes fines que se persiguen con la intervención; *principales*, que se establecen según las necesidades de la comunidad; *intermedios*, relacionados con las diferentes concepciones médicas y populares que rodean el cáncer; y *prácticos*, que son las funciones que se van a desarrollar.

la medición de resultados de progreso y evaluación del impacto de las intervenciones. Los indicadores son las señales que permiten comprobar el grado de cumplimiento de los objetivos. Estas señales deben ser establecidas por quienes desarrollan el plan de acción y deben ser comprobables, tanto por parte de las personas del proyecto, como por parte de personas ajenas a él. Los indicadores deben dar cuenta de los cambios y transformaciones que a corto, mediano y largo plazo se den en el tema del control de cáncer, en el *habitus* y en las trayectorias de riesgo.

8. Determine recursos y su continuidad. Establezca qué recursos va a utilizar, de dónde los obtendrá y por cuánto tiempo puede contar con ellos. Tenga en cuenta que la claridad sobre los recursos de los proyectos asegura la sostenibilidad y continuidad de éstos.

Recuerde: todas las acciones encaminadas al control del cáncer deben reconocer: los niveles de empoderamiento individual y comunitario, de participación, de desarrollo de habilidades en los procesos de negociación, acercamiento y consolidación de las redes sociales; los procesos pedagógicos comunitarios, y la capacidad de reflexión crítica. El MCE plantea los siguientes principios para la acción: equidad, negociación de contenido, proceso colaborativo, inclusión crítica, importancia de la acción y responsabilidad mutua. Las acciones desarrolladas deben encaminarse a mantenerlos.

2.4 Tercer paso: desarrollo y pretesteo

Es la prueba y validación donde se evalúa la metodología, los usuarios, la funcionalidad y la viabilidad de las estrategias, junto con el análisis de los resultados. El objetivo principal es demostrar que su diseño funciona de la manera adecuada en los espacios seleccionados y que cumple con los requisitos de su organización. Además, abre la posibilidad de practicar y depurar el proceso de intervención y recibir comentarios acerca del funcionamiento de la estrategia. Para llevar a cabo este paso debe:

- a. **Seleccionar un entorno controlado.** Una vez usted tiene el diseño de la propuesta, debe validarla con

una población; procure que tenga las mismas características que aquella a la cual va a estar dirigida.

- b. **Poner en marcha el diseño realizado en el paso anterior, así:** inicie el proceso pedagógico con una muestra de la población, tenga en cuenta el nivel en el que desee impactar; incorpore las historias de vida de las personas, las acciones y rutinas que conforman la cotidianidad; las condiciones sociales, políticas, económicas y culturales propias de los contextos locales, regionales y nacionales; las políticas públicas existentes, y las posibilidades y limitaciones de las personas y sus contextos.

No olvide seguir las nueve cápsulas de la comunicación eficaz:

1. Captar la atención
2. Clarificar el mensaje
3. Comunicar el beneficio
4. Evitar la repetición/difusión
5. Sorprender al público
6. Enfatizar en la vivencia y la reflexión
7. Capturar con el corazón y la mente
8. Crear confianza
9. Invitar a la acción

- c. **Construya los productos de comunicación educativa.** Es importante tener claro, desde el principio, que cada proceso debe estar acompañado del desarrollo de un posible producto o pieza de comunicación educativa. Por ejemplo, un dibujo, un mural, un escrito o una reflexión, para ser socializado. No olvide conservar el material que resulta de los encuentros, pues éstos van a evidenciar la historia del proceso, sus avances, obstáculos, estancamientos, reflexiones y transformaciones.
- d. **Socialice la estrategia comunicativa,** con el fin de sensibilizar a otros en el propósito de hacer visible el problema del cáncer. Al finalizar el proceso o en el momento en que usted considere necesario hacer público o divulgar los aprendizajes, defina con el grupo qué quieren comunicar y cómo lo quieren hacer.

El fin es generar en las personas ajenas a los procesos espacios de reflexión y posicionamiento en el tema del cáncer; es decir, hacerlo cotidiano. Además, hacer evidente la relación del control del cáncer con el bienestar, la salud integral, el desarrollo local y la construcción de ciudadanía.

- e. **Obtenga comentarios y evalúe los resultados.** Revise los resultados de la aplicación y los problemas, con el fin de hacer correcciones y dimensionar o solventar problemas que se pueden presentar en el momento de la implementación de la estrategia.

Tenga en cuenta estos aspectos al diseñar estrategias de comunicación educativa:

- No vincule el cáncer con la muerte.
- No presente imágenes de fumadores en publicidad antitabaco.
- No olvide hablar de la larga temporalidad y de las trayectorias de riesgo.

2.5 Cuarto paso: implementación y monitoreo

La implementación hace énfasis en la necesidad de redoblar esfuerzos para lograr una participación amplia y permanente de los actores involucrados con las actividades del MCE. El monitoreo propone un seguimiento a los productos esperados y a las actividades, y asegura que éstas se lleven a cabo; en caso de problemas o imprevistos en su implementación, éstos deberán ser solucionados con prontitud.

Algunos indicadores de comunicación educativa son:

- Número de piezas de comunicación educativa.
- Porcentaje de los grupos de interés que recuerda haber visto o escuchado un mensaje específico, que conocen la pieza de comunicación, una práctica o un servicio específico.
- Porcentaje de los públicos con una actitud específica (hacia la pieza de comunicación, la práctica o el servicio) o que creen que su cónyuge, su familia, sus amigos, sus parientes y la comunidad aprueban (o desaprueban) una práctica específica. El público se define con base en aspectos demográficos, como la

edad, el sexo, los ingresos o la clase socioeconómica, sobre hábitos y conductas de salud.

- Porcentaje de los públicos que perciben estar en riesgo a causa de un comportamiento específico, que experimentan una fuerte reacción emotiva y se sensibilizan con las piezas de comunicación educativa.
- Porcentaje de actividades públicas donde las piezas de comunicación educativa son socializadas.
- Número de alianzas o grupos que se crearon en pro del control del riesgo del cáncer.

Este es un proceso que puede quedarse sólo en el contexto local. Sin embargo, sería pertinente poder llevar sus experiencias a otros niveles; por ejemplo, crear lazos con las gobernaciones, para llevar la experiencia y los productos de comunicación educativa a otros municipios o integrarlos a las iniciativas del Ministerio de Protección Social y el Ministerio de Comunicaciones. Es conveniente unirse con la comunidad académica para que estas experiencias lleguen a la comunidad científica, por medio de congresos, ponencias o artículos.

Es fundamental diseñar instrumentos sencillos para recoger la información del proceso de monitoreo; por esto es importante que cada grupo los construya con sus propias herramientas, características y necesidades específicas.

El monitoreo debe estar basado en acciones sistemáticas, continuadas, flexibles y funcionales. *Sistemáticas*, al ceñirse a los puntos establecidos en la planeación; *continuadas*, ya que es vital establecer momentos de análisis y reflexión periódicos, con el fin de seguir el desarrollo de las acciones; *flexibles*, en la adaptabilidad que tengan a los diferentes contextos y a las situaciones conocidas y emergentes que puedan resultar, como las dinámicas, ritmos, temas y problemáticas; *funcionales*, al fijar atención en los aspectos importantes, y registrar la información clara y pertinente para el proceso.

Es importante reconocer que el acercamiento y la planeación no tienen sentido si no se acompañan de una ejecución que debe estar en total sintonía con los principios y el enfoque definidos.

2.6 Quinto paso: evaluación y replanificación

La evaluación propuesta para el MCE es aquella donde se valora la calidad, tanto del proceso como el grado de aprovechamiento alcanzado por las personas que se vinculan al desarrollo de las estrategias, y que resulta de la dinámica del proceso de comunicación y educación para el control del cáncer. De esta manera, se interesa más en saber cómo ocurre el proceso de aprendizaje y cambio. La evaluación puede ser utilizada como una forma de valoración de resultados en relación con los objetivos y metas definidas, o ser dirigida al proceso, a las actividades realizadas, al contexto donde el programa se ejecuta o a los resultados a corto, mediano o largo plazo.

Al realizar la evaluación, es necesario tener en cuenta: ¿cuándo se sigue y evalúa?, ¿para qué se sigue y evalúa?, ¿qué se sigue y evalúa? y ¿quién sigue y evalúa? (28). Cada una de estas preguntas da pie a un tipo específico de evaluación: estructura, proceso y resultado. Es importante situar el nivel desde el cual se van a enfocar las actividades.

Para esto:

- a. **Mida los resultados y evalúe el impacto.** Consiste en identificar los aspectos o dimensiones cruciales o fundamentales de un “programa”, lo que involucra el seguimiento a acciones concretas y resultados por medio de observaciones. En este caso, interesa saber si se han logrado los cambios deseados en cuanto al grado de conocimientos, y cómo éstos han permitido nuevos comportamientos; así, es necesario diferenciar impactos directos o aquellos que se pueden conectar directamente con las actividades lideradas por el MCE, y los impactos indirectos o aquellos que ocurrirán de acuerdo con escenarios de temas más complejos y de decisiones individuales, y no únicamente como respuesta a las actividades del MCE.
- b. **Difunda los resultados.** Es importante que todos los involucrados en el programa estén al tanto del impacto alcanzado, ya sea positivo o no. Compar-

ta estos resultados con todos sus socios, aliados, personas clave, medios de comunicación y agencias patrocinadoras.

- c. **Determine las necesidades futuras.** Los resultados de la evaluación demuestran dónde se hace necesario un seguimiento más cercano y cuáles actividades del programa pueden expandirse en el futuro.
- d. **Revise/rediseñe el programa.** De acuerdo con los resultados obtenidos en la evaluación, analice qué aspectos de la intervención deben conservarse y cuáles se deben cambiar.

Éste es el inicio de un largo proceso, y la idea es que las acciones no terminen cuando se han hecho públicos los productos de comunicación-educativa, sino que se ejerza la ciudadanía de forma real, por medio de la formación de grupos que hagan veeduría, y presionen para el cumplimiento de la normatividad; que se incluya el tema de salud promocional en los planes de desarrollo, entre otros; es decir, que sean útiles para la formulación de *estrategias de niveles múltiples* alrededor del cáncer.

Este proceso debe ser permanente, continuo, para que se vea realmente el cambio; recuerde que éste es a largo plazo. Apóyese en las instituciones especializadas en el tema, como el Instituto Nacional de Cancerología y las ligas seccionales de lucha contra el cáncer.

3. LA COMUNICACIÓN EDUCATIVA EN LOS SERVICIOS DE SALUD

La comunicación educativa en los servicios de salud considera que las instituciones son escenarios protagónicos para las acciones de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, y desempeñan un papel importante para las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad; en parte, por la gran influencia y credibilidad que tienen los funcionarios

de salud⁵, especialmente los de formación médica, en las decisiones de salud de los pacientes y usuarios.

Desde el MCE se pretende romper con la relación lineal que se establece entre el funcionario de salud y los pacientes o usuarios. Este tipo de relación ha comenzado a transformarse, por el amplio desarrollo que ha tenido el principio de la autonomía (29) y el acceso que tienen los usuarios de los servicios, los pacientes y sus familias a diversas fuentes de información, mediante el uso de nuevas tecnologías de información y comunicación (TIC).

Es necesario que, con el fin de desarrollar las acciones para el control del cáncer en los servicios de salud, *todos* los funcionarios de salud, y especialmente el personal médico y paramédico, tengan información sobre las rutas, los procesos y los procedimientos administrativos regidos por el sistema de salud, como son: horarios, tipos de servicios, costos, trámites y demás elementos que pueden facilitar al paciente los objetivos preventivos, diagnósticos y terapéuticos.

Recuerde que la comunicación efectiva entre el funcionario de salud, un paciente y su familia es aquella que disminuye en el paciente la incertidumbre respecto a su situación de salud o de enfermedad, el dolor y el sufrimiento que esto conlleva, y que permite llevar a cabo, de manera negociada y exitosa, un diagnóstico y un tratamiento, en la medida en que logra que el paciente movilice contenidos psicológicos y emocionales y los exteriorice en comportamientos y prácticas (10).

El personal de salud debe asegurarse de que el paciente o usuario comprenda e interiorice los mensajes relacionados con el control del cáncer, de manera que pueda escuchar, discutir y decidir sobre las diferentes

opciones para el cuidado de su salud, diagnóstico y tratamiento. La educación y la comunicación se constituyen como herramientas que buscan reconocer las necesidades de las personas, favorecer la reflexión respecto a los procesos de salud-enfermedad y fomentar la toma de decisiones de manera concertada.

En el próximo punto se mencionan los pasos para lograr una adecuada comunicación educativa en la cotidianidad de los servicios de salud.

3.1 El control del riesgo

El control del riesgo incluye la protección específica, la prevención y la promoción de la salud; por ello, las acciones deben orientarse no sólo a los factores de riesgo, como el tabaquismo y la exposición ocupacional a agentes carcinogénicos, sino también al estímulo de factores protectores no específicos, como la actividad física y una dieta saludable (1).

La asistencia de las personas a los servicios de salud habitualmente está promovida por la aparición de signos y síntomas que generan malestar e impiden a los individuos continuar con sus rutinas (30). Se actúa así bajo un abordaje curativo de la enfermedad, donde la persona acude a las instituciones de salud en busca de un diagnóstico, tratamiento y cura. Con poca frecuencia, las personas acuden a los servicios de salud en ausencia de síntomas, o para consultar el riesgo de enfermar o cambiar hábitos de vida.

En el caso del cáncer, el control del riesgo es particularmente difícil, por su carácter asintomático. En este sentido, el control del riesgo para cáncer debe estar respaldado en una estrategia poblacional que requiere un marco político y legislativo claro y participación de las instituciones y de las personas en diferentes ámbitos: familiares, organizacionales, laborales y sociales, entre otros (1). En los servicios de salud se aplica la perspectiva de alto riesgo, que tiene ciertas ventajas sobre los sujetos que participan, pues se pueden encontrar motivaciones para el cambio de comportamientos de riesgo una vez las personas lo reconocen.

⁵ Cuando usamos la expresión *funcionarios de salud* involucramos a las diferentes personas que se encuentran vinculadas a las instituciones de salud y no exclusivamente el personal médico y paramédico. Se incluye el personal administrativo, de servicios y técnico.

Es necesario involucrar a diferentes profesionales, como médicos y especialistas, odontólogos, enfermeras, auxiliares de enfermería, promotoras, terapistas, vacunadores, entre otros, quienes desempeñan una función central en la comunicación y el control del riesgo a personas que usan los servicios; pero, además, estos funcionarios pueden participar en actividades para el control del riesgo en los ámbitos comunitarios.

3.1.1 Temáticas de trabajo

La prevención del cáncer debe ser un elemento clave en todas las acciones que se impulsen desde los servicios de salud, pues una acción preventiva completa y bien planificada puede evitar, al menos, el 30% de los casos futuros de cáncer (31). Usted puede planificar las acciones para el control del cáncer en relación con los siguientes temas:

- a. **Consumo de cigarrillo.** Estudie el modelo transteórico⁶.
- b. **Sedentarismo.** Estudie los modelos ecológico y contextual para el cambio de comportamiento⁷.
- c. **Consumo de frutas y verduras, cuando es bajo.** Estudie los modelos ecológicos y contextuales para el cambio de comportamiento.
- d. **Comportamientos sexuales de riesgo (promiscuidad y falta de uso de preservativo en parejas inestables).** Estudie los modelos ecológicos y contextuales para el cambio de comportamiento y el modelo cadena de cambios.

En los vínculos presentados en el Anexo 1, usted encontrará información que le puede ser útil en la imple-

mentación de procesos para la toma de decisiones sobre un factor de riesgo para cáncer, punto de inicio de la transformación personal.

3.1.2 Rutas para realizar control del riesgo

Para que usted inicie procesos para el control del riesgo, integre en la relación con el paciente los siguientes elementos:

- a. **Determine el concepto y el enfoque de salud y enfermedad que tiene su paciente.** Intente establecer cuál es la concepción de salud y enfermedad que tiene su paciente. Estudie las diferentes creencias que presenta, y si asocia la enfermedad con la curación, la prevención o la promoción. Discuta sobre el enfoque de salud que tienen las personas y comience a trabajar sobre un concepto que le permita incluir la prevención y no solamente la cura como una estrategia para mantenerse saludable (32).

Recuerde: el control del riesgo se sitúa en la comprensión de la enfermedad y del cáncer como algo controlable, donde cada persona, por medio de sus acciones, va sumando o restando la posibilidad de desarrollarla.

- b. **Establezca la percepción del riesgo de su paciente.** Recuerde que cada grupo social y cada persona selecciona los riesgos que “quiere tener”, para dar coherencia a su forma de vivir y a sus propios valores, e ignora el resto de los posibles eventos nocivos (33). Intente diferenciar los siguientes elementos, con el fin de conocer las percepciones de riesgo de su paciente:
 - **El concepto de riesgo:** identifique qué es el riesgo para su paciente, cuáles son los riesgos según su concepción y qué situaciones, según él, lo acercan o lo alejan del riesgo. Estas tres cuestiones le permitirán un acercamiento a la concepción.

6 Este es un modelo de intervención individual que se fundamenta en la premisa de que el comportamiento es explicable gracias a una dimensión temporal caracterizada por etapas y procesos de cambio. Para ampliar información véase <http://www.uicc.org/fileadmin/guia/03.pdf>.

7 Este modelo supone la progresiva acomodación mutua entre una persona que está en proceso de desarrollo, por un lado, y, por el otro, las propiedades cambiantes de los entornos inmediatos en los que esa persona en desarrollo vive. Para mayor información, véase <http://www.uicc.org/fileadmin/guia/03.pdf>.

- **Tipo y magnitud del daño:** pregunte sobre las consecuencias que trae cada uno de los riesgos a los que se expone su paciente.
- **Voluntariedad de la exposición al riesgo:** una vez identifique los riesgos de su paciente, clasifíquelos y averigüe sobre los motores que lo llevan a asumir una conducta riesgosa. Indague, sobre todo, por los motivos voluntarios, susceptibles de cambio que acentúan las conductas de riesgo. Tenga en cuenta qué tanto participan la familia y los amigos en la conducta riesgosa.
- **La capacidad de control:** averigüe sobre los mecanismos que la persona utiliza para controlar y manejar los riesgos y sus consecuencias.
- **Proximidad en el tiempo:** indague por la valoración que cada paciente proporciona a los riesgos y la distribución de las consecuencias en el tiempo.

Tenga presente que los estados emocionales, como ansiedad y tristeza, pueden desencadenar conductas perjudiciales para la salud, como comer en exceso, beber demasiado alcohol, fumar y aumentar el sedentarismo. Pregúntele a su paciente sobre un posible vínculo entre estos estados anímicos y una conducta de riesgo.

- c. **Indague las justificaciones para mantener un comportamiento de riesgo.** Uno de los aspectos que más han marcado el tema del riesgo es la relación que existe entre la concepción del riesgo y su posibilidad de control. La clase y el entorno social pueden ejercer una notable influencia sobre los hábitos de salud de una persona. Por ejemplo, el grupo de pares puede ser un notable condicionamiento para que los adolescentes comiencen a fumar. El vínculo que une esta relación es el que considera que los riesgos están generalmente relacionados con aspectos placenteros, que están por encima de la prevención y la racionalidad (34). Indague sobre las diferentes justificaciones que cada persona le da al riesgo, con el fin de encontrar una razón de peso sobre un comportamiento para comenzar a actuar.

- d. **Cuestiónese sobre los temores relacionados con los comportamientos de riesgo.** Identifique los miedos que les producen a las personas concepciones como la falta de cuidado, el mantenimiento de conductas riesgosas, la enfermedad y el cáncer. Los temores se relacionan, en gran medida, con las diferentes representaciones ligadas a la cultura acerca de la enfermedad y de los médicos (35). El profesional de la salud puede ayudarle al paciente a redefinir su representación de la enfermedad y los factores y causas asociados a su origen. En los casos en que la persona identifique la existencia de determinadas conductas –como fumar, comer o ingerir alcohol en exceso– u omisiones –como no realizarse citología, mamografía, examen rectal, entre otros–, y esté informada sobre las consecuencias de su trayectoria de riesgo, genere en el paciente la idea de que el cáncer es una enfermedad prevenible y curable, e intente minimizar la asociación cáncer igual a muerte.

- e. **Ubique a los pacientes en alguno de los siguientes momentos de la trayectoria de riesgo:**

- **Indiferencia.** No tienen planificado realizar ningún cambio, bien sea porque no tienen información suficiente, o porque no están convencidos de los beneficios que les aporta un cambio sobre los factores y trayectorias de riesgo, o de su capacidad para llevarlo a cabo (36).
- **Motivación.** La persona tiene incorporado un discurso sobre la prevención. Conoce los factores de riesgo para cáncer y la importancia de tener un estilo de vida saludable. Sin embargo, no logra llevar a la práctica estos discursos.
- **Decisión.** La persona está convencida de que efectivamente va a asumir transformaciones frente a las trayectorias de riesgo para cáncer y está comenzando a realizar pequeños cambios, como disminuir el número de cigarrillos que fuma, considera solicitar a su pareja que use condón, incorpora verduras en su dieta o sube escaleras en lugar de usar el ascensor.

- **Acción.** En esta etapa realmente la persona reconoce el control que tiene sobre la trayectoria de riesgo y activamente pone en práctica los conocimientos que tiene en cuanto al autocuidado y prevención de la enfermedad, y las recomendaciones que recibe en los servicios.
- **Recaída.** En esta etapa la persona no continúa en su papel activo hacia la protección y repite su comportamiento de riesgo.
- **Mantenimiento.** El proceso finaliza cuando en la evaluación usted puede ubicar a su paciente en la autoeficacia de las acciones. En esta etapa no se practica el antiguo comportamiento o es reemplazado por uno nuevo que promueve el mantenimiento de la salud (36).
- **Autonomía.** Algunos riesgos dependen de la persona; otros se comparten con otras personas. Es necesario tener claras las razones por las cuales la persona no se puede adherir parcial o completamente a una transformación en la trayectoria de riesgo.

En esta etapa, usted puede identificar casos, como las adicciones, donde, debido a la complejidad del problema, no puede hacer nada para cambiar la situación. En estos casos busque apoyo en profesionales capacitados y remita a su paciente a donde este especialista.

- f. **Explique los beneficios y riesgos de iniciar procesos de cambio en los comportamientos de riesgo.** Los procesos de cambio son de tipo cognitivo, afectivo, comportamental y experiencial⁸, y están presentes en el cambio del comportamiento (36). Establezca con sus pacientes los comportamientos de riesgo, y elabore con ellos un plan de trayectorias de riesgo, para observar cuáles son los puntos de mayor atención en caso de iniciar un proceso de transformación personal. Finalmente, elabore algunas recomendaciones que pueden ser útiles para la transformación paulatina del riesgo.

- g. **Establezca un diálogo hacia la toma de decisiones de manera concertada.** La toma de decisiones de manera concertada debe ser el eje que facilita los cambios esperados. El proceso de construcción de decisiones se relaciona con el peso relativo que el paciente otorga a pros y contras de cambiar su comportamiento de riesgo.

Establezca mecanismos para incorporar, poco a poco, la noción de control de riesgo y la apropiación de acciones concretas y sostenidas de cambios en las trayectorias de riesgo:

- Determine el factor de riesgo sobre el que se quiere iniciar el cambio de la trayectoria.
- Defina cuáles son los factores clave que influyen en la conducta o el comportamiento.
- Ayude a la persona a definir los recursos personales que son más pertinentes para lograr ese cambio.
- Establezca cuáles son las acciones o actividades específicas que puede tener un efecto sobre los factores clave que influyen en la conducta o comportamiento.
- Concerte acciones concretas relacionadas con el contexto de la persona, es decir, establezca metas posibles de cumplir y que permitan conseguir cambios en la trayectoria de riesgo y, a la vez, transformaciones personales.
- Fije compromisos bilaterales que le permitan seguir los posibles cambios que va asumiendo su paciente.

Tenga en cuenta que la información necesaria para lograr la aceptación de un procedimiento es: (1) Describir la intervención y los objetivos que se persiguen; (2) las molestias y riesgos más significativos por su frecuencia y gravedad; (3) los beneficios esperados en grado aproximado de probabilidad; (4) las alternativas factibles, si las hay; (5) el curso espontáneo que tendría el padecimiento del enfermo y las consecuencias de dejarlo sin tratar; (6) opiniones y recomendaciones del médico (37).

⁸ Se refiere a los aspectos y aprendizajes que se dan a partir de la experiencia, sea ésta personal o transmitida.

3.2 Detección precoz o temprana de cáncer y adherencia a la tamización

La detección temprana del cáncer se basa en el concepto de que el tratamiento es más efectivo cuando la enfermedad se diagnostica en las primeras fases de su historia natural, al inicio de los síntomas o, si es posible, antes del desarrollo de los síntomas, cuando está localizada en el órgano de origen, sin invasión de los tejidos vecinos ni a distancia (38). Existen dos estrategias para la detección temprana del cáncer:

- El diagnóstico temprano o el reconocimiento por el público o los profesionales de la salud de los síntomas y signos tempranos de cáncer, y su rápido tratamiento.
- La *tamización*, que consiste en identificar, dentro de una población sin síntomas, lesiones precancerosas o cánceres no reconocidos, por medio de pruebas que se pueden aplicar con facilidad a toda la población.

En los servicios de salud, las acciones relacionadas con la detección precoz o temprana de cáncer y la adherencia a la tamización suelen estar a cargo de enfermeras, auxiliares de enfermería, médicos y especialistas; por tanto, son los promotores en la comunicación y educación de las personas que usan los servicios y quienes serían los responsables de este componente en los servicios de salud.

3.2.1 Temáticas de trabajo

- Tamización poblacional para detección precoz de cáncer de cuello uterino.
- Tamización oportuna para la detección temprana de cáncer de mama.
- Tamización oportuna para la detección temprana de cáncer de próstata.

3.2.2 Rutas para el diagnóstico precoz o temprano de cáncer y adherencia a la tamización

Recuerde que en la medida en que el cáncer sea detectado y diagnosticado tempranamente hay más posibilidades de un éxito curativo. Por tanto, la promoción

del diagnóstico precoz o temprano y la adherencia a la tamización deben tener presente el concepto de salud-enfermedad de la población. A partir de este conocimiento, es posible sensibilizar a las personas, incluidos los funcionarios de salud de primer nivel, para el desarrollo de actividades concretas dirigidas al control del cáncer desde la prevención secundaria. La base de las actividades debe concentrarse en el uso de estrategias de acción, para promover un diálogo hacia la toma de decisiones de manera concertada. Para llevar a cabo este diagnóstico, es necesario que usted:

- Determine si la persona conoce las pruebas de tamización y si se ha sometido a ellas.** Trabaje con el paciente sobre un concepto de salud que le permita incluir la prevención y no solamente la cura como una estrategia para mantenerse saludable. Recuerde que uno de los indicadores para la no adherencia a la tamización puede ser la falta de conocimiento sobre la utilidad personal de estas pruebas.
- Explore las representaciones que la persona tiene sobre las pruebas.** En muchos casos existe una opinión negativa frente a los exámenes. De la citología se dice que duele, que la mujer es maltratada cuando se somete, que no se necesita si no se tienen relaciones sexuales o si no se tiene pareja. Recuerde que estas percepciones pueden marcar la posibilidad de adherirse o no a las pruebas. Hablar con el paciente acerca de los temores y los mitos ayuda a que éste se sienta apoyado en su proceso y pueda contemplar o acentuar la idea de hacerla.
- Explique los beneficios y riesgos de las pruebas.** Tener claridad sobre qué es una prueba, para qué sirve, cómo se hace, qué riesgos trae, permite que los conocimientos sean llevados a la práctica. Existen, por ejemplo, muchas mujeres que conocen la mamografía, pero no saben que hay un 10% de falsos negativos. La relación percibida entre costo y beneficio que presentan los comportamientos de adherencia requiere que el médico que trabaja en los servicios de salud le imprima más trascendencia al beneficio, en lugar del costo que aporta la adherencia a los procedimientos

de tamización para el cáncer. Como se ha mencionado anteriormente, la intervención basada en la información sobre las consecuencias no necesariamente conduce a prácticas de autocuidado. Las intervenciones dirigidas a resaltar el beneficio de la adherencia a la tamización deben basarse en revisar y fomentar el autoconcepto y la autoestima del paciente. Hable con el paciente sobre la necesidad de mantener su salud, la importancia de asistir a controles médicos y de realizarse exámenes de rutina, y en qué forma piensa mantenerse saludable. Fomente en el paciente procesos reflexivos acerca de su trayectoria de riesgo y cómo ésta puede ser modificada.

d. Ubique a sus pacientes en alguno de los siguientes momentos de la trayectoria de riesgo:

- Desconocimiento: la persona nunca ha oído hablar de la prueba, ni conoce su finalidad.
- Indiferencia: a pesar de reconocer las ventajas de las pruebas, su paciente no muestra interés en realizarlas. En este caso, es necesario iniciar un proceso pedagógico con la persona, con el fin de encontrar una motivación hacia ellas.
- Motivación: su paciente muestra interés en adherirse a las pruebas. Usted puede trabajar con el paciente fomentando el concepto de responsabilidad y autoeficacia⁹. Ayúdele a reconocer su trayectoria de riesgo y la enfermedad de una manera realista; fomente la adherencia a la tamización.
- Acción: el paciente reconoce la importancia del diagnóstico precoz y está dispuesto a realizar las pruebas. Establezca mecanismos para incorporar la adherencia a la tamización por parte de su paciente. Cree compromisos con su paciente y discuta con él o ella los resultados.
- Abandono: no cumple el esquema. Se ha realizado una o algunas pruebas de manera aislada, sin

lograr cumplir con las recomendaciones médicas. Busque a su paciente e intente determinar las causas de no adherirse a un esquema de tamización.

- Mantenimiento: su paciente sostiene el esquema indicado. Establezca motivaciones para continuar el esquema o iniciar la adherencia. Concerte compromisos con su paciente, asegúrese de que su paciente tomó las pruebas; también, confirme la entrega de resultados y la asistencia a controles. No olvide explicar los resultados y estar abierto a dudas sobre el diagnóstico.
 - Dependencia: la persona es incapaz de tomar una decisión frente a la toma de una prueba de tamización, y deja que otros (pareja, familiares, amigos, jefes) tomen la decisión por ellos.
- e. Recomiende un esquema de tamización, e indíquele determinadas prácticas y exigencias que debe tener con su servicios de salud.** Retome las recomendaciones nacionales para la adherencia de los pacientes a los programas de tamización. Recuerde seguir el esquema 1:1:3 para la toma de la citología de cuello uterino; promueva la exigencia de la práctica del examen clínico de mama, la mamografía en mujeres mayores de 50 años y las demás técnicas diagnósticas en la consulta para la mujer.
- f. Inicie un proceso de toma de decisiones concertada frente a la adherencia a las pruebas de diagnóstico temprano.** Establezca con su paciente citas de control, con el fin de lograr la toma de las pruebas de tamización. En caso de que sea un paciente que no asiste con regularidad al servicio de salud, cuestiónelo siempre sobre la adherencia a las pruebas. Dé clara información a su paciente sobre los procedimientos y procesos relacionados con las pruebas de tamización en la institución. Infórmele sobre horarios, recomendaciones para la toma del examen, costos, trámites administrativos y otros datos que usted considere pertinentes.

⁹ La autoeficacia, o la eficacia personal percibida, fue descrita por Bandura como la “creencia de la persona en su habilidad para llevar a cabo o afrontar con éxito una tarea específica”. Las personas que se perciben como autoeficaces activan el esfuerzo necesario para lograr sus objetivos, sienten que tienen el control sobre los acontecimientos y que pueden cambiar aquello que les produce malestar o insatisfacción.

No olvide recomendarle siempre a su paciente que reclame los resultados de las pruebas de tamización.

3.3 Tratamiento del cáncer

El tratamiento del cáncer tiene como finalidad la curación de la persona, la supervivencia libre de enfermedad y el mejoramiento de la calidad de vida del enfermo. La relación médico-paciente, especialmente en los servicios médicos oncológicos, debe basarse en una acción interpersonal que fomente la empatía, la toma de decisiones concertadas y la adherencia a un tratamiento. Incluye, en muchos casos, un trabajo interdisciplinario con la familia¹⁰ del paciente, profesionales de la salud —*especialmente médicos y especialistas*— y profesionales de las ciencias sociales, y la afiliación a grupos de apoyo.

3.3.1 Temáticas de trabajo

- Las representaciones sociales del cáncer.
- El diagnóstico y las fases psicológicas de afrontamiento de la enfermedad.
- Los síntomas físicos y psíquicos relacionados con la enfermedad que generan algún tipo de limitación.
- La comunicación de las diferentes opciones del tratamiento.

3.3.2 El momento del diagnóstico

El diagnóstico de cáncer genera una serie de reacciones psicológicas y emocionales (Anexo 2), relacionadas con el temor a la muerte, la mutilación, el aislamiento, el sufrimiento y el cambio en las actividades y roles cotidianos (32,39). Es importante que el médico y el profesional de la salud se familiaricen y tengan habilidades para disminuir aquellas reacciones que pueden afectar la adherencia al tratamiento; las siguientes rutas pueden apoyar su labor:

a. **Establezca una relación basada en la empatía con el paciente.** Comunicarle al paciente que tiene cáncer requiere, por parte del médico, una actitud de empatía. Inicie por buscar un lugar privado, sin ningún tipo de interrupciones, que permita abrir espacio al diálogo con el paciente y su familia. Es importante disponer de un tiempo mínimo requerido para per-

mitirle al paciente la elaboración emocional de su situación, para preguntas y para despejar sus dudas (40). La noticia del diagnóstico de cáncer debe ser directa, clara, y debe estar diseñada para que anime el diálogo; debe buscar tranquilizar al paciente respecto a la atención y la asistencia permanente (32,39).

En aras de fortalecer la relación médico-paciente por medio de la empatía, es necesario evitar frases de este tipo: “¿cómo se siente?”, “tranquilo que todo va a salir bien”, “sea optimista”, “no debe ponerse triste”. Estas afirmaciones descalifican los sentimientos del paciente, no le permiten percibir que en realidad el médico comprende su situación, e, incluso, pueden hacer que el paciente sienta que sus sentimientos son inadecuados (41).

b. Interprete la realidad del paciente para informarle y determine el impacto del diagnóstico del cáncer.

Ante el diagnóstico de cáncer, el paciente puede presentar una negación inicial, resultado de la incredulidad y confusión de la noticia. En este momento, las intervenciones deben estar enfocadas en resolver asuntos, aclarar la falta de información y trabajar sobre creencias erradas (40). Acérquese a los intereses de su paciente preguntándole:

- ¿Qué le preocupa?
- ¿Qué teme?
- ¿Qué dudas tiene?
- ¿Qué piensa del hecho de tener cáncer?
- ¿Qué quiere conocer de su enfermedad?
- ¿Quién quiere que se entere de su estado de salud?
- ¿Qué creencias asocia y qué explicaciones da a la enfermedad y sus consecuencias?

Al explorar estos interrogantes, usted puede conocer la reacción del paciente frente al cáncer, permitiendo explorar el grado de participación ante las instrucciones del médico y, en general, del tratamiento. En este momento es importante entender su depresión como simple respuesta emocional y adaptativa frente al impacto del diagnóstico, necesarias para el inicio del tratamiento.

¹⁰ El MCE se refiere a un concepto de familia que va más allá de los lazos de parentesco. Involucra al círculo significativo de personas que rodean al paciente y que pueden ser apoyo y responsables del enfermo.

Recuerde que el grado de amenaza que un individuo atribuye a determinada enfermedad se construye de acuerdo con:

- Los síntomas físicos y psíquicos que se manifiestan, y que limitan, en menor o mayor grado, el desempeño.
- La facilidad o dificultad con que estos síntomas remiten frente a determinado tratamiento.
- La representación subjetiva, que consiste en la movilización de temores inconscientes a la muerte, al daño físico, al sufrimiento, a la mutilación y al aislamiento.

En el caso del cáncer y de las enfermedades crónicas, los dos últimos aspectos influyen considerablemente en la dimensión que se le atribuye a la enfermedad, que a su vez se relaciona con la del individuo, la de la familia y la del medio social, donde el cáncer se relaciona con el cambio corporal, la muerte y el sufrimiento (24,32).

c. Inicie la toma de decisiones concertadas frente al tratamiento. El médico debe trabajar en numerosas ocasiones en la exploración de las percepciones cognitivas y afectivas del paciente frente al cáncer y propiciar una comunicación lo más simétrica posible, que les permita al médico y al paciente intercambiar información, y establecer una toma de decisiones concertada frente a los objetivos del tratamiento; por ejemplo, qué tratamiento seguir y cuáles resultados se esperan. Fomente en el paciente una actitud participativa; recuérdale que tiene el derecho de recibir apoyo y buscar ayuda competente.

Genere un proceso de toma de decisiones, donde explique objetivos y beneficios del tratamiento, conteste las preguntas de los pacientes, sea honesto respecto al pronóstico, y, ante todo, respete las visiones y creencias del paciente y su familia.

Tenga en cuenta que fomentar el intercambio de información, donde el médico le ofrece al paciente su conocimiento acerca de la enfermedad y el tratamiento, le permite desahogar sentimientos y despejar dudas, y promueve en el paciente la autonomía, con más y mejores elementos de juicio para tomar decisiones (42).

d. Involucre a las familias en el tratamiento del paciente. La enfermedad plantea una crisis no sólo para las personas que la padecen, sino, también, para sus familiares. La familia puede entrar en un proceso de negación de la enfermedad, minimizar sus consecuencias y buscar otro tipo de respuestas, como consultar diferentes fuentes de información y de perspectivas frente a la enfermedad –espirituales, religiosas, mágicas, entre otras–. Revise, junto con el grupo familiar, las expectativas y temores que se tienen respecto al cáncer e intente fomentar una alianza de trabajo con el paciente.

Defina concertadamente unos objetivos y una toma de decisiones respecto al tratamiento. La intervención del médico con la familia debe basarse en que usted (41):

- Revise cuáles son los mecanismos de afrontamiento cognitivos, emocionales, afectivos y conductuales frente a la enfermedad; es decir, cómo conciben la enfermedad, con qué causas la relacionan, qué magnitud tiene, qué consecuencias esperan, qué temores moviliza y qué se ha hecho al respecto de la enfermedad.
- Establezca una alianza de trabajo con el paciente y la familia, al fomentar el proceso de toma de decisiones concertadas, frente al tipo de conocimiento sobre el tratamiento que se va a llevar a cabo, los objetivos que se esperan con éste y la participación que se requiere por parte de cada uno de los miembros del equipo.
- Fomente un ambiente de diálogo, donde pueda tener cabida la participación de otras personas en el enfrentamiento de la enfermedad, como asistencia a grupos de apoyo, respaldo y apoyo espiritual, entre otros.
- Plantee a la familia que las situaciones de crisis y de enfermedad pueden fortalecer los lazos existentes.

e. Involucre al paciente y su familia en grupos de apoyo. En cualquiera de los grupos etarios en que

se encuentre el paciente, un aspecto que el médico y el personal de salud deben tener presente en la intervención del paciente con cáncer es la participación en grupos de apoyo (32). Para los pacientes y las familias resulta muy beneficioso participar en discusiones sobre los temores, ansiedad e incertidumbre con personas en situacio-

La interacción con el paciente al momento de suministrar el diagnóstico confirmado de cáncer debe integrar tres diferentes perspectivas: cultural, sociológica y ética (43). Para vincularlas, tenemos:

- Verifique, mediante algún mecanismo, que usted y su paciente tienen una misma concepción de enfermedad y de su pronóstico (perspectiva cultural). En caso de que el paciente tenga un diagnóstico de cáncer no invasor, refuerce la idea de que el cáncer no es sinónimo de muerte.
- Disminuya al máximo la incertidumbre y el sufrimiento mediante el suministro de una información con criterio de persona razonable y con un criterio subjetivo. La información debe ser explicada de acuerdo con los pasos que se deben seguir dentro del proceso de diagnóstico.
- Establezca un proceso de negociación y toma de decisiones concertadas basadas en expectativas realistas, para promover la adherencia al tratamiento (39).
- Tenga presente que la autonomía del paciente se traduce en brindarle todos los elementos de juicio necesarios respecto a su enfermedad y el tratamiento; infórmele los resultados que se espera obtener de un tratamiento que puede presentar tanto dolor o malestar.
- Evite en el paciente la frustración que genera tener falsas expectativas, y fomente la decisión de someterse o no a una determinada intervención, en lugar de que sienta que le han ordenado asumir un tratamiento del cual desconoce muchos aspectos y frente al que se encuentra lleno de incertidumbre (42).

nes similares. Estos grupos buscan aumentar el apoyo social y la reducción del malestar emocional, y ayudan a los pacientes a manejar sus reacciones emocionales.

- f. **Proporcione información suficiente del manejo de la enfermedad en los servicios de salud.** Informar al paciente y a la familia acerca de los procedimientos administrativos disminuye significativamente el malestar del paciente y de la familia. Es necesario explicarle los horarios de la institución, los servicios a los que puede acudir en caso de determinada necesidad, y el funcionamiento logístico, en la búsqueda de una alianza de trabajo entre médico y paciente. Identifique y comunique todo el proceso de la red general de servicios.

3.4 El cuidado paliativo

El cuidado paliativo y la rehabilitación buscan ofrecer al paciente una mejor calidad de vida y alivio del dolor en aquellos casos donde el tratamiento no puede ser curativo. Los cuidados paliativos no pretenden retrasar ni adelantar la muerte, sino que constituyen un sistema de apoyo y soporte para el paciente y su familia (44). Al igual que en el tratamiento para cáncer, las acciones desde la comunicación y la educación deben ser lideradas por médicos especialistas y vincular a otros profesionales de las ciencias de la salud, como enfermeras, y de las ciencias sociales.

3.4.1 Temáticas de trabajo

- El abordaje psicosocial.
- Tratamiento de síntomas y control del dolor.
- Manejo integral para mejorar la calidad de vida.

3.4.2 Rutas para trabajar el tema de los cuidados paliativos

La tarea fundamental del médico y de los funcionarios de salud que se ocupan de atender a los enfermos terminales es proporcionar una atención profesional, competente, comprehensiva, mediante un apoyo constante y la promoción del principio de autonomía,

para que los pacientes puedan continuar realizando algunas de las actividades que disfrutaban. El tratamiento paliativo busca controlar los síntomas causados por el cáncer en estado invasor (45). Mediante las diferentes opciones del tratamiento paliativo, el equipo de atención del cáncer hace recomendaciones para el paciente y la familia sobre el afrontamiento del proceso al final de la vida.

El modelo de trabajo en cuidados paliativos es necesariamente el de un equipo interdisciplinario, integrado por profesionales médicos, no médicos y los familiares del paciente (44). Los cuatro puntos esenciales de esta atención consisten en:

- a. Realizar un monitoreo continuo, dada la inmensa variabilidad que presenta el estado funcional del paciente con cáncer en estadios avanzados de la enfermedad (44).
- b. Comunicar de manera efectiva el estado del paciente y contestar a la familia o al paciente las preguntas de la manera más honesta posible (40,44).
- c. Realizar un acercamiento y afrontamiento de las etapas finales de la vida y de la muerte por medio de apoyo psicosocial al paciente y a su familia (44).
- d. Instaurar un tratamiento *específico al paciente*, de acuerdo con sus valores y prioridades, lo que implica integrar consideraciones psicosociales, éticas, culturales y espirituales.

De acuerdo con James Reuler y Donald Girard (43), al médico no sólo le debe preocupar el alivio del dolor al paciente, sino, también, la angustia que *significa* para el enfermo y su familia. Para el primer punto es fundamental la medicación; en el segundo, la comunicación es el medio para su control. Por esta razón es necesario que usted:

- a. **Establezca el nivel de conocimiento que tiene el paciente y su familia respecto al estadio de la enfermedad.** Para iniciar una comunicación alrededor del tratamiento paliativo del cáncer se requiere no sólo identificar síntomas, sino, además, acercarse a sus preocupaciones del modo más específico posible. Indague sobre las siguientes preguntas:

- ¿Qué saben su paciente y su familia sobre el estadio de la enfermedad?
- ¿Qué quieren saber ellos de manera adicional?
- ¿Cuáles son sus temores?
- ¿Han hablado sobre la muerte?

b. **Dé a conocer a su paciente y a la familia el diagnóstico y el pronóstico de la enfermedad.**

“Decir la verdad” se relaciona con la posibilidad de ajustarse a una nueva realidad; es la primera tarea para empezar a actuar. Abandone la relación paternalista de la práctica clínica, donde frecuentemente se mantiene al paciente en una condición pasiva frente a la enfermedad. Facilite al paciente y a su familia interpretar las emociones y conductas del paciente relacionadas con la fase terminal.

El equipo interdisciplinario que trabaja con el paciente puede establecer una alianza con la familia, para promover que ella hable acerca de la percepción que tiene de la situación. El equipo debe procurar hablar con ellos en términos claros acerca del cuidado y pronóstico del cáncer. En ocasiones, la familia puede preferir no hablar con el paciente respecto a su condición, por miedo a sentirse demasiado afectada o a afectar al paciente, y, de la misma manera, el paciente puede tratar de evitar el tema de la enfermedad y de la muerte por temor a agobiar a su familia. Inicie procesos que permitan plantearle a la familia que tanto ellos como el paciente comparten los mismos temores (41).

Aborde el tema de la muerte y fomente catarsis, la expresión de sentimientos y la solución de problemas o de asuntos pendientes que el paciente tenga la necesidad de resolver. Bríndele a la familia la oportunidad de manifestar hasta qué punto necesita la presencia del personal de salud o si requiere espacios de intimidad familiar con el paciente. Mejore los canales de comunicación entre el paciente y su familia o de las personas afectadas por el proceso de la enfermedad y de los tratamientos, teniendo en cuenta los siguientes puntos:

- Conozca los aspectos en los que el paciente pueda mejorar sus condiciones físicas y emocionales, y su calidad de vida.
 - Promueva el diálogo entre el paciente y su familia respecto al proceso de aceptación de la muerte y los preparativos que este proceso implica.
 - Suministre de manera clara las recomendaciones en el manejo domiciliario y cotidiano del paciente.
 - Facilite al paciente la recuperación de vínculos significativos perdidos.
 - Establezca con el paciente y la familia metas alcanzables en el manejo de la situación.
 - Oriente al paciente sobre sus propias reacciones; evite así los sentimientos de culpa y desconcierto.
 - Promueva la colaboración y la rotación de las personas que atenderán al paciente para evitar la claudicación y los efectos secundarios que esto implica.
 - Ayude al paciente y a su familia a reestructurar los roles y la dinámica familiar, debido a los cambios producidos por la evolución de la enfermedad, cuando así lo requieran.
- c. **Tenga claridad sobre qué hacer y qué no hacer en cada momento.** Ponga especial énfasis en la situación clínica de cada paciente, en cuáles son los objetivos razonables de cada tratamiento, y recuerde que, a pesar de tener una limitada expectativa de vida (semanas o meses), siempre será posible ofrecerles un buen tratamiento. Realice un examen clínico atento y riguroso, capaz de develar y prevenir situaciones puntuales que podrían afectar gravemente la calidad de vida del paciente. Para lo anterior, evalúe con el paciente y su familia los siguientes aspectos:
- La posibilidad de someter al paciente a exámenes. Determinar cuáles de éstos tienen una utilidad relativa, en el sentido de que no aportan al tratamiento o son muy costosos.
 - La posibilidad de someter al paciente a ciertos tratamientos o dejar de hacerlos. Esto significa saber guardar el equilibrio y valorar en cada circunstancia cuánto beneficio y perjuicio obtendremos con determinado tratamiento o con determinada abstención terapéutica.
- Propicie un clima de confianza que les permita al paciente y a su familia ventilar sentimientos y expresar emociones.
 - Proteja la esperanza del paciente con una correcta orientación.
 - Fomente en el paciente, en la medida de lo posible, la sensación de control.
 - Contribuya a que el paciente tenga una explicación de los síntomas y los resultados de exámenes en la evolución de la enfermedad.
- d. **Inicie la toma concertada de decisiones frente al control del dolor y la búsqueda de mejores condiciones de calidad de vida para el paciente y su familia.** El estudio de la calidad de vida en los pacientes con cáncer permite obtener resultados sobre el efecto de la enfermedad y el tratamiento en la vida del paciente; por lo tanto, establezca acuerdos para la efectiva asistencia del paciente a los servicios, el fortalecimiento de la relación médico-paciente y la apertura al diálogo, que integre las preferencias del paciente frente a diversas estrategias terapéuticas, y procure elementos para la elección más apropiada.
- e. **Fomente en el paciente y su familia la participación en grupos de apoyo.** Permita que el paciente y su familia hagan parte de redes de apoyo que emplean estrategias comunicativas de educación por pares, la consulta con psicología y psiquiatría, las cuales fomentan el desarrollo de habilidades para la vida y, en algunos casos, de expresión artística, en un entorno psicoterapéutico.
- f. **Promueva la participación del paciente en aquellas actividades que aún es capaz de realizar.** En ocasiones, el paciente no realiza ciertas actividades porque había estado limitado, las había abandonado o la familia se las había restringido por temor. Es fundamental tratar de rescatar el valor del ser sobre el hacer y así ayudar al paciente a conservar y valorar

los logros obtenidos antes en su vida, como forma de mantener su autoestima. Mantener la esperanza con expectativas realizables le da al paciente apoyo y seguridad.

4. ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN EDUCATIVA PARA EL CONTROL DEL CÁNCER

El MCE ha contemplado el desarrollo de unas estrategias para su ejecución. Éstas funcionan en los escenarios definidos por el modelo y van a tener mayor o menor relevancia en los diferentes momentos del proceso del

cáncer. La comunicación desempeña un papel importante, al ofrecer, en estas estrategias, una acción pedagógica y comunicativa que busca fortalecer y desarrollar las capacidades para la acción crítica, concertada y cooperativa frente a los problemas de salud. En la Tabla 1 se enuncian los principales elementos operativos para el desarrollo de acciones que integren las estrategias. Es necesario aclarar que el punto central en la implementación de estas estrategias está en el seguimiento de un proceso y la manera como múltiples actores e instituciones buscan un proyecto común, con el que persiguen un cambio de comportamientos desde la reflexión y el ejercicio personal y colectivo.

Tabla 1. Estrategias de comunicación educativa para el control del cáncer

	Nombre	Definición	Objetivos	Particularidad	Ejemplo	Pasos	Impacto
Ámbito personal	<i>Fortalecimiento de acciones interpersonales</i>	Espacios de encuentro cara a cara, desde la intimidad, subjetividad, empatía, diálogo, intercambio, conocimiento e información.	-Fortalecer encuentros entre funcionarios de salud y pacientes o usuarios. -Desarrollar habilidades para ayudar al paciente y a su familia a enfrentar el dolor, el proceso del duelo y la proximidad a la muerte de una manera digna.	Uso del diálogo como herramienta, al involucrar símbolos que permiten las preguntas y discusiones que difícilmente surgen de talleres o en contacto con la publicidad.	Consulta médica. Consejería personalizada.	-Identifique y optimice los espacios de encuentro. -Realice un ejercicio pedagógico de empatía, apertura de emociones. -Genere controversia para posibilitar los cambios de comportamiento.	Encuentro cara a cara sobre experiencias. Diálogo de saberes. Negociación.
Ámbito familiar e interpersonal	<i>Trabajo corporal</i>	Estrategia que les permite a las personas reflexionar sobre la relación de su cuerpo con diferentes temas cotidianos y de éstos con el cáncer y su posibilidad de control.	-Comprender el cuerpo, su funcionamiento y relación con las trayectorias de riesgo para el cáncer. -Identificar las trayectorias de riesgo para el cáncer.	Posibilita reflexión de la relación cáncer-enfermedad, al apropiarse del tema, por hacerlo más vivencial. Permite interiorizar la noción de autocuidado a la percepción personal de su cuerpo.	Ejercicios y prácticas de reconocimiento, cuidado y valoración corporal, al relacionar el cuerpo con las demás dimensiones: individual, social y cultural.	-Facilitar espacios de reflexión. -Diseñar y aplicar técnicas sobre la relación de los temas con su cuerpo. -Intercambio de conceptos.	Cambio de mentalidad en: la salud, la enfermedad y el cáncer. Dimensionar las trayectorias de riesgo, como producto de su historia personal, evitables en un alto porcentaje.

(Continúa)

Tabla 1. Estrategias de comunicación educativa para el control del cáncer

	Nombre	Definición	Objetivos	Particularidad	Ejemplo	Pasos	Impacto
Ámbito familiar e interpersonal	<i>Educación entre pares</i>	Espacios de diálogo, aprendizaje y cualificación en un tema en particular, entre personas que tienen en común: edad, género, intereses o problemas sociales.	-Formar expertos en el tema. -Generar procesos de multiplicación que permitan: la reflexión, transformación personal y noción de autocuidado en el control del cáncer.	Alto grado de experiencia en el tema. Utilización de un lenguaje y códigos culturales comunes, que facilitan la comprensión y aplicación del tema, la práctica en comportamientos y acciones concretas.	Reuniones grupales, encuentros cara a cara y talleres.	-Selección y formación de los pares. -Proceso pedagógico de los pares para formar a los nuevos en: salud, bienestar y el cáncer como fenómenos integrales.	Presencia permanente de expertos locales en el tema en la comunidad. Anclar los procesos reflexivos en la cotidianidad de las personas vinculadas al proceso.
	<i>Animación sociocultural</i>	Estrategia de participación que busca revivir el contexto social, mediante la experimentación de las vivencias, la reflexión y un proceso de autodefinición continua y de transformación recíproca, al trabajar sobre las potencialidades de las personas.	-Iniciar procesos de transformación individual, colectiva e institucional que favorezcan un enfoque promocional de salud. -Valorizar conocimientos, capacidades y habilidades de personas, al favorecer el intercambio permanente, la construcción de un saber común, de cooperación y solidaridad.	-Favorece el proceso de formación, transformación individual y colectiva por medio del intercambio con el otro. -Movilización de emociones. - Apunta a la movilidad basada en tres conceptos: llevar a las personas a situaciones límite, la confrontación con el otro y la construcción colectiva de los saberes.	Obras de teatro, dramatización del conflicto y trabajo corporal.	- Construir espacios de encuentro con los otros, por medio de dinámicas de conocimientos, intercambio y discusión. - Reconocer vivencias personales, particulares y colectivas desde la academia. -Incentivar la escucha y las preguntas para promover el proceso reflexivo. - Promover “el hacer aprendiendo juntos”, y la expresión de emociones	Crea escenarios donde se promueva la cultura de la salud y bienestar, además de la participación, el trabajo en equipo, la toma de decisiones individuales y colectivas, el proceso reflexivo, el diálogo de saberes y la negociación.

(Continúa)

Tabla 1. Estrategias de comunicación educativa para el control del cáncer

	Nombre	Definición	Objetivos	Particularidad	Ejemplo	Pasos	Impacto
Ámbito familiar e interpersonal	<i>Acciones colectivas de promoción y socialización</i>	Espacios de encuentro masivo, didácticos e interactivos de sensibilización y difusión, por medio de trabajos y productos desarrollados por las personas vinculadas en el proceso.	Construir productos de comunicación educativa derivados del proceso reflexivo y pedagógico, que permitan el posicionamiento del tema en las personas particulares, la transformación personal y la sensibilización del entorno más cercano.	Desarrollo de herramientas de comunicación educativa por parte de los participantes y difusión pública, por medio de una estrategia colectiva cercana.	Festivales, foros, teatro, carnavales, galerías, ferias y fiestas.	-Realizar un proceso pedagógico y reflexivo. -Elaborar herramientas de comunicación educativa. -Discusión y difusión de éstas.	Impacta sobre el entorno social en relación con el tema del control del cáncer y la salud como fenómeno integral.
	<i>Expresiones artísticas</i>	Creación de obras de arte individual y colectiva, donde se apropian las temáticas a la vida cotidiana.	-Convertir los productos resultados de las expresiones artísticas en una herramienta de comunicación educativa. - Generar procesos de apropiación, reflexión y transformación sobre las realidades de la salud, bienestar y cáncer.	Encuentro íntimo: las emociones, los valores morales, encuentro con el cuerpo, lo que permite el encuentro con los otros y la negociación de afectos y de relaciones, y posibilita la mediación.	Literatura, teatro, música, pintura, danza y demás expresiones artísticas.	-Proceso reflexivo sobre: salud, bienestar, enfermedad y cáncer. -Convertirla en un espacio de socialización y difusión.	Uso de manifestaciones artísticas, como mecanismo individual y colectivo de apropiación y reflexión sobre las dimensiones de la salud, el bienestar y el cáncer.

(Continúa)

Tabla 1. Estrategias de comunicación educativa para el control del cáncer

	Nombre	Definición	Objetivos	Particularidad	Ejemplo	Pasos	Impacto
Ámbito familiar e interpersonal	<i>Desarrollo de habilidades para la vida</i>	Mecanismos para desarrollar conocimiento, valores, actitudes, comportamientos, para hacer frente a riesgos, toma de decisiones, situaciones de emergencia y estrategias de supervivencia, y para afrontar la vida individual, social, laboral y profesional, de forma que permita manejar las demandas de la vida cotidiana.	-Promover el desarrollo de habilidades personales y familiares para el control del cáncer.	Desarrollan habilidades personales para la promoción de la salud y las prácticas de autocuidado, y para enfrentar exitosamente los desafíos de una enfermedad como el cáncer, sobre todo en el tratamiento, la rehabilitación y el manejo del dolor.	Desarrollo de la comunicación efectiva y la escucha activa, el conocimiento de sí mismo, la empatía, la resolución de problemas y la toma de decisiones.	-Reconocer al grupo de manera integral y sus trayectorias de riesgo, con el fin de identificar las habilidades de enfoque promocional. -Establecer metodologías de aprendizaje.	Construye habilidades emocionales, cognitivas, sociales y comunicativas para el ejercicio de un enfoque promocional dentro del ejercicio de la ciudadanía y su entorno al control del cáncer.
Ámbitos local y comunitario	<i>Investigación, acción y participación</i>	Procesos de comprensión de contextos, situaciones y problemáticas, desde la perspectiva de los mismos actores, por medio de la apropiación de metodologías pertinentes y eficaces.	-Comprender las realidades locales, en relación con: salud, enfermedad, bienestar y cáncer. -Brindar elementos para desarrollar habilidades y técnicas para la comprensión y entendimiento de su contexto, de sus situaciones y de sus problemáticas.	Profundizar en aspectos sociales, culturales, económicos, epidemiológicos, políticos, históricos y contextuales, que ayuden a una mejor comprensión de la salud, de la enfermedad, del bienestar, del cáncer y del autocuidado.	Uso de las herramientas de la investigación social (aproximaciones cualitativas y cuantitativas) y la comunicación educativa como método de abordaje.	-Plantearse una pregunta de investigación. -Uso de herramientas de investigación participativa y creativa. -Socializar y discutir los resultados.	Generar procesos investigativos que evidencien las realidades locales y los temas trabajados desde la investigación en comunicación y educación para la salud.

(Continúa)

Tabla 1. Estrategias de comunicación educativa para el control del cáncer

	Nombre	Definición	Objetivos	Particularidad	Ejemplo	Pasos	Impacto
Ámbitos local y comunitario	<i>Resignificación de los espacios físicos de los servicios</i>	Estrategia estética para transformar los espacios físicos en verdaderos espacios de diálogo.	Comprender la arquitectura y la estructura física de los servicios como un medio de comunicación para la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y el control del cáncer.	Infraestructuras modificadas para la estructuración de espacios de comunicación y de ambientes propicios para el encuentro, el buen ánimo, la tranquilidad, la invitación y la seducción.	Cambio de apariencia física en los servicios de salud.	-Sensibilizar a los funcionarios de salud para que promuevan, permitan cambios y adecuaciones estéticas en la infraestructura. -Pensar en los usuarios y sus necesidades, de acuerdo con el tipo de servicio, género, edad e intereses.	Adecuar físicamente los lugares para la transformación de las lógicas sociales y las maneras de actuar de las personas.
Ámbitos local, comunitario y masivo	<i>Innovación tecnológica (TIC)</i>	Productos de comunicación educativa que promuevan la interacción y el autoaprendizaje. Acceso ágil y autónomo, información científica y "amable".	-Incentivar los desarrollos científicos y tecnológicos, para generar nuevos medios y alternativos de producción, circulación y consumo cultural. -Organizar y socializar los temas del control por estrategias interactivas.	El autoaprendizaje y la interactividad, elementos clave ligados a la posibilidad de la autonomía educativa/ pedagógica y del desarrollo de la creatividad como manera de relacionarse con el mundo.	-Producción de CD, casetes, bibliotecas o centros de información móviles y virtuales, cabinas públicas de educación, telecasitas o telechozas, kioscos de información, entre otros.	-Reconocimiento de la diversidad cultural. -Integración de inquietudes, temas. -Garantizar la duración de las estrategias en un marco apropiado y efectivo en aspectos legales, institucionales y administrativos.	Buscar que las TIC logren reforzar y complementar los procesos en el control del cáncer iniciados por medio de las estrategias personales, comunitarias y locales.

(Continúa)

Tabla 1. Estrategias de comunicación educativa para el control del cáncer

	Nombre	Definición	Objetivos	Particularidad	Ejemplo	Pasos	Impacto
Ámbitos local, comunitario y masivo	<i>Educación continuada¹¹</i>	Son espacios para la promoción de procesos pedagógicos continuos que respondan a las necesidades actuales de los servicios.	Diseñar y desarrollar un programa de educación continuada para la cualificación del conocimiento y experticia en control del cáncer, dirigido a: médicos patólogos, citotecnólogos, médicos generales, bacteriólogos y auxiliares de enfermería.	-Homologar criterios de diagnóstico y la utilización de una terminología unificada para el manejo de la patología oncológica. -Integración de herramientas comunicativas y pedagógicas en el manejo del paciente con cáncer y su familia.	Procesos pedagógicos ofrecidos por INC (cursos, talleres, seminarios, foros, coloquios, jornadas de discusión entre otros).	-Difusión de convocatorias a los procesos pedagógicos por parte del INC. -Participación en actividades propuestas por el INC. -Integración de conocimientos adquiridos a la práctica diaria.	-Actualización y cualificación de profesionales por oferta de los programas de educación continuada -Mejores condiciones diagnósticas y terapéuticas, mejor relación médico-paciente.
	<i>Medios de comunicación: Masivos locales y alternativos</i>	Herramientas para difusión masiva de problemas y oportunidades, en las acciones para control del cáncer, cambio del hábitus y de las trayectorias de riesgo.	-Posicionar el tema de la adquisición de prácticas saludables. -Transformar las representaciones sociales.	-Considerar la educación y la comunicación como mecanismos que permiten proponer, retomar, reproducir, mantener, reparar, legitimar y transformar las realidades. -Fortalecer el tema del cáncer en la agenda pública y la apertura del control del cáncer a la luz pública.	Radio, prensa, televisión, murales, grafitis, impresos (carteles, cartas, volantes, afiches), perifoneo, entre otros.	-Constituir equipos de trabajo para la producción de piezas masivas y alternativas. -Diseño y ejecución de estrategias. -Difusión de los productos y piezas de comunicación.	-Fortalecer las capacidades expresivas y de liderazgo. -Posicionar el tema en la cotidianidad de las personas, grupos e instituciones.

11 Esta estrategia se articula con el artículo 10, ítem 2, de la Resolución 0425 del 11 de febrero de 2008, del Ministerio de la Protección Social, donde expone que “se deberán desarrollar acciones de planificación, inducción, desarrollo, seguimiento y evaluación de habilidades, competencias y conocimiento del recurso humano responsable”, y de la Ley de Talento Humano en Salud, consignada en la Ley 1164 del 3 de octubre de 2007, que tiene por objeto establecer las disposiciones relacionadas con los procesos de planeación, formación, vigilancia y control del ejercicio, desempeño y ética del talento humano del área de la salud.

5. ANEXOS

**Anexo 1. Vínculos para la implementación de procesos
en la toma de decisiones para el control del riesgo de cáncer**

Factor de riesgo	Vínculos
Consumo de cigarrillo	https://cissecure.nci.nih.gov/ncipubs/searchResults.asp?subject2=Tobacco%2FSmoking http://www.cdc.gov/spanish/tabaco.htm http://www.uicc.org/index.php?id=511 www.tobaccoacademy.org http://www.uicc.org/index.php?id=1302&L=0%2Fsupplement_rami.html http://www.who.int/topics/smoking/es/ http://www.uicc.org/fileadmin/guia/05.pdf
Consumo de alcohol	http://www.cdc.gov/spanish/alcohol.html http://www.uicc.org/fileadmin/guia/07.pdf www.paho.org/Spanish/DD/PUB/jovenes-lu.pdf
Actividad física	http://www.cdc.gov/nccdphp/dnpa/physical/health_professionals/index.htm http://aom.americaonthemove.org/atf/cf/%7BD3A6E3AA-23BA-4969-BE69-8BB617EE0E0A%7D/publicaciones%20updated%2012.15.2006_1.pdf
Bajo consumo de frutas y verduras	https://cissecure.nci.nih.gov/ncipubs/searchResults.asp?subject2=Nutrition http://www.cdc.gov/nccdphp/dnpa/physical/health_professionals/index.htm http://www.cdc.gov/nccdphp/dnpa/nutrition/nutrition_for_everyone/fruits_vegetables/index.htm www.fao.org/DOCREP/006/W0073S/w0073s16.htm www.bvssan.incap.org.gt/bvs_incap/E/conf/alime/Acepta.pdf www.bvssan.incap.org.gt/bvs_incap/E/publica/notas/notatec25.pdf www.eufic.org/.../salud-estilo-de-vida/eleccion-alimento/artid/obstaculos-habitos-alimentarios-estilo-vida/ http://www.uicc.org/fileadmin/guia/06.pdf www.nutreymuevetuvida.uady.mx/articulos/articulos.php?id=357
Comportamientos sexuales de riesgo	http://www.uicc.org/fileadmin/guia/10.pdf
Factores de riesgo para cáncer	http://www.cancer.gov.co http://www.cdc.gov/spanish/indice.htm http://www.cdc.gov/brfss/questionnaires/pdf-ques/q2004cspan.pdf http://www.yourdiseaserisk.harvard.edu/hccpquiz.pl?lang=spanish&func=home&page=cancer_index http://www.uicc.org/index.php?id=1143&L=0%2Fsupplement_rami.html http://www.uicc.org/fileadmin/guia/03.pdf

Anexo 2. Respuestas emocionales frente al cáncer

Dentro de las reacciones emocionales esperables de un paciente frente a una enfermedad como el cáncer se encuentran: la negación, la incapacidad para aceptar el diagnóstico o el tratamiento, esperanzas irrealistas de milagros o preguntas persistentes como por qué no se produce mejoría; a veces, ansiedad extrema próxima al pánico y temores inespecíficos acerca de la muerte; ambivalencia y culpa. Estas reacciones han sido descritas en las etapas del duelo, que consisten en: negación, ira, negociación, depresión y aceptación (41,14).

- **Negación:** cuando se le comunica a una persona que tiene cáncer, la primera reacción suele ser de aturdimiento y rechazo al diagnóstico o el pronóstico (32). La negación es usualmente inevitable; por tanto, el médico puede ayudar al paciente a aclarar la naturaleza de su condición. Debe usar los términos precisos cuando la enfermedad es terminal o existen muy pocas posibilidades de curación y sobrevivir ayuda a superar la etapa de negación.
- **Ira:** en esta etapa los pacientes se sienten frustrados, irritables y ofuscados por estar enfermos, la pregunta que predomina es *¿por qué a mí?* Esta pregunta se acompaña de rabia contra Dios, su destino, algún miembro de su familia, por sólo mencionar algunos. El tratamiento de la rabia de los pacientes implica comprender que ésta no puede tomarse como nada personal, y suele disminuir si los tratantes del paciente no se enfrentan a ella con respuestas defensivas. Señalarle al paciente que la labor del médico o del personal de enfermería consiste en aliviarlo hasta donde sus capacidades les permitan ayuda a neutralizar la rabia, y aclara al paciente el rol del médico y del enfermero.
- **Negociación:** el médico debe trabajar con el paciente el concepto de la *alianza terapéutica*, y enfatizar en que para lograr algún resultado se requiere compromiso por parte tanto del profesional como del enfermo. El médico y el personal de salud deben

transmitirle al paciente que será tratado de la mejor forma, hasta donde las posibilidades lo permitan y que harán todo lo que esté en sus manos para aliviar su situación, con independencia de la conducta o de cualquier otra acción que lleve a cabo; esto ayuda a aclarar al paciente y al médico que la labor de este último es limitada, que no tiene todo bajo control y que no tiene capacidades que van más allá de lo que la realidad permite. Es necesario aceptar las creencias de los pacientes, mientras no pongan en riesgo su condición, pues éstas le ayudarán con su enfermedad, y ayudarán a fortalecer la relación médico-paciente (40).

- **Depresión:** la depresión usualmente aparece cuando el paciente siente cambios fuertes en su vida. Vivencias como la pérdida del trabajo, apuros económicos, soledad y aislamiento de amigos y familiares, y la cercanía a la muerte son las condiciones más comunes que llevan al paciente a una condición de crisis (32). En esta fase, los pacientes muestran claros síntomas, como abandono de sí mismos, al mostrar casi ninguna preocupación por su bienestar, retardo psicomotor, problemas de sueño, desesperanza e ideas suicidas (14,41). Usted debe permitirle al paciente hablar de sus síntomas depresivos, y sugerir el apoyo de otro profesional, como un psicólogo o psiquiatra, con quien pueda elaborar sus sentimientos y pensamientos.
- **Aceptación:** se considera como la fase final de resolución de un duelo. El paciente es consciente de lo irreversible de su condición y acepta que próximamente vendrá el desenlace (21). Si durante las etapas anteriores el paciente esperaba del médico contención y tranquilidad, durante esta etapa el paciente valora ampliamente la competencia del médico para aliviar el sufrimiento, por ejemplo, la destreza de formular el tratamiento indicado para aliviar el dolor, y la capacidad para enfrentarse al tema de la muerte (14,41).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Murillo R, Quintero A, Piñeros M, Bravo M, Cendales R, Wiesner C, et al. Modelo para el control del cáncer en Colombia. Bogotá: Instituto Nacional de Cancerología; 2006.
2. Wiesner C, Cortés C, Nieto JM. Modelo de comunicación educativa para el control del cáncer en Colombia. Bogotá: Ministerio de la Protección Social, Instituto Nacional de Cancerología; 2007.
3. Congreso de Colombia. Ley 715 de 2001 por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros. Diario Oficial. 2001;137(44654).
4. Congreso de Colombia. Ley 1122 de 2007 por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial. 2007;142(46506).
5. Stepien KA, Baernstein A. Educating for empathy: a review. *J Gen Intern Med*. 2006;21(5):524-30.
6. NY/NJ AIDS Education and Training Center. Module 5 [citado: 30 de junio de 2008]. URL disponible en: <http://www.nynjaetc.org/curriculum/Buildking%20Bridges%20Module%20V%20Trainer.doc>.
7. Baillie L, Bassett-Smith J, Broughton S. Using communicative action in the primary prevention of cancer. *Health Educ Behav*. 2000;27(4):442-53.
8. Torrico-Linares E, Santín-Vilariño C, Andrés-Villas M, Menéndez S, López-López MJ. El modelo ecológico de Bronfenbrenner como marco teórico de la psicooncología. *Anales de psicología*. 2002;18(1):45-59.
9. Watzlawick P, Bavelas JB, Jackson DD. Algunos axiomas exploratorios en la comunicación. En: Watzlawick P, Bavelas JB, Jackson DD. Teoría de la comunicación humana: interacciones, patologías y paradojas. 4a ed. Barcelona: Herder; 1985. pp. 49-71.
10. National Health and Medical Research Council. Making decisions about tests and treatments: principles for better communication between healthcare consumers and healthcare professionals. Canberra: Commonwealth of Australia; 2006.
11. Beach MC. What is patient-centered communication? In: American Medical Association. Improving communication—improving care: how effective care organizations can ensure effective, patient-centered communication with people from diverse populations. Washington: Ethical Force Program, American Medical Association; 2006. p. 99-102.
12. Jarosch J, Allhoff F. Ethics and patient-centered communication. In: American Medical Association. Improving communication—improving care: how effective care organizations can ensure effective, patient-centered communication with people from diverse populations. Washington: Ethical Force Program, American Medical Association; 2006. p. 103-8.
13. Jepson RG, Hewison J, Thompson AG, Weller D. How should we measure informed choice?: the case of cancer screening. *J Med Ethics*. 2005;31(4):192-6.
14. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. La relación médico-paciente y técnicas de entrevista. En: Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. Sinopsis de psiquiatría: ciencias de la conducta, psiquiatría clínica. 7a ed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 1996. pp. 37-56.
15. Brainsky S. Manual de psicología y psicopatología dinámicas: fundamentos de psicoanálisis. Bogotá: Carlos Valencia Editores; 1986.

16. Gruskin S, Tarantola D. Health and human rights. In: Detels R, McEwan J, Beaglehole R, Tanaka H, editors. *The Oxford textbook on public health*. 4th ed. Oxford: Oxford University Press; 2001. p. 311-35.
17. Pérez-Luño AE. *Derechos humanos, estado de derecho y constitución*. Madrid: Tecnos; 2003.
18. Velandia-Mora MA, Conversa L. *La brújula y el viajero. Jóvenes re-corridos: cuerpos con paisaje*. Bogotá: OIM, Proyecto Fondo Mundial en Colombia; 2005.
19. Ballesteros EB. *Políticas de juventud en América Latina: evaluación y diseño: análisis de casos nacionales en países de la región andina*. Lima: Organización Internacional del Trabajo; 1995 [citado: 23 de mayo de 2008]. URL disponible en: <http://www.ilo.org/public/spanish/region/ampro/cinterfor/temas/youth/doc/not/libro57/libro57.pdf>.
20. Pérez-Duarte A. Una lectura de los derechos sexuales y reproductivos desde la perspectiva de género: panorama internacional entre 1994 y 2001. *Boletín Mexicano de Derecho Comparado* [en línea]. 2002;105:1001-27 [citado: 23 de mayo de 2008]. URL disponible en: <http://www.ejournal.unam.mx/bmd/bolmex105/BMD10509.pdf>.
21. Herzlich C, Pierret J. *Illness and self in society*. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 1987.
22. Alianza para la Comunicación en Salud. *El nuevo Proceso P: pasos en comunicación estratégica*. Baltimore: Centro para Programas de Comunicación de la Facultad de Salud Pública Bloomberg de la Universidad Johns Hopkins; 2003 [citado: 23 de mayo de 2008]. URL disponible en: http://www.hcpartnership.org/Publications/P-Process_sp.pdf.
23. Abaunza H. *Juntos decidimos cuando*. Nicaragua: Desafíos, Fundación para el Desarrollo de la Juventud; 1997 [citado: 23 de mayo de 2008]. URL disponible en: <http://www.comminit.com/la/evaluacion/Evaluacion2005/evaluacion-128.html>.
24. Hahn RA, Harris KW. *Anthropology in public health: bridging differences in culture and society*. New York: Oxford University Press; 1999.
25. Slama K. Health behaviour and change. In: *International Union Against Cancer (UICC). Evidence-based cancer prevention: strategies for NGOs: a UICC handbook for Europe*. Geneva: UICC; 2004. p. 47-60.
26. Strauss A. Investigación sobre las enfermedades crónicas y su manejo. En De la Cuesta Benjumea C. *Salud y enfermedad: lecturas básicas en sociología de la medicina*. Medellín: Universidad de Antioquia; 1999. p. 279-300.
27. Marmot MG, Wilkinson RG. *Social determinants of health*. New York: Oxford University Press; 1999.
28. Roth-Deubel AN. *Políticas públicas: formulación, implementación y evaluación*. Bogotá: Aurora; 2004.
29. Gracia D. *Profesión médica, investigación y justicia sanitaria*. Bogotá: El Buho; 1998.
30. Rubio-Sánchez JL, López-Fernández M. Aspectos psicológicos del hombre en la enfermedad. En: Ridruejo P, Medina A, Rubio JL, editores. *Psicología médica*. Madrid: McGraw Hill, Interamericana de España; 1997. p. 477-90.
31. Organización Mundial de la Salud (OMS). *Programas nacionales de lucha contra el cáncer: directrices sobre política y gestión*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1995.
32. Fawzy FI, Greenberg DB. Oncology. En: Rundell JR, Wise MG, editors. *Essentials of consultation-liaison psychiatry: based on the American Psychiatric Press textbook of consultation-liaison psychiatry*. Washington: American Psychiatric Press; 1999. p. 351-64.
33. Douglas M. *La aceptabilidad del riesgo según la ciencias sociales*. Barcelona: Paidós Estudio; 1996.
34. Wiesner C, Cortés C, Pavajeau C, Leal MC, Tovar S. *Habitus y trayectorias de riesgo: ejes articuladores en la comunicación educativa para el control*

- del cáncer: el caso de Patio Bonito, Bogotá. *Rev Colomb Cancerol*. 2006;10(3):155-69.
35. Bates R. El sutil arte de entender a los pacientes. Medellín: Ediciones PLM; 1974.
 36. Cabrera G. El modelo transteórico del comportamiento en salud. *Rev Fac Nal Salud Publica*. 2000;18(2):129-38.
 37. Sánchez-González MA. El consentimiento informado: un derecho del enfermo y una forma distinta de tomar las decisiones. Cuadernos del programa regional de bioética. 1996;2:77-92.
 38. Segnan N, Armaroli P, Sancho-Garnier H, Ruiz de Campos L. Detección temprana. En: International Union Against Cancer (UICC). Prevención del cáncer. estrategias basadas en la evidencia. Ginebra: International Union Against Cancer; 2006. p. 220-39.
 39. Fallowfield L, Jenkins V. Communicating sad, bad, and difficult news in medicine. *Lancet*. 2004;363(9405):312-9.
 40. Kimball CP. The biopsychosocial approach to the patient. Baltimore: Williams and Wilkins; 1981.
 41. Weisman AD. Cómo afrontar la enfermedad. En: Cassem NH, Stern TA, Rosenbaum JF, Jellinek MS, editores. Massachusetts General Hospital manual de psiquiatría en hospitales generales. 4a ed. Madrid: Harcourt Brace; 1998. p. 25-35.
 42. Beauchamp TL, McCullough LB. Ética médica: las responsabilidades morales de los médicos. Barcelona: Labor; 1987.
 43. Burkhalter JE, Bromberg SR. La relación médico-paciente-familia facilita el tratamiento oncológico. *Cancer Invest*. 2003;21(6):915-23.
 44. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Cuidados paliativos: guías para el manejo clínico [citado: 23 de mayo de 2008]. URL disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/palliative-care.pdf>.
 45. National Comprehensive Cancer Network (NCCN), American Cancer Society (ACS). Cáncer avanzado y atención paliativa: guías de tratamiento para los pacientes [citado: 23 de mayo de 2008]. URL disponible en: http://www.nccn.org/patients/patient_gls/_spanish/_palliative/1_introduction.asp#what.

ISBN: 978-958-98496-5-1



9 789589 849651



Libertad y Orden
Ministerio de la Protección Social
República de Colombia



MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA, E.S.E.