



**Universidad Católica Andrés Bello**  
**Facultad de Humanidades y Educación**  
**Escuela de Comunicación Social**  
**Mención: Periodismo Impreso**  
**Trabajo de grado**

**Campaña informativa de apoyo general para pacientes femeninas con cáncer de mama**

**Tutora:** Montes de Oca, Acianela

**Tesistas:** Acuña, Xiomara  
Osechas, Karina

Caracas, septiembre de 2006

A mi mamá,  
quien siempre estará conmigo  
en todas y cada una de  
las cosas que haga.  
Esta tesis lo confirma.  
**Carolina**

A mis pacientes,  
quienes me han llenado  
de bendiciones cada día,  
y me han hecho sentir  
lo importante que es mi apoyo  
para su bienestar  
**Karina**

## **Agradecimientos**

A las verdaderas protagonistas de esta tesis: las pacientes y sus familiares, especialmente Gerónima Calderón y su hija Rina, Janeth Galvis, Josefina Guía, Jenny Rojas, María Alejandra Tellería e Ingrid de Borges. Con ustedes aprendimos que el recurso humano es lo más valioso que tiene el periodista.

Al personal del Servicio de Radioterapia, Oncología y Medicina Nuclear del Hospital Universitario de Caracas, sobre todo a las doctoras Thais Morella Rebolledo, Pilar Sempere, María Alejandra Carvallo y Susana Urbani. Gracias por su apoyo, paciencia e interés en esta tesis de grado. A Thais Duarte, por su valiosa colaboración en el levantamiento de las estadísticas del Servicio, y a José Antonio Frías, pasante de psicología del servicio de radioterapia del HUC, por sus acertadas recomendaciones en el ámbito psicológico.

A Emilia Briceño, trabajadora social del Servicio de Oncología, Quimioterapia y Hematología de la Universidad Central de Venezuela, por su apoyo a esta investigación.

A los doctores Alberto Contreras, Delia Fuentes y Mónica Carrillo, por sus valiosos aportes al capítulo médico de esta tesis.

A los profesores Acianela Montes de Oca —nuestra tutora—, Jorge Ezenarro, Caroline de Oteyza y Tiziana Polesel, por ser nuestros guías en este proyecto.

A nuestras amigas, Ana Gabriela Verde y Luz Marina García, por su colaboración e interés en la propuesta creativa de esta tesis.

A Luis Carlos Niemtschik y Víctor Rojas —nuestras parejas—, por su apoyo incondicional.

¡A todos muchísimas gracias. Esta tesis tiene un pedacito de cada uno de ustedes!

## ÍNDICE GENERAL

	<b>Pág.</b>
INTRODUCCIÓN	7
I. MARCO CONTEXTUAL	9
I.1 COMUNICACIÓN Y SALUD	9
I.1.1. Salud como concepto	9
I.1.2. Comunicación e información en salud	11
I.1.3. Promoción y comunicación en salud	16
I.1.4. El porqué de los errores de las campañas en salud	19
I.2. CÁNCER DE MAMA	24
I.2.1. Cáncer	25
I. 2.2. Factores de riesgo	27
I. 2.3. Localizaciones más comunes	28
I. 2.4. Características del cáncer de mama que son comunes a todo tipo de cáncer	29
I. 2.5. Clasificación por etapas	30
I. 2.6. Evolución clínica	30
I.3. REALIDAD SOCIAL VENEZOLANA EN SALUD	32
I.3.1. Cáncer de mama en Venezuela	32
I.3.2. Mitos sobre la enfermedad	33
I.3.3. Marco jurídico nacional	36
I.3.4. Fundaciones de apoyo	40
II. MARCO METODOLÓGICO	44
II.1. El tema	44
II. 1.1. Establecimiento de los objetivos	45
II. 1.1.1. Objetivo general	45
II. 1.1.2. Objetivos específicos	45
II. 2. Determinación del tipo de investigación	46
II. 3. Diseño de la investigación	46
II. 4. Búsqueda de información secundaria	46
II. 5. Elaboración de instrumentos para la recolección de Información en cada unidad de análisis	47
II.5.1. Definición de la población de interés	47
II.5.2. Método de recolección de datos	47
II.5.3. Escogencia del marco de muestra	48
II.5.4. Selección del método de muestreo	48
II.5.5. Determinación del tamaño de la muestra	48
II 5.6. Elección de elementos de la muestra	49
II.6. Selección de entrevistados	50
II.7. Diseño de muestra de encuestados	51
II.7.1. Encuestas para pacientes femeninas con cáncer de mama	51
II.7.2. Encuestas para familiares y allegados de pacientes femeninas con cáncer de mama	53

II.7.3. Justificación de cada ítem	55
de mama	
II. 7.3.1. En la encuesta para pacientes femeninas con cáncer	55
II. 7.3.2. En la encuesta para familiares y allegados de	56
pacientes femeninas con cáncer de mama	
II.7.4. Validación con expertos que evalúen la guía de entrevista y	57
cuestionario	
III. RESULTADOS	58
III.1 Encuesta para pacientes femeninas con cáncer de mama	59
III.2 Encuesta para familiares y allegados de pacientes femeninas con	63
cáncer de mama	
III.3 Análisis	73
III.4 Conclusiones del análisis	76
IV. ESTRATEGIA	79
V. PLANIFICACIÓN DE LA CAMPAÑA	91
V.1. Duración de la campaña	92
V.2 Evaluación de la campaña	93
V.3 Costo de la campaña	95
V.4 Discriminación de costos por recursos	97
V.5 Variaciones del presupuesto general estimado de campaña	99
V.6 Artes finales	99
CONCLUSIONES	104
RECOMENDACIONES	107
BIBLIOGRAFÍA	110
ANEXOS	118

## ÍNDICE DE TABLAS

	<b>Pág.</b>
MARCO CONTEXTUAL	
Tabla No. 1 Costo de medicamentos en bolívares 2005-2006	38
PLANIFICACIÓN DE LA CAMPAÑA	
Tabla No. 2 Cronograma de actividades de campaña informativa (septiembre 2006-septiembre 2007)	93
Tabla No. 3 Presupuesto general estimado por un año (septiembre 2006-septiembre 2007) de la campaña	96
Tabla No. 4 Presupuesto estimado para 6 anfitrionas por un año (septiembre 2006-septiembre 2007)	97
Tabla No. 5 Presupuesto estimado para dísticos por 1 año (septiembre 2006-septiembre 2007)	97
Tabla No. 6 Presupuesto estimado para papelería por 1 año (septiembre 2006-septiembre 2007)	98
Tabla No. 7 Presupuesto estimado para refrigerio por 1 año (septiembre 2006-septiembre 2007)	98

## INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama es la segunda causa de muerte oncológica en Venezuela, de hecho, según el último registro de la Sociedad Anticancerosa de Venezuela (SAV), correspondiente al año 2003, la incidencia y mortalidad de esta patología es de 43 mil personas, cifra que apoyan los análisis de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) las cuales registran que hay 63 casos por cada 100 mil habitantes al año en Venezuela.

Las mujeres que forman parte de esas estadísticas, tal vez podrían tener mayor expectativa de superar la enfermedad con éxito, si contaran con la información necesaria para ello; pero suele suceder que no es así.

Mientras no exista, como parte de una política de salud del Estado, una campaña para disminuir la desinformación existente en entre las pacientes con cáncer de mama, es decir, que les indique qué deben hacer cuando reciban ese diagnóstico, a dónde pueden acudir, con quién cuentan y qué leyes las amparan, este índice continuará en aumento.

En tal sentido, el objetivo general de este proyecto es realizar una campaña informativa para pacientes con cáncer de mama sobre criterios de apoyo general para el tratamiento de su enfermedad, lo cual se relaciona con los capítulos IV y V de este proyecto.

Para llegar al objetivo general fue necesario elaborar el capítulo I, de modo que se cumplieran los siguientes objetivos específicos: abordar conceptos sobre comunicación y salud; conocer la información médica indispensable para entender la enfermedad; y recopilar información referida tanto con el cáncer de mama en

Venezuela, como con las otras campañas de comunicación y salud realizadas en el país y en el exterior.

Tales objetivos sólo pueden ser alcanzados a través de una estrategia comunicacional, lo que llevó a identificar esta investigación con la submodalidad 2, descrita por el manual del tesista de la Universidad Católica Andrés Bello.

Este manual indica que el desarrollo de la estrategia comunicacional se debe ajustar a necesidades específicas de una organización; pero en este caso, no se trata de una institución, sino de un grupo de personas afectadas por una enfermedad, y cuya necesidad es la de recibir información sobre cómo superar el problema.

Antes de desarrollar la estrategia fue necesario revisar el trabajo de diversas fundaciones existentes en Venezuela con el propósito de ayudar a las pacientes con cáncer de mama. Al hacer esta exploración, se observó que tales instituciones estaban mucho más enfocadas hacia la prevención del cáncer que hacia el tratamiento y el resto de apoyo que éste requiere; ejemplo de lo primero es la campaña *Tócate*, de la SAV; y de lo segundo, organizaciones como Yo Mujer, Senosalud y Fundaseno.

El trabajo de estas fundaciones se ve limitado por los mitos existentes en la sociedad venezolana a cerca de la enfermedad y por el desconocimiento general del marco jurídico que ampara a este tipo de pacientes que no sólo les garantiza la asistencia médica sino también la obtención de parte del tratamiento. Otro aspecto es el económico ya que la mayoría de los medicamentos para el tratamiento de la enfermedad y de sus efectos secundarios son de alto costo.

Las mencionadas fundaciones no son la más perjudicadas por tales aspectos, pues las más afectadas son las pacientes venezolanas con cáncer de mama, quienes sufren los estragos que produce el desconocimiento y la falta de comunicación. A ellas esta propuesta.

## **I. MARCO CONTEXTUAL**

### **I.1. COMUNICACIÓN Y SALUD**

Los conceptos de comunicación y de salud son extensos e independientes, es por ello que este primer capítulo tratará de explicar una y otra concepción, de modo que se comprenda que la alianza de estas dos especialidades es primordial para lograr una campaña comunicacional exitosa en salud.

Para alcanzar tal fin será necesario abordar la salud como concepto; las ideas de comunicación, información, sus diferencias y puntos de encuentro; la promoción y la comunicación de la salud; y el porqué de los errores de las campañas en salud.

#### **I.1.1. Salud como concepto**

La salud no es únicamente ausencia de enfermedad, es más bien un componente esencial del estado de bienestar pues permite que éste se desarrolle plenamente, es decir, de la salud depende que se esté en capacidad de disfrutar el resto de las cosas de la vida.

A esta conclusión se ha llegado después de muchos intentos de creación de una teoría general de salud. La OMS, por ejemplo, hace una relación con la salud pública, abarca el principio de la equidad y la epidemiología; así define la salud como un “estado de completo bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de enfermedades”.

El concepto de salud tiene entonces una estrecha relación con el de calidad de vida y así lo asume el MSDS (2002) en su documento digital conjunto con OPS-OMS: *Plan estratégico social. El desarrollo de un pensamiento estratégico en las políticas públicas por la calidad de vida y salud*, el cual defiende esta alianza como un concepto que ubica las políticas públicas en la acción humana y sus laberintos; enlaza el plano social con el económico, impidiendo la preponderancia del segundo sobre el primero.

Este es un avance en el concepto, pero más progreso hay en la perspectiva actual mundial, que según Iona Kickbusch (2004), asesora especial de la OPS para los Objetivos de Desarrollo del Milenio, sitúa a la salud como inicio y fin al mismo tiempo, pues la percibe como uno de los principales factores determinantes para lograr el desarrollo, sobre todo en América, región que tiene las mayores desigualdades en el mundo

En tal sentido, para América Latina el reto es aunar esfuerzos por medio de un enfoque concertado que reconozca a la salud como un bien público que debe ser compartido por todos los países y sus habitantes; aunque se sabe que muchas de las desigualdades en salud dependen de factores geográficos y económicos. Sin embargo, es posible progresar en materia de salud, y una manera de lograrlo es insertándola en el temario de estrategias de desarrollo socioeconómico, así como en todos los proyectos que contemplen el desarrollo para esta región.

Para destacar la salud como un factor determinante para el desarrollo, aparte de invertir en ella, los países también deben educar a través de campañas de salud, que fomenten estilos de vida saludables, generen la movilización ciudadana para exigir políticas que contribuyan a mejorar la calidad de vida, involucren a la población en las decisiones y acciones que afectan su salud y su ambiente.

### **I.1.2. Comunicación e información en salud**

En el caso de Venezuela, se han realizado campañas de salud, que no han alcanzado los objetivos esperados, debido a un enfoque errado, que podría estar relacionado con el mal manejo de los conceptos de comunicación e información. Un ejemplo claro está en el tipo de mensajes unidireccionales y sin retroalimentación que se ha implementado en los programas de salud.

Para evitar que estas fallas se sigan multiplicando, es necesario conocer algún concepto básico de comunicación. Por ejemplo, J. Antonio Paoli (1996), la define como “el acto de relación entre dos a más sujetos, mediante el cual se evoca en común un significado” (p.19), que requiere alguna experiencia previa parecida a la actual, de modo que puedan evocar significantes comunes también.

Estas evocaciones comunes son las que buscan quienes realizan campañas informativas, pues requieren que todas las personas de su público lleguen a captar el mismo significado, aquel que sea objetivo de la campaña. Es así como este proyecto busca conocer los significantes de su audiencia, de modo que pueda evocar en ellas el significado de la estrategia comunicacional para alcanzar el cambio de actitud.

Pero el significado de cualquier campaña depende de algo más: el contexto social. Gracias a éste se explica porqué a veces lo que se comunica tiene un mismo sentido para los que participan en el proceso comunicacional; pero en otras ocasiones, lógicas distintas, y aún así, entendibles para los que establecen la comunicación. Paoli (1996) afirma que si no se establece ningún grado de comprensión; no existe comunicación.

Probablemente, este grado nulo de comprensión sea la causa del fracaso de muchas de las iniciativas comunicacionales que han surgido en Venezuela. Podría ser la explicación de la poca efectividad de las campañas de prevención y tratamiento que se han tratado de implantar en esta población, incluyendo los intentos relacionados con el cáncer de mama.

Pero estos fracasos no sólo se vinculan con el concepto de comunicación; sino que también lo hacen con el de información, que es una herramienta que permite al individuo tomar los datos de su entorno y estructurarlos de modo que asesoren su acción. Asimismo, Fernández del Moral (1983) señala que “informar es sinónimo de formar, recordando entonces que en el proceso de la información hay unos aspectos pedagógicos que sólo pueden ser percibidos desde un planteamiento humanista” (p.32). Hay que tener claro que información no es comunicación, pero que la implica.

También ha de aclararse que cierta comunicación de información sólo funcionará en determinado momento histórico, pues la comunicación entre los seres humanos evoluciona junto con la acción social, a causa de la actualización de las informaciones; y que la información concreta se debe analizar en relación con su contexto cambiante.

La información y la comunicación están ligadas, son dos elementos de la sociedad, que dejaría de existir si careciese de comunicación, y perdería su capacidad de transformación si no contase con información, según afirma Paoli (1996).

Una vez aclarados los conceptos de comunicación e información, entonces podría pasarse a conocer algunas campañas exitosas de comunicación de información de salud, tomando en cuenta que la salud ha venido teniendo un repunte como tema de interés en la población, y que la comunicación se ha convertido en una herramienta eficaz para difundir información relacionada con el tema.

Pero ocurre que la comunicación no ha estado fluyendo de la mejor manera, es decir, no ha estado empleando un lenguaje comprensible, pues la información de salud tiende a ser comunicada con una terminología compleja para la mayoría de las personas.

Esta falla comunicacional podría eliminarse por medio de la ejercitación de conceptos multidimensionales de comunicación y salud, empleando términos que se adapten al ámbito cultural de cada población. De hecho, esto se ha logrado exitosamente en otros países; pero no se encontraron iniciativas similares en Venezuela.

Marlo F. Bruno (2005), de la Asociación Médica Argentina, apoya esta visión, así como también concuerda con la profesora María Luz Fernández (2005), en que una de las posibles formas de ejercitación de esta multidimensionalidad, podría ser buscar nuevas plazas de afinidad entre comunicación y salud, esto quiere decir, abrirle paso al encuentro directo entre comunicadores y población.

Existen, de hecho, personas interesadas en que esto suceda, ejemplo de ello es el curso *Comunicación y salud: nuevos espacios, nuevos planteamientos*, organizado por Fernández (2005), bajo el respaldo de la Universidad de Cantabria, el cual busca el proponer nuevos planteamientos a la hora de analizar la relación entre los conceptos sociedad, comunicación y salud.

Pero más allá de los cursos, hay esfuerzos de actividades mucho más extensas. Una de ellas es la que han desarrollado en el Consorcio de Cuidado Comunitario del oeste de Texas, USA (2002), donde han demostrado que las asociaciones comunitarias pueden prevenir enfermedades crónicas con sólo comunicar adecuadamente temas de salud.

Esta iniciativa opera por medio de una red comunitaria local interesada en la prevención y posterior evaluación de la efectividad de sus actividades; procurando que sus participantes valoren el bienestar en la vida; ofreciéndoles monitoreo, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de enfermedades como el cáncer en los sectores de menores recursos. Gracias a este tipo de iniciativas se han expandido las asociaciones comunitarias y se ha obtenido mayor apoyo financiero estatal.

Otro ejemplo de las iniciativas que surgen al relacionar los conceptos de salud y comunicación, lo presenta la Universidad de Birmingham, en Alabama, Estados Unidos. Allí se ha creado un programa denominado *Charlas en el Salón de belleza* (2005), con el cual se busca convertir a las peluquerías en centros de información sobre la prevención del cáncer de mama y de útero.

La idea de este proyecto es que las visitantes regulares encuentren información relacionada con salud en estos centros donde se sienten en confianza, tomen conciencia sobre el problema y modifiquen sus acciones preventivas hacia el cáncer de mama y de cuello uterino.

Según la Universidad de Birmingham, el programa se está ejecutando actualmente en 6 peluquerías de esa ciudad, donde sus empleados han sido educados para comunicarle a su clientela la importancia de detectar precozmente este tipo de enfermedades. Ellos apoyan la charla con material impreso disponible en la peluquería, pueden ser catálogos, revistas, folletos...

La Universidad de Birmingham asegura que las clientas que ya se han beneficiado del programa efectivamente han modificado su comportamiento preventivo hacia estos tipos de cáncer; de hecho, 69% de ellas han planeado hacerse una mamografía en los próximos días de haber recibido la información, y 79% mostró disposición a hacerse el autoexamen de mama.

Muchas de las clientas les pasaron la información a otras mujeres de su entorno, y 72% expuso que conocían a otras mujeres que podrían estar interesadas en el programa. Todas aseguraron que el programa les parecía un buen método, que se habían sentido cómodas hablando con sus peluqueros y compartiendo con ellos su información íntima.

Otra iniciativa es la campaña "*A tiempo contra el cáncer de mama*" (2004), la cual demuestra que en México mueren diez mujeres diariamente por cáncer de mama, y que cada año se diagnostican 60 mil nuevos casos avanzados. Esto no ha podido evitarse según lo informaron en conferencia de prensa José Athié Rubio, director de Investigación en Oncología de Novartis; y Miguel Lázaro León, profesor universitario de Oncología Médica en el Hospital General de México.

Athié y Lázaro (2004), explicaron que la campaña busca promocionar el autoexamen y la práctica de la mamografía entre mujeres de más de 21 años con factores de riesgo para cáncer, pues se trata de la segunda causa de muerte por neoplasia maligna, después del cáncer de cuello uterino en ese país.

Asimismo Athié (2004), manifestó que la prevención y diagnóstico precoz de cáncer de mama tienen relación con la educación, y con la estructura de un sistema sanitario diseñado para el eficiente diagnóstico y tratamiento.

Al respecto de este tema, los oncólogos María Villegas del Hospital Universitario de Caracas y Giuseppe Figurelli de la Cruz Roja de Venezuela (Comunicación personal, junio 10, 2005) aseguran que a mayor detección temprana de cáncer, mayor probabilidad de éxito con el tratamiento.

Los especialistas alertan que hay que ir al médico al observar la aparición de pequeñas masas en la mama; variaciones de tamaño del seno; cambios en la piel, como engrosamiento, resequedad alrededor del pezón o huequitos; secreciones; cambios en la forma del pezón; picazón, quemadura; hundimiento; o dolor e inflamación de un brazo.

La manera de lograr que las mujeres que presenten estos signos vayan al médico, es haciendo una adecuada promoción de la salud a través de la comunicación, por lo que el próximo apartado abordará este punto.

### **I.1.3. Promoción y comunicación en salud**

La promoción de la salud es una herramienta que permite al común de la población conocer los procesos de enfermedad y tomar acciones al respecto, de modo que la propia comunidad pueda apoyar la prevención y el tratamiento de los males que la aquejan.

La Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud (1986), la define como "el proceso de facultar a las personas para que aumenten el control que tienen sobre su salud y para mejorarla".

A la par, la Conferencia Sanitaria Panamericana, celebrada en septiembre de 1990, enfatizó que la comunicación social era esencial para la formación básica de personas, familias y sociedades.

Esto implica una estrecha relación entre la promoción de la salud y los medios de comunicación social, los cuales pueden ser una potente herramienta para la mencionada promoción.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), conoce esta ventajosa asociación, por eso aprobó la resolución *Promoción de la salud en las Américas*, en septiembre de 1993, con la cual solicita a los estados miembros que incluyan campañas de educación y de comunicación social en los programas de salud de la comunidad, para impulsar la responsabilidad del pueblo. Esta perspectiva se ratifica en la Declaración de Yakarta sobre Promoción de la Salud en el siglo XXI, realizada por la Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud (1997).

Gloria Coe (1998), ofrece una revisión histórica, conceptual y operativa de la comunicación para la salud desde de la experiencia obtenida en la OMS. Ella indica que la teoría de la persuasión, la investigación y segmentación de la audiencia, y un proceso sistemático de desarrollo de programas, son puntos claves de un programa de comunicación para la salud.

Estos elementos han sido desarrollados en tres diferentes métodos de difusión de información sanitaria, de los cuales el primero es el mercadeo social, entendido como la aplicación de las técnicas de mercadeo a acciones sociales y sin interés lucrativo; se fundamenta en el producto, el precio, el lugar y la promoción, como base de la comercialización; recurre a los medios para persuadir a su audiencia de acoger una idea, un producto, una praxis, o las tres.

El segundo, es el eduentretenimiento, que se originó en Latinoamérica, bajo la premisa de que la información sanitaria sea atractiva, fácil de concebir e influyente en los comportamientos. Busca brindar la información de manera divertida y sencilla, a través del contacto directo entre personal con dotes educativos y comunicacionales, y la comunidad en su propio entorno; proceso en el cual ambos actores son portadores del conocimiento y trabajan bajo una perspectiva de intercambio de información, en este caos, relacionada con salud.

El tercer método es la comunicación social, cuyos programas aparecen a fines de los ´60, principalmente en Latinoamérica, como reacción a una creciente centralización de los medios de comunicación de tipo comercial; y con el fin de originar participación comunitaria, y programación cultural y educativa para el mejoramiento social.

Existe otro método de divulgación de información comunitaria, el cual es denominado sustento comunicológico por Janet García (2004), apoyada en Jesús Galindo (2004), investigador de la Universidad Veracruzana; y definido como “acción de poner en común a partir de un sistema de clasificación”, en el que se encuentran tres fuentes de información relacionadas con la salud.

La primera es la sociología cultural, que relaciona la salud con factores históricos y socioculturales; la segunda es la mediología, tomada como la divulgación de la información y comunicación fundamentada en actividades complementarias durante el trabajo comunicacional; y la tercera es la teoría de representaciones sociales, la cual implica la percepción social de la realidad de una comunidad, que necesita mecanismos de comunicación y educación para que baje la morbi-mortalidad de sus individuos.

En todos los casos es necesario tomar en cuenta el contexto, es decir, la cultura como un lugar de edificación de sentidos y, por tanto, de creación de salud. Es precisa entonces la transformación de las viejas prácticas de comunicación para la salud, para lograr emprender estos procesos en el contexto cultural.

Según Uranga, W, Femia, G y Díaz, H (2002), esta nueva estrategia de promoción de la salud busca impulsar la obtención de hábitos saludables conectados con la cultura, y aprovechando en los procesos de producción de salud y sus resultados. Para esto se hará necesario instituir una cultura nueva, basada en la calidad de vida, y no en la cultura del miedo y la muerte. Se trata de lograr que los actores sociales sean los impulsores mismos del cambio.

#### **I.1.4. El porqué de los errores de las campañas en salud**

Como se expresó en el inicio del segundo punto de este capítulo, el fracaso de las campañas venezolanas en salud podría guardar relación con un enfoque errado, que repite los patrones de información masiva, unidireccional y sin retroalimentación.

Estos modelos son implantados por instituciones que requieren ser vigorizadas, por medio de proyectos de desarrollo de interés común que vinculen los diferentes intereses de los actores locales y de los internacionales; que tomen en cuenta al público; a las necesidades individuales e institucionales; a las motivaciones de los diversos participantes; y a las facilidades de ejecución de las actividades.

De hecho, importantes organizaciones como la OPS han desperdiciado el entretenimiento como herramienta de promoción de la salud y valioso medio de comunicación.

Esta utilidad ha sido demostrada por diferentes programas. Uno de ellos es el proyecto nicaragüense *Puntos de Encuentros*, el cual emplea la telenovela y la radionovela como medios para establecer comunicación sobre temas tabú. Ésta impacta a la opinión pública; involucra a las emisoras radiales; e implementa el diálogo abierto con jóvenes que participan en la telenovela, la cual no busca cambiar comportamientos; sino, problematizar conductas, meta que no había sido antes buscada.

Otra falla ha sido prescindir de las técnicas educativas para alcanzar determinados comportamientos, por medio de la utilización de los mensajes en forma objetiva; lo cual podría lograr educar a la audiencia en el consumo de la información.

Muy diferente a estas técnicas ha sido el frecuente empleo del mercadeo social en salud, el cual aplica estrategias de mercadeo para cambiar comportamientos con fines sociales y saludables; pero que se ha quedado solamente en proveer información en salud, lo cual es insuficiente, pues la mera información no cambia comportamientos; sino que requiere un proceso de internalización.

En esta técnica y en todas las demás existentes se cae en un gran error: el despliegue de la información de salud en lenguaje médico. Esto impone una enorme brecha, pues esta terminología es incomprensible para la mayoría de la población, y elimina casi toda posibilidad de comunicación con la comunidad.

Estando al tanto de esa información, el psicólogo y comunicador de salud Fabio Sabogal, en Castro (2003), señala que un mensaje es efectivo sólo si es positivo, simple, familiar, repetitivo, inmediatamente comprensible, real, visual, atractivo, multigeneracional, afectivo, y utiliza diferentes medios. Elementos que no suelen estar presentes en los mensajes de las campañas que se han aplicado en salud.

Estas son características de las iniciativas educomunicacionales, como el Proyecto BASICS II, realizado en Senegal, para implantar en esa sociedad versículos del Corán asociados a mensajes promotores de salud análisis. Éste ha sido un instrumento poco empleado para las campañas, pero valioso y factible.

Este tipo de proyectos acostumbran tomar en cuenta el carácter cíclico del proceso salud-enfermedad y sus múltiples planos, que no siempre se han contemplado para las actividades de salud pública.

Estas actividades acarrear otras fallas: generalmente se basan en estadísticas realizadas por los centros de salud. Tales datos no siempre coinciden con la realidad, lo que le resta efectividad a los planes del Ministerio, pues impide que la población se involucre, a menos que se trate del proceso de enfermedad.

Otra deficiencia común es la presentación poco impactante y descontextualizada de la información sanitaria, la cual, con frecuencia, cuestiona las creencias, costumbres y valores de la comunidad.

A esto se suma la relación médico-paciente, la cual se torna negativa dada la incompreensión entre los actores, signada por la prescripción de récipes médicos escritos con una caligrafía indescifrable, y con unas indicaciones que el paciente debe acatar sin preguntar.

La falla reside en que se parte de que el médico es el depositario exclusivo del conocimiento y el paciente, aquel que debe obedecer al primero, que teóricamente es el único que sabe que es lo mejor para la salud del consultante.

Otro error es que la salud ha sido entendida primordialmente como la prolongación de la vida, como la “no enfermedad” o la “no muerte”; lo que ha contrapuesto el concepto de salud con el de placer, haciendo sentir que la promoción de la salud sólo busca imponerle prohibiciones a la población, y no mejorarle la vida.

Muchas de las fallas de las campañas tiene que ver una serie elementos pertenecientes a lo que Uranga, W, Femia, G y Díaz, H (2002), tildan de “viejas” prácticas, lo cual definen como la forma tradicional de actuar en relación a la comunicación para la salud.

Este modelo abarca dos estrategias básicas: las campañas de educación para la salud y el periodismo científico. Las mencionadas campañas nacieron como apoyo de las estrategias de salud ya existentes; se dirigían a la población de menores recursos por considerarlas más vulnerables a las enfermedades; y requirieron el empleo del termino “prevención” con valor educativo.

Las autoras de este proyecto piensan que en las campañas de educación para la salud hubo aciertos, pero también importantes deficiencias, pues se valieron de los medios de comunicación, pero como si la salud fuese un producto comercial; reforzaron la relación médico-paciente y se interesaron esencialmente en la producción de material de calidad científica, sin tomar en cuenta que esos materiales no tenían la capacidad de producir reflexión en la sociedad ni se relacionaban con su realidad; se trataba de mensajes que causaban alarma y no permitían comprender el proceso de creación de salud. Se basaron en la cultura de la muerte y no en la de la vida.

En el periodismo científico también se falló, pues se entendió como la variante periodística de las campañas antes mencionadas. Buscaba informar sobre salud, pero de manera unidireccional, haciendo énfasis en la producción periodística, bajo la creencia de que los mensajes científicos valían por sí mismos y podrían generar el ansiado cambio de conductas.

Uranga, W, Femia, G y Díaz, H (2002), aseguran que los múltiples análisis de esos mensajes han develado ciertas fallas: el lenguaje científico es poco claro; la información divulgada está descontextualizada; se han privilegiado los contenidos de los mensajes ante las formas de comunicarlos. Estos puntos ayudan a afirmar que el periodismo científico ha olvidado la mediación pedagógica, porque se ha ocupado más de divulgación científica.

Estos autores también se ocupan de la intromisión de internet en el periodismo en salud, cuyos profesionales la ven como una gran herramienta; pero hacen algunas aclaratorias: no todo el mundo tiene acceso a internet; los científicos que la utilizan, lo hacen en lenguaje técnico; la sociedad es asumida como clientela, a la que hay que venderle un producto, no proveerle un aprendizaje; y gran parte de la información está en inglés, idioma que no es manejado por todas las personas.

En síntesis, para los autores citados, las campañas y el periodismo científico tienen el reto de superar que:

a- Ambas estrategias de comunicación para la salud son unidireccionales y conductistas, pues suponen que los mensajes sólo necesitan llegar para lograr los efectos deseados, por lo tanto olvidan que debe haber una intención social enmarcada en la cultura.

b- La comunicación es utilizada como mediación tecnológica con fines instrumentales, olvidando la importancia de las relaciones comunicacionales interpersonales y las mediaciones sociales.

c- Los procesos de comunicación para la salud se basan en una relación asimétrica de poder a favor del médico, quien sitúa al paciente en el lugar de receptor pasivo, menospreciando su capacidad de entendimiento.

En esta primera parte del capítulo se mostró cómo se integran los conceptos de comunicación e información; se resaltó la importancia de la alianza entre tales áreas, y la potente herramienta que ésta representa para el éxito de las campañas en salud que puedan aplicarse en Venezuela.

Se pasa entonces a compartir con el lector algunas herramientas generales que le ayuden a entender en qué consiste el cáncer de mama, elemento esencial de la campaña que pretende realizarse con esta tesis.

## **I.2. CÁNCER DE MAMA**

En esta segunda parte del capítulo I se plantea una visión panorámica sobre el cáncer de mama, a fin de ampliar el concepto que el común de las personas maneja en dos líneas: una enfermedad mortal ubicada en determinada parte del cuerpo, que puede expandirse a varios órganos.

Si bien hay estadísticas que confirman que muchas personas mueren a causa de esta enfermedad, también es cierto que existe la probabilidad de una cura para aquellas a las que se les detecta y trata a tiempo. Por esta razón se considera necesario un capítulo que hable sobre lo que es la enfermedad, los factores de riesgo, localizaciones más comunes, características, clasificación y evolución clínica que sirvan de orientación con base científica, para entender un diagnóstico de cáncer de mama y saber qué esperar de esta enfermedad.

### **I. 2.1. Cáncer**

Los términos de cáncer, neoplasia y enfermedad maligna suelen usarse en forma intercambiable tanto en literatura técnica como en la popular, pero el oncólogo Jhon Mendelsohn (1987), señala que “el cáncer se define mejor por cuatro características que describen la forma en que las células cancerosas actúan en forma diferente de las células normales” (p. 523). Estas son:

1. Clonalidad: En la mayor parte de los casos, el cáncer se origina en una célula progenitora que prolifera para formar una clona de células malignas.
2. Autonomía: El crecimiento no es regulado apropiadamente por las influencias bioquímicas y físicas normales en el ambiente.
3. Anaplasia: Hay falta de diferenciación celular normal coordinada.
4. Metástasis: Las células cancerosas desarrollan la capacidad de crecer en forma discontinua y de diseminarse a otras partes del cuerpo.

El proceso mediante el cual una célula normal se convierte en otra con una de las características mencionadas se denomina “transformación maligna o cancerización”.

Según Mendelsohn (1987), la forma típica de presentación del cáncer es la de un crecimiento (masa) anormal o tumor, que causa enfermedad por expansión local o por invasión a tejidos adyacentes o distantes. Los síntomas de la enfermedad dependen de los productos moleculares específicos y de las localizaciones del tumor (p.524).

Cuando el tumor se localiza en la mama el diagnóstico afecta más las mujeres, ya que se trata de un órgano asociado a la estética femenina y en la mayoría de los casos la paciente asocia la enfermedad con mutilación y muerte y no necesariamente esto es así. Es por eso que según Henney y De Vita (1987), es esencial la clasificación en etapas después de la confirmación del cáncer de mama para establecer el pronóstico, prescribir la forma apropiada de tratamiento y evitar traumas, angustias y una predisposición innecesaria en la paciente.

Henney y De Vita (1987) también recomiendan que una vez que se descubre una masa bien definida en mama, se debe obtener la historia y realizarse una exploración física completa, seguida de biopsia quirúrgica o por aspiración con aguja. Una masa requiere biopsia independientemente de los resultados logrados con la mamografía (p.1916).

Otra definición del cáncer menos técnica en términos de comprensión es la que ofrece el Manual Merck (1994), considerado por los médicos como una fuente primaria, debido a que ofrece información constantemente actualizada (cada dos años) y avalada por un grupo de expertos en medicina.

Según este texto, el cáncer es un proceso maligno, caracterizado por un crecimiento celular descontrolado, que redundará en una imposibilidad de diferenciación entre el tejido sano y el enfermo, siendo este último capaz de invadir los tejidos adyacentes y de desplazarse a tejidos más lejanos (p.1406).

Sin embargo, dicho Manual, expresa que casi todo tipo de cáncer detectado precozmente es curable, por lo que el médico debe indagar sobre los factores predisponentes personales y familiares de cada paciente, pues de esta información depende el tratamiento para la curación o la preparación para la muerte (según el caso).

Afirmación que apoya Mendelsohn (1987) al señalar que inmediatamente después de un diagnóstico de cáncer, en la mente del paciente y de su familia surgen gran cantidad de preguntas y temores que requieren la atención de un médico considerado, hábil y humanitario, aspecto especialmente cierto cuando la forma particular de cáncer tiene pocas oportunidades de curación o cuando hay recurrencia del tumor (p.532).

El oncólogo también señala que de los diversos problemas psicosociales que experimentan los pacientes, dos son muy difíciles de superar: una es la desesperanza estrechamente relacionada con la dificultad de aceptar la muerte propia, y la otra es la pérdida de control, tanto económico como personal de las actividades propias y futuras. Razón por la cual dichos temores deben ser manejados por un profesional que conozca en detalle la personalidad del paciente y su entorno.

### **I.2.2. Factores de riesgo**

Los especialistas Stanley L. Robins y Vinay Kumar (1990), afirman que mucho se ha estudiado respecto al cáncer de mama, pero que poco se ha llegado a descubrir sobre su origen, lo único que se considera seguro es la relación entre esta patología, la genética y los desórdenes hormonales. Se sabe que la genética tiene influencia sobre la aparición del cáncer mamario, lo que no se sabe es el mecanismo que utiliza para ejercer tal predominio, y a penas se tiene idea del mecanismo de acción de los estrógenos. Estos especialistas han detectado los siguientes factores de riesgo (p.679):

- Predisposición genética: está muy bien definida, pues el nivel de riesgo es directamente proporcional al número de personas que hayan sufrido cáncer de mama en la familia, con lo que aumenta el riesgo a la misma edad que ellas lo padecieron, por lo que existen familias denominadas "de alto riesgo" para cáncer de mama y de ovario.

- Edad: los casos de cáncer de mama son atípicos antes de los 20 años de edad, pero la probabilidad de tenerlo aumenta constantemente hasta la etapa menopaúsica, y se incrementa aún más luego de esa época.
- Duración de la capacidad reproductiva: el riesgo es mayor si se ha tenido temprano la primera menstruación y si se ha ido tarde la última.
- Número de hijos: el cáncer es más común en pacientes que nunca han tenido hijos, que en los que han tenido varios.
- Edad del primer embarazo: el riesgo aumenta si el primogénito se tiene después de los 30 años de edad.
- Obesidad: aumenta el riesgo, por la relación que hay entre la síntesis de los estrógenos en las grasas.
- Tomar estrógenos: no se ha demostrado la total relación entre estos medicamentos y el cáncer de mama, pero algunos estudios han mostrado cierto aumento del riesgo cuando se consumen estrógenos y se acentúan los síntomas de la menopausia.
- Condición fibroquística y carcinoma en la otra mama o de útero: son patologías que aumentan considerablemente el riesgo de padecer cáncer de mama.

### **I.2.3. Localizaciones más comunes**

Hay evidencias de que el cáncer de mama tiene preferencia por la mama derecha, según indican Robins y Kumar (1990), quienes también explican que la mayoría de los tumores de este tipo se ubican hacia la parte superior y externa de la mama, es decir hacia la que está más cerca de la axila; esta incidencia es del 50%.

En la región del pezón se localiza el 20% de los tumores mamarios; mientras que en cada una de las otras tres partes de la mama, la incidencia es del 10% (p.679).

Esta distribución de la incidencia por zonas se basa en que la mama se divide en cuatro porciones, por medio de una línea horizontal que la divide en dos áreas: superior e inferior; y otra línea, esta vez vertical, que la separa en derecha e izquierda. De esta forma se crean cuatro cuadrantes: superior y externo, superior e interno, inferior y externo, inferior e interno; quedando siempre una porción central, que es donde se encuentra el pezón, por lo que recibe el nombre de complejo areola-pezón.

#### **I.2.4. Características del cáncer de mama que son comunes a todo tipo de cáncer**

Según Robins y Kumar (1990), todos los carcinomas tienen su origen a partir de la forma de las células donde aparecen y tienden a adherirse a los músculos cercanos. El cáncer mamario suele fijarse a los músculos pectorales y a la piel cercana, ocasionando hoyos que pueden verse a la observación simple, lo que permite que el paciente sospeche que tiene una lesión (p.682).

Otra característica es la inflamación de la zona donde se encuentra el cáncer, lo que causa engrosamiento de la piel, y en ciertas oportunidades, enrojecimiento y aumento de sensibilidad en la zona, según Robins y Kumar (1990), quienes además advierten sobre la recurrencia de pequeñas calcificaciones en el 60% u 80% de los casos, y sobre la diseminación de la enfermedad al sistema linfático y a la sangre.

Estos médicos defienden que el 66% de los casos oncológicos incluyen metástasis en el período del diagnóstico, en el caso del carcinoma mamario, aquel que se ubica en los cuadrantes externos o el central, suelen invadir los ganglios que están en las axilas, pero luego se distribuyen en los pulmones, los huesos, el hígado, las glándulas suprarrenales, el cerebro, el bazo y la hipófisis; en ese orden.

Estas nuevas localizaciones de la lesión se llaman metástasis, las cuales según Robins y Kumar (1990), pueden aparecer hasta 15 años luego de la detección del cáncer, situación relativamente común en el caso del carcinoma mamario.

### **I.2.5. Clasificación por etapas**

Henney y De Vita (1987), citan la clasificación de la *American Joint Committee on Cancer Staging of Breast Carcinoma* (p.1915), la cual indica cuatro etapas:

- *In situ*: el cáncer que se encuentra en una cápsula de tejido y no saldrá de allí para invadir ningún tejido.
- I etapa: aquí se ubican aquellos carcinomas mamarios que miden menos de 2 cm. y no presentan metástasis.
- II etapa: miden entre 2 y 5 cm., y tampoco han metastizado.
- III etapa (A): miden más de 5 cm., pudieran tener diseminación cercana del lado del tumor y haberse fijado al tejido.
- III etapa (B): miden más de 5 cm., han invadido los ganglios por encima y por debajo de la clavícula y del mismo lado de la enfermedad.
- IV etapa: puede ser de cualquier tamaño y haberse diseminado a cualquier zona, pero con seguridad tiene metástasis en tejidos lejanos.

### **I.2.6. Evolución clínica**

Según Robins y Kumar (1990), el cáncer de mama es descubierto por la paciente o el médico como una pequeña masa que se encuentra aislada, no duele y se puede mover con la mano; cuando esto sucede la lesión suele tener alrededor de 4 cm. y ha logrado inflamar los ganglios de las axilas. En el 15% de los casos la lesión es un hallazgo de la mamografía (p.682).

Dichos especialistas, también indican que hacer pronósticos respecto al cáncer de mama es muy difícil, pero que estos dependen de la etapa en la cual se diagnóstica y de la reacción de la paciente al tratamiento. Se ha determinado que los tumores menores de 4 cm. tratados localmente con radioterapia y quimioterapia, logran hasta 5 años de sobrevida en el 90% de los casos.

La evolución del cáncer de mama podría disminuir con tratamientos hormonales que detengan la acción de los estrógenos, por lo que la eliminación de los ovarios a pacientes con metástasis eleva la esperanza de vida; aunque generalmente se prefiere la administración de medicamentos cuyo principio activo es antiestrógenos, como el Taxuz o el Tamoxifeno. Robins y Kumar (1990) señalan que esta práctica detiene la tercera parte de los carcinomas mamarios (p.683).

Actualmente hay pruebas de laboratorio que permiten conocer los niveles de estrógeno y progesterona para saber si el tratamiento hormonal brindará buenos efectos, así se sabe que los tumores que tienen receptores para ambos tipos de hormonas, presentan 80% de probabilidades de reaccionar positivamente, indican Robins y Kumar (1990).

Sin embargo, estos médicos mantienen que el diagnóstico precoz es la mejor solución para el cáncer mamario; pero que aún así hay unos tumores más agresivos que otros, lo cual complica el tratamiento, que en general brinda 10 años de sobrevida en el 60% de los casos, lo cual no impide una recurrencia de la enfermedad, que en primer caso sería hacia la otra mama.

Este breve recorrido en el aspecto científico del cáncer de mama proporciona la información mínima que se debe manejar acerca de esta enfermedad, para así poder pasar al próximo capítulo destinado a la ubicación de la misma en su contexto, el cual también es fundamental revisar para este trabajo, dado que existen condiciones específicas propias de la sociedad venezolana.

### **I.3. REALIDAD SOCIAL VENEZOLANA EN SALUD**

Se sabe que el carcinoma mamario es la segunda causa de muerte por cáncer en Venezuela, según las estadísticas del MSDS señaladas en la introducción de este proyecto, razón por la cual en el punto uno y dos de este marco contextual se discriminan los casos de neoplasias, mostrando en cifras cuál es la situación de esta enfermedad en el país, cuáles son sus causas y los mitos más comunes que debe tener en cuenta tanto el médico como el paciente, para que estas falsas creencias no entorpezcan un diagnóstico precoz o el tratamiento de la enfermedad.

Para completar la visión global de cuál es el escenario venezolano, el tercer punto se enfoca en el aspecto jurídico, para visualizar cómo funciona el sistema de salud en Venezuela, qué artículos contemplan tal derecho y cuáles son los planes previstos por el estado venezolano para garantizar que los ciudadanos reciban la debida atención médica, según lo establece la Constitución Bolivariana de la República de Venezuela.

Como un último punto dentro de este apartado, se mencionan las fundaciones de apoyo que hay en el país, a las cuales puede acudir el paciente o sus familiares para recibir ayuda económica o psicológica, según la necesidad de cada caso.

#### **I.3.1. Cáncer de mama en Venezuela**

Según la OPS en su Resumen del Análisis de Situación y Tendencias de Salud (2004), en Venezuela, las neoplasias malignas ocuparon el segundo lugar de las principales causas de muerte en 1999, con 14,3%; de esta proporción el cáncer de mama en las mujeres ocupó 8,8%. Estas cifras indican que la mitad de las muertes por cáncer en general, son de origen mamario.

El cirujano oncólogo Alberto Contreras (Comunicación personal, agosto 7, 2006) asegura que el Ministerio de Salud y Desarrollo Social, desde hace dos años, no ha actualizado estas estadísticas. No obstante, por su experiencia clínica, señaló que para 2004 se registraron 3.200 casos de cáncer de mama en el país, y aunque el cáncer de cuello uterino sigue siendo el más frecuente, el cáncer de mama tiende a superarlo.

Contreras señaló que esta tendencia se debe, entre otras cosas, a que las mujeres cuidan más su parte genital que sus mamas, a las cuales el especialista recomienda hacer un autoexamen, ya que “el cáncer sí se puede curar, todo depende de la etapa en que se diagnostique. Una vez que se detecta cualquier tumor o pelotica, se debe acudir inmediatamente al doctor y no dejar, por temor o falsas creencias, que la enfermedad avance”.

### **I.3.2. Mitos sobre la enfermedad**

En el apartado Cáncer de Mama de esta tesis se brindaron argumentos teóricos y de especialistas, para aclarar que el diagnóstico de cáncer ya no es sinónimo de enfermedad terminal; y que de hecho es posible reducir cada vez más las consecuencias de la enfermedad, gracias al diagnóstico precoz, el tratamiento temprano, el control y el seguimiento periódico.

Dada tal situación, se procede a presentar una serie de afirmaciones sin fundamento acerca del cáncer, a las cuales no deben dárseles crédito, ya que inducen a cometer errores y descuidos, que podrían resultar nocivos e incluso mortales para las pacientes.

El cirujano oncólogo Alberto Contreras (Comunicación personal, Agosto 7, 2006), explica los mitos más comunes acerca del cáncer de mama, a continuación algunos de ellos:

- Creer que el dolor en los senos implica cáncer de mama es falso. El dolor en los senos puede ser a causa de cambios hormonales durante la menstruación, píldoras anticonceptivas o terapia de reemplazo hormonal, aumento de peso y retención de líquido (hinchazón) entre otros. Por eso es importante hacerse un chequeo médico anual, la mamografía y el eco mamario para determinar cuál es la causa del dolor y si hay nódulos sospechosos.
- Pensar que el hallazgo de una “masa” en una adolescente indica que tiene cáncer de mama, es falso. Por lo general se trata de un fibroadenoma, que generalmente no causa ningún dolor y puede ser extirpado quirúrgicamente si llega a molestar.
- Asociar las biopsias con el esparcimiento del cáncer de mama es falso. Hasta el momento esto no ha ocurrido en ningún caso.
- Relacionar el desarrollo de cáncer de mama en las mujeres con las emociones reprimidas, o una autoestima baja es falso. Un grupo de investigadores en Australia hizo un estudio y no encontraron ningún riesgo creciente del cáncer de mama en ninguno de los rasgos de personalidad que estudiaron. Entre ellos el comportamiento maduro o inmaduro, neurótico, expresión emocional (que los guarde por dentro o que los deje salir), control emocional, autoestima, ansiedad, o depresión.

- Pensar que los implantes estéticos incrementan el riesgo de cáncer de mama es otro error. Los implantes que se utilizan en la actualidad están elaborados con materiales seguros y no provocan cáncer. Incluso son empleados para reconstruir los senos en pacientes que padecieron cáncer y en quienes fue necesario extirpar parte de la glándula.
- Creer que los senos pequeños protegen a la mujer de presentar cáncer, es otro error. La cantidad de tejido mamario no se relaciona con un mayor riesgo de presentar cáncer mamario. Lo que sí es una realidad es que es más fácil detectarlo en una mama pequeña que en una voluminosa.
- Estar convencido de que si se padece cáncer irremediamente se perderá uno de los senos, no necesariamente es así, esto depende de la etapa en la cual se diagnostique la enfermedad. Entre más temprano se haya detectado un tumor maligno, mayores probabilidades hay de conservar la glándula mamaria y eliminar el cáncer. Sin embargo, cuando por el tamaño del tumor y su localización es necesario practicar una mastectomía (extirpación del seno), existen modernas alternativas para la reconstrucción de la mama.

- Determinar que la autoexploración mamaria es suficiente para identificar un tumor maligno, es falso. Si bien es un método preventivo, la autoexploración no es suficiente para identificar el cáncer de mama, por ello es vital que todas las mujeres mayores de 35 años acudan a revisión médica periódica y se realicen una mamografía, pues hasta el momento, es la única forma de identificar con precisión alteraciones en el tejido mamario difíciles de detectar con la palpación.

Además de la información, el seguimiento y control que debe tener la paciente sobre su enfermedad, también es necesario que conozca cuáles son sus derechos y a qué instancias puede acudir para hacerlos valer, a fin de recibir tratamiento y atención médica, razón por la cual se ha desarrollado un punto que habla del marco jurídico nacional y los organismos de salud que están obligados a prestar los servicios mencionados, por tratarse de derechos consagrados en la Constitución y en la Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social Integral.

### **I.3.3. Marco jurídico nacional**

La Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999), en su artículo 83 establece que la salud es un derecho social fundamental, parte integral del derecho a la vida, y una obligación del Estado.

Para garantizar el derecho a la salud el artículo 84 ordena la creación de un sistema público nacional de salud, bajo la rectoría del Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS), de carácter intersectorial, descentralizado y participativo, integrado al sistema de seguridad social, y regido por principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad.

Por otra parte, la Constitución, en su artículo 85 establece que el financiamiento del sistema de salud es obligación del Estado; y el artículo 86 establece que toda persona tiene derecho a la seguridad social como servicio público de carácter no lucrativo, que garantice este derecho y asegure protección en diferentes contingencias.

A pesar de que el derecho a la salud está contemplado en la Constitución, la OPS en su Resumen del Análisis de Situación y Tendencias de Salud (2004), indica que en Venezuela más del 80% de los pacientes con cáncer no reciben un adecuado tratamiento para el dolor y cuidados paliativos.

Si bien en 1999 se creó el MSDS para “la regulación, formulación, diseño, evaluación, control y seguimiento de las políticas, programas y planes de salud y desarrollo social, para la atención integral de salud a todos los sectores de la población, en especial la de bajos recursos” según el informe de la OPS (2004), se deben desarrollar políticas de orden económico para que los planes de salud sean factibles y la población tenga acceso a ellos.

De acuerdo con el análisis de la situación de salud en Venezuela de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), en los últimos 10 años el bajo crecimiento económico aumentó la proporción de personas en situación de pobreza de 49,1% en el 2000 a 21,7%, lo cual es un indicador de los altos niveles de desempleo, que impiden un ingreso estable que permita cubrir los gastos básicos y menos aún los causados por una enfermedad crónica como el cáncer.

Tabla No. 1- Costos de medicamentos en bolívares. 2005-2006

<b>Medicamento</b>	<b>Locatel 2005</b>	<b>Locatel 2006</b>
<b>Carboplatino</b>	40.000	52.125
<b>Taxus</b>	29.000	31.840
<b>Doxorrubicina</b>	25.000	60.320
<b>Someta</b>	600.000	636.000
<b>Rilited</b>	600.000	987.000
<b>Avastin</b>	5.000.000	5.390.000

Fuente: Elaborado por las tesis con información suministrada por Locatel

Al constatar los precios de ciertos fármacos, se evidencia cómo puede descapitalizarse una familia cuando enfrenta una enfermedad de este tipo.

El citado análisis de la OPS/OMS indica que para el 2003 (última estadística) los asalariados que cotizaban en el Seguro Social en Venezuela alcanzaban el 57% de la población activa.

El Instituto Venezolano de los Seguros Sociales es una institución pública enmarcada en la Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social Integral y la Constitución Nacional, cuyo deber es garantizar asistencia médica oportuna y de alta calidad a todos los venezolanos. Una parte importante de esta población padece de cáncer, por lo que se ha hecho necesario crear una Unidad de Atención al Paciente, la cual se encuentra ubicada en la esquina de Altagracia, Caracas (Ver anexo A, B y C).

Para optimizar la prestación de este servicio y de otros que tengan que ver con el sistema de salud, se requiere de una reestructuración, ya que existe un déficit de centros hospitalarios e inequidad en la cobertura de este servicio. De los casi 5 mil establecimientos de salud del MSDS, 214 son hospitales y de estos sólo 33 dependen del IVSS, según el resumen de la OPS (2004). Esto sin contar con la distribución de médicos especialistas y no especialistas que también es desigual.

Según el Informe de Situación Sobre Desarrollo de Recursos Humanos en Salud de la Dra. Carmen Rosa Serrano (2003), el Distrito Capital tiene una tasa de 60 médicos por 10 mil habitantes, Miranda 34.9, Zulia 20, Lara y Mérida tienen 19 por 10 mil habitantes, mientras que Delta Amacuro, Amazonas, Apure, Barinas, Monagas, Portuguesa, Sucre y Yaracuy tienen tasas por debajo de 10 médicos por 10 mil habitantes.

Otro aspecto importante dentro de lo que sería la reestructuración del sistema de salud es el de la política presupuestaria para la asignación de recursos financieros, que según el informe anual del Programa Venezolano de Educación-Acción en Derechos Humanos (Provea) 2004-2005, posee serias deficiencias, entre otras cosas por la constante rotación de ministros en el Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS) que no sólo dificulta el cumplimiento de los objetivos referidos a la recuperación de su capacidad rectora dentro de una estructura intergubernamental descentralizada y participativa, sino también la concreción de una política sanitaria de satisfacción universal de las necesidades integrales de salud.

El citado informe, señala como principal problema la política presupuestaria. Si bien para el 2005, el gobierno identificó entre sus prioridades la continuidad de proyectos de salud y el fortalecimiento de las redes ambulatorias y hospitalarias no hubo asignación de recursos financieros, y como agravante, el financiamiento de las políticas y acciones de salud aún dependen de fuentes distintas a las del MSDS, como la estatal Petróleos de Venezuela (Pdvs), el Fondo Nacional de Inversión Social (Fonvis), el Fondo Intergubernamental para la Descentralización (Fides), y la Banca Multilateral, lo que impide el control en la ejecución de dichos planes.

#### **I.3.4. Fundaciones de apoyo**

Dado el escaso apoyo gubernamental hacia las pacientes con cáncer de mama, ha surgido un grupo numeroso de venezolanos dispuestos ayudarlas, que se han organizado de diferentes modos para materializar ese apoyo, que puede ser económico, psicológico, emocional, familiar, de pareja... Y cuyos nombres y perfiles se presentan a continuación:

La Corporación Yo Mujer (2005) dicta *Talleres* de apoyo emocional a la paciente con cáncer, tales como *La enfermedad una experiencia crecedora*, *Redescubriéndome como mujer*, *Que mi vida valga la pena*, *Aprendiendo a expresar mis sentimientos*, *Cuidados generales del brazo con disección axilar*, *Prevención del linfedema del brazo con disección axilar*, *Rehabilitación funcional*, y *Autocuidado en salud*. Los dicta en la casa de acogida Yo Mujer y en centros hospitalarios públicos y privados donde se nos requiera.

La Corporación no se ocupa sólo de la paciente; sino también de su grupo familiar, al cual dirige talleres como *La enfermedad en pareja*, y *Mi mamá está enferma*. También dicta psicoterapia individual, para parejas y la familia, talleres de relajación, y charlas para la comunidad.

- Fundaseno empezó a funcionar en 1999, con la participación voluntaria de profesionales de la salud. La organización busca promover la información sobre el cáncer de mama, segunda causa de muerte por cáncer en las mujeres en Venezuela, para estimular conductas de detección temprana. Para ello se vale de campañas educativas sobre cáncer de mama, dirigidas a la mujer, y fomenta el esparcimiento de los Grupos de Apoyo que prestan ayuda psicológica y emocional a las pacientes y sus familiares.

- La Sociedad Venezolana de Mastología agrupa a especialistas en el tratamiento del cáncer de mama. Presta servicios a través del intercambio y actualización de los conocimientos sobre el cáncer de mama. Dicta jornadas, charlas y simposios.

- La Fundación de Lucha Contra el Cáncer de Mama 'María Gabriela Carrillo' (Funcamama) es una organización sin fines de lucro, que empieza a funcionar en 2002, bajo la premisa que hay falta de información sobre el cáncer de mama en la población, y falta de apoyo integral gubernamental a este tipo de pacientes.

Funcamama implementa programas hacia diferentes sectores de la sociedad: campañas educativas, de pesquisa, de prevención, de diagnóstico y de atención integral a la paciente con cáncer de mama. También trata de sensibilizar al empresariado carabobeño sobre la importancia de divulgar este tema a sus trabajadores y familiares, para de reducir la incidencia de la patología.

Funcamama realiza tertulias-café como parte de su Programa de Atención Integral al Paciente Diagnosticado; clases de Yoga; préstamo de pelucas, sombreros y otros accesorios.

El Programa Educativo de Funcamama, incluye jornadas de información sobre la enfermedad; y promoción de la Fundación en centros comerciales, en donde se tiene contacto directo con la comunidad, a la cual le entrega material educativo y la atiende personalmente, para crearles conciencia sobre la necesidad de estar informados sobre el cáncer de mama. También presentan videos y charlas en instituciones educativas, empresas y organizaciones.

El Programa de Salud de Funcamama, abarca la orientación a pacientes que ya están en control, lo cual pueden hacerse con un descuento considerable.

- La institución Unidas contra el Cáncer de Mama (Unicam.), surgió en el año 2000, gracias a Thaís Carrillo y Brigitte Berner, quién murió en 2003. Está constituida por mujeres que han superado la enfermedad, y ahora buscan dar apoyo psicológico a las pacientes, por medio de conversaciones sobre el cáncer de mama orientadas a darles ánimo y consejos, aclararles interrogantes y orientarlas.

- La Fundación Amigos de la mujer con cáncer de mama (Famac) es una organización sin fines de lucro que otorga apoyo a pacientes con cáncer de mama y de bajos recursos.

- Senosalud existe desde el año 2003, como una asociación sin fines de lucro, que busca impulsar el diagnóstico temprano del cáncer de mama, valiéndose de charlas educativas que otorgan orientación y apoyo emocional a la paciente diagnosticada con cáncer de mama y a su familia. También realizan jornadas de despistaje para el diagnóstico precoz de toda la población interesada.

Su Coordinación de Apoyo y Orientación psicológica, está conformado por psicólogos que buscan vigorizar a las mujeres en su derecho a ser oídas y a manejar información sensata, clara y precisa sobre su enfermedad y tratamiento; orientar vía *online*; y orientar a la gente sobre las razones psicológicas que apartan a la mujer del diagnóstico precoz.

Algunos de los objetivos de esta organización son: informar al paciente de qué servicios dispone; apoyar psicológicamente a la paciente durante el tratamiento; brindar esperanza a la mujer con cáncer de mama; suscitar el intercambio de experiencias entre sobrevivientes de cáncer de mama; ser vocera de las pacientes con cáncer de mama, para contribuir a la mejora de las condiciones de estas pacientes en Venezuela; facilitar la creación del voluntariado de pacientes, profesionales médicos y psicológicos, y de empresas privadas que quieran participar en Senosalud.

Senosalud ha preparado dos folletos informativos para distribución gratuita, en lenguaje sencillo, en el cual se responden las preguntas más comunes sobre el cáncer de mama, el autoexamen y la supervivencia.

Aunque parecen numerosas las instituciones que dan apoyo a pacientes con cáncer de mama, la realidad es que éstas no son suficientes y el sector salud no presta un servicio eficaz y eficiente, debido al déficit de insumos y personal en los centros hospitalarios.

Pero además, detrás de esta realidad social venezolana en salud, se esconden razones que van más allá de lo burocrático y lo económico, que se pudieron conocer a través del acercamiento a la población afectada, mediante la entrevista a una muestra, cuyas características, expectativas y opiniones se vieron reflejadas en los instrumentos aplicados, los cuales se detallan en el siguiente capítulo que explicará en detalle el marco metodológico de esta investigación.

## **II. MARCO METODOLÓGICO**

La intención de esta tesis es realizar una campaña informativa dirigida a pacientes con cáncer de mama, que ya estén en etapa de tratamiento, para ponerlas al tanto del abanico de opciones que tienen en sus manos para superar su problema físico, pero sobre todo para saber como enfrentar de la mejor manera posible la depresión psicológica que esta enfermedad suele causar, tanto en quienes la padecen en su propio cuerpo, como en aquellos familiares y allegados que también se ven afectados.

Esto constituye el objetivo general de la investigación, el cual se esquematizará más adelante, junto con sus objetivos específicos, el tipo de investigación y su diseño, el método de recolección de datos, lo relacionado con la muestra, los instrumentos que se aplicarán y sus justificaciones. Pero antes de esto, se hará la presentación del tema de estudio.

### **II.1. El tema**

Este proyecto aborda el cáncer de mama, debido a la alta incidencia y mortalidad (43 mil personas al año) que ha ganado esta enfermedad en la población

venezolana, según lo demuestra el último registro oncológico de la Sociedad Anticancerosa de Venezuela (SAV), correspondiente al año 2003. Cifra que coincide con las de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS): hay 63 casos por cada 100 mil habitantes al año.

Esta cifra puede interpretarse de la siguiente forma: si Venezuela tiene 26 millones de habitantes, entonces hay 16.380 casos de personas con cáncer de mama cada año.

Esto implica que hay un número significativo de personas que sufren esta patología, a las cuales se quiere destinar una campaña informativa que indique qué debe hacer la paciente cuando recibe ese diagnóstico, a dónde puede acudir, con quién cuenta y qué leyes la amparan; pues, si hay un porcentaje de mujeres que mueren por falta de información, la campaña podría ayudar a que este grupo disminuya.

Este proyecto pretende entonces crear dicha campaña mediante el diseño de una estrategia comunicacional que sienta bases para reducir la desinformación existente en este grupo de la población.

### **II.1.1. Establecimiento de los objetivos**

**II.1.1.1. Objetivo general:** Realizar una campaña informativa para pacientes con cáncer de mama sobre criterios de apoyo general para el tratamiento de su enfermedad.

#### **II.1.1.2. Objetivos específicos:**

1. Abordar conceptos referenciales sobre comunicación y salud.
2. Conocer la información médica indispensable para entender la enfermedad.

3. Recopilar información relacionada con el cáncer de mama en Venezuela y con la realización de otras campañas de comunicación y salud tanto nacionales como internacionales.

## **II.2. Determinación del tipo de investigación**

**Exploratoria:** Se orienta a mostrar elementos que clarifican el porqué de los altos niveles de desinformación sobre el cáncer de mama en la población femenina venezolana que sufre de esta enfermedad.

Con esta información se busca conocer la situación de las mencionadas pacientes específicamente en el contexto venezolano, para crear una propuesta de campaña informativa sobre apoyo general a la paciente que ya sufre el carcinoma.

## **II.3. Diseño de la investigación**

**No experimental:** No se ejerce control sobre ninguna de las variables de estudio, sino que se observan en su entorno a las pacientes con cáncer de mama, así como a las diferentes campañas en torno a su enfermedad de las que hayan podido ser audiencia.

Se apoya en la observación directa del contexto social venezolano en torno al cáncer de mama; en la entrevista a especialistas oncológicos y en materia de campañas informativas en salud; en la encuesta a pacientes; y en la revisión de archivos relacionados con cáncer de mama en Venezuela, campañas informativas y estrategias comunicacionales.

## **II.4. Búsqueda de información secundaria**

Para sustentar la investigación se consultó material bibliográfico y electrónico; así como fuentes vivas, relacionadas con testimonios, especialidades médicas y en el área de comunicación y salud.

Aunque se trata de una investigación no experimental, se requirió la consulta de textos que proporcionen una base teórica; pero también se trabajó con un método de una naturaleza empírica, pues se estudió un hecho que no se manipuló, sólo se observó sin intervenir en él.

## **II.5. Elaboración de instrumentos para recolección de información en cada unidad de análisis**

Para obtener información pertinente de las fuentes vivas a consultar se elaboraron dos instrumentos: una entrevista y una encuesta. La primera sirvió para obtener datos cualitativos sobre el tema en términos teóricos y científicos, la segunda proporcionó datos cuantitativos y cualitativos empíricos, ya que se aplicó a una muestra afectada.

### **II.5.1. Definición de la población de interés**

La población de interés para las entrevistas estuvo conformada por médicos especializados en oncología y por profesionales de la comunicación social con experiencia en el área de salud.

Para las encuestas, la población de interés fueron las pacientes con cáncer de mama que acuden a los principales centros de salud donde se trata la enfermedad y los familiares de estas pacientes.

### **II.5.2. Método de recolección de datos**

Para la recolección de datos se utilizó la entrevista, por ser la técnica ideal para obtener información de primera mano de los especialistas, que no sólo están en capacidad de proporcionar datos teóricos sino también sus vivencias con los pacientes. Mientras que la encuesta es el instrumento más adecuado para organizar por categorías la muestra seleccionada, con respecto a la edad, sexo, nivel socioeconómico, etc.

### **II.5.3. Escogencia del marco de muestreo**

**Organizaciones:** éstas fueron seleccionadas por ser centros de referencia nacional.

- Servicio de Oncología, Hematología y Quimioterapia de la Universidad Central de Venezuela.
- El Servicio de Radioterapia del Hospital Clínico Universitario.

### **Grupos de individuos:**

- Médicos oncólogos.
- Psiquiatra y psicólogos especializados en oncología.
- Trabajadora social.
- Comunicadores sociales especializados en campañas.
- Pacientes femeninas con cáncer de mama.
- Familiares y allegados de pacientes femeninas con cáncer de mama.

### **II.5.4. Selección del método de muestreo**

Dado que la población afectada con cáncer de mama es representativamente grande, se hizo un muestreo probabilístico aleatorio entre las pacientes con cáncer y sus familiares para aplicar la encuesta.

En el caso de la entrevista se realizó un muestreo no probabilístico para realizar las entrevistas ya que los especialistas fueron seleccionados bajo el criterio de conveniencia por el manejo de la información.

### **II.5.5. Determinación del tamaño de la muestra**

Para determinar el tamaño de la muestra de pacientes femeninas con cáncer a encuestar, se realizó una revisión de los libros de las historias médicas de archivo

del Servicio de Oncología, Hematología y Quimioterapia de la Universidad Central de Venezuela, y del Servicio de Radioterapia del Hospital Clínico Universitario, contando página por página los casos de pacientes con cáncer de mama registradas desde el año 2000 hasta julio de 2006, puesto que ninguna de las dos tenían un registro ordenado de los años anteriores.

El total de casos fue de 1.450, y el promedio entre el período revisado (7 años) reportó un total de 207 casos, que al dividirlos entre dos indicó que el número ideal a encuestar sería de 104 personas entre ambos sitios. No obstante, el inconveniente para llegar a esta cifra fue el trabajo de construcción que se estaba realizando en el servicio de Radioterapia del HUC, el cual dificultó la aplicación del instrumento, debido a la poca asistencia de pacientes que había en el lugar.

Sin embargo, se encuestaron un total de 60 personas, 42 pacientes y 18 familiares, y se determinó que esta cantidad era estadísticamente aceptable de acuerdo con la estrategia de muestreo teórico según S.J. Taylor y R. Bogdan (1996), en la cual “el número de casos estudiados carece relativamente de importancia. Lo importante es el potencial de cada caso para ayudar al investigador en la comprensión del área estudiada” (p.108).

Asimismo, S.J. Taylor y R Bogdan (1996) señalan que este tipo de muestreo se recomienda cuando se ha descubierto “toda la gama de perspectivas de las personas en las cuales estamos interesados” y después de realizar varias encuestas se comienza a percibir que las indagaciones con personas adicionales no produjeron nuevos hallazgos.

#### **II.5.6. Elección de los elementos de la muestra**

Dado que la encuesta se realizó con criterio probabilístico aleatorio, no se pudo conocer con precisión los nombres de los encuestados, sino que estos se

conocieron una vez aplicado el instrumento. Sin embargo, no se reveló la identidad, sino que fue sustituida por un número de encuesta.

En el caso de las consultas y entrevistas sí se mencionaron los especialistas en oncología y comunicación social. Thais Morella Rebolledo, oncólogo y jefe del Servicio de Radioterapia, Oncología y Medicina Nuclear del Hospital Universitario Caracas (HUC) de la Universidad Central de Venezuela (UCV); María Villegas, oncólogo del HUC; Giuseppe Figurelli, oncólogo de la Cruz Roja de Venezuela; María Alejandra Carvallo, psicóloga, y Susana Urbani, psiquiatra, del Servicio de Radioterapia, Oncología y Medicina Nuclear del HUC; Alberto Contreras, cirujano oncólogo del Centro Clínico Profesional Caracas. Tiziana Polezel, jefe del Departamento de Comunicaciones Publicitarias; y Yasmin Trak, profesora de la cátedra de Comunicaciones Publicitarias de la Universidad Católica Andrés Bello.

## **II.6. Selección de entrevistados**

El criterio para la selección de los entrevistados especialistas en comunicación tuvo relación directa con su currículo, experiencia en discusiones vinculadas con campañas.

La escogencia de los oncólogos tuvo que ver con su experiencia laboral en los centros claves para esta investigación, ya que en dichas instituciones es donde se concentra el mayor número de pacientes con cáncer de mama.

En ambos casos, la elección de entrevistados se hizo tomando en cuenta la factibilidad de acceso de las tesis a estos profesionales, es decir, tales personas se encontraban en el área de estudio, que fue Caracas y contactarlos no requirió de mayores trámites formales.

## II.7. Diseño de muestra de encuestados

### II.7.1. Encuesta para pacientes femeninas con cáncer de mama:

No. de encuesta \_\_\_\_\_

1. Edad \_\_\_\_\_ 2. Tiempo con la enfermedad \_\_\_\_\_

3. Cómo obtiene sus medicamentos \_\_\_\_\_

4. Cuánto gasta en bolívares mensualmente:

Menos de 50 mil \_\_\_\_\_

Desde 50 mil hasta 100 mil \_\_\_\_\_

Desde 100 mil hasta 300 mil \_\_\_\_\_

Desde 300 mil hasta 600 mil \_\_\_\_\_

Más de 600 mil \_\_\_\_\_

5. ¿Sabía usted que puede obtener tratamiento gratis para su enfermedad?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

6. ¿Qué tipo de ayuda recibe para su enfermedad?

Psicológica personal \_\_\_\_\_ Psicológica familiar \_\_\_\_\_

Económica \_\_\_\_\_

7. ¿Cómo se llama la institución o grupo que le brinda apoyo?

\_\_\_\_\_

8. ¿A través de qué medio hizo contacto con la institución o grupo?

\_\_\_\_\_

9. ¿Qué encuentra satisfactorio en el apoyo que recibe?

---

10. ¿Qué percibe como insuficiente en el apoyo que recibe?

---

11. ¿Qué campañas conoce sobre el cáncer de mama?

---

12. ¿Qué le agrada de esa campaña?

---

13. ¿Qué le desagrada de las campañas sobre cáncer de mama?

---

14. ¿Cuál de estos aspectos considera que se destaca más en las campañas sobre cáncer de mama?

Prevención \_\_\_\_\_ Diagnóstico \_\_\_\_\_ Tratamiento \_\_\_\_\_

Ayuda psicológica \_\_\_\_\_ Ayuda familiar \_\_\_\_\_

Ayuda económica \_\_\_\_\_

15. ¿Cuál o cuáles de los aspectos anteriores cree usted que son los más importantes destacar en este tipo de campaña?

Prevención \_\_\_\_\_ Diagnóstico \_\_\_\_\_ Tratamiento \_\_\_\_\_

Ayuda psicológica \_\_\_\_\_ Ayuda familiar \_\_\_\_\_

Ayuda económica \_\_\_\_\_

16. ¿En qué lugar le gustaría encontrar información relacionada con tratamiento y con apoyo general para pacientes con cáncer de mama?

---

17. ¿Qué es lo que más le incomoda de esta enfermedad?

---

**II.7.2. Encuesta para familiares y allegados de pacientes femeninas con cáncer de mama:**

No. de encuesta \_\_\_\_\_

1. Edad \_\_\_\_\_ 2. Nexa con el paciente \_\_\_\_\_

3. ¿Qué sabe usted sobre el cáncer de mama?

---

4. ¿De qué manera apoya al paciente?

Psicológicamente \_\_\_\_\_ Económicamente \_\_\_\_\_

Asistiendo a terapias de grupo \_\_\_\_\_

5. ¿Qué institución conoce usted que preste apoyo general a este tipo de pacientes?

---

6. ¿Cómo supo de la existencia de esa institución?

---

7. ¿Qué considera positivo en la labor de esa organización?

---

8. ¿Qué otro tipo de apoyo le gustaría recibir de esta institución?

---

9. ¿Qué opina de las campañas sobre cáncer de mama?

---

10. ¿Considera que efectivamente ayudan a superar el problema al paciente?

---

11. ¿Cuál de estos aspectos considera que se destaca más en las campañas sobre cáncer de mama?

Prevención \_\_\_\_\_ Diagnóstico \_\_\_\_\_ Tratamiento \_\_\_\_\_

Ayuda psicológica \_\_\_\_\_ Ayuda familiar \_\_\_\_\_

Ayuda económica \_\_\_\_\_

12. ¿Cuál o cuáles de los aspectos anteriores cree usted que son los más importantes destacar en este tipo de campaña?

Prevención \_\_\_\_\_ Diagnóstico \_\_\_\_\_ Tratamiento \_\_\_\_\_

Ayuda psicológica \_\_\_\_\_ Ayuda familiar \_\_\_\_\_

Ayuda económica \_\_\_\_\_

13. ¿En qué lugar le gustaría encontrar información relacionada con tratamiento y con apoyo general para pacientes con cáncer de mama?

---

14. ¿Considera usted que una campaña informativa le puede orientar para ayudar al paciente a superar su enfermedad?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

15. ¿Por qué?

---

Con respecto a las entrevistas a oncólogos, las tesisistas no desarrollaron un cuestionario rígido, sino que hicieron preguntas abiertas para establecer un diálogo del cual se obtuvo información útil para la investigación, tal como anécdotas, casos, estadísticas, mitos, estado psicológico de las pacientes, entre otros.

### **II.7.3. Justificación de cada ítem**

#### **II.7.3.1. En la encuesta para pacientes femeninas con cáncer de mama**

Se destinó un espacio para colocar el número de encuesta en lugar del nombre del paciente, pues se prefirió mantener la confidencialidad del entrevistado.

La edad y el tiempo con la enfermedad, fueron preguntas dirigidas a la obtención de datos cuantitativos, para determinar el grupo etáreo afectado, y el estadio predominante en la muestra.

Las preguntas 3, 4 y 5, permitieron develar el gasto promedio en medicamentos por parte de las pacientes, para conocer el grado de afectación monetaria e intuir el interés que pueda tener esta muestra acerca de la obtención de tratamiento gratuito, lo cual permitió hacer énfasis económico en la campaña.

Las interrogantes 6, 7, 8, 9 y 10, se orientaron a conocer que tipo de apoyo psicológico recibían las pacientes, a parte del tratamiento de rutina, con la finalidad de saber si contaban con este apoyo, qué tan conformes estaban con él y qué percibían como insuficiente; o si no contaban con dicho apoyo, saber si querían contar con él. Las respuestas permitieron saber si el acento de la campaña debía estar en el aspecto psicológico.

Las consultas que se hicieron desde la 11 a la 17, buscaron conocer el grado de información de la muestra sobre otras campañas relacionadas con salud, cuál era la percepción del grupo sobre éstas, a través de qué medio le gustaba informarse, y cuáles eran los aspectos que les parecían más importantes de resaltar en estos mensajes. Los datos obtenidos ayudaron a determinar si la orientación de los mensajes debía ser hacia la prevención, diagnóstico, tratamiento; y cuál podría ser el canal de información más adecuado para llegar a esta audiencia.

### **II.7.3.2. En la encuesta para familiares y allegados de pacientes femeninas con cáncer de mama**

Se colocó el número de encuesta con la misma finalidad de preservación de la identidad. Las preguntas 1 y 2, sirvieron para conocer la edad y el parentesco con el paciente, de modo que se pudiera saber quiénes eran las personas que solían acompañarlos a su tratamiento, pues a ellos también iría dirigida la campaña.

Las interrogantes 3 y 4, permitieron explorar el grado de información que manejan estos encuestados sobre el cáncer y cómo tratar a las personas que lo padecen; así se supo cuánta orientación necesitaban al respecto, lo cual se tomó en cuenta para la planificación de la campaña.

Las consultas que se hicieron de la 5 a la 8, ayudaron a saber si los encuestados recibían alguna orientación institucional, y qué tan efectiva la

sentían; así se conoció si ellos estaban utilizando tal información en términos prácticos.

Desde la pregunta 9 a la 15, se indagó sobre la percepción de tales encuestados en relación a otras campañas de salud, a través de qué medio le gustaría que les llegue la información, y cuáles son los aspectos que consideraban más importantes de destacar en estos mensajes. Los datos emanados ayudaron a determinar si la orientación de la campaña sería hacia la prevención, diagnóstico, tratamiento, y cuál podría ser el canal de información más adecuado para llegar al grupo.

#### **II.7.4. Validación con expertos que evalúen guía de entrevista y cuestionario**

El cuestionario de entrevista a pacientes, y el de entrevista a familiares y allegados, fue revisado por la profesora Tiziana Polesel, quien es especialista en el área de comunicación y campañas, por lo que cuenta con el criterio y la experiencia suficiente para validar estos instrumentos.

Fue ella quien también orientó a las tesistas en el tipo de entrevista que debían hacer a los otros especialistas que se consultaron, esencialmente respecto a las preguntas más pertinentes en esas consultas.

### **III. RESULTADOS**

Como se dijo en el capítulo anterior, el objetivo de esta tesis es realizar una campaña informativa para pacientes con cáncer de mama sobre criterios de apoyo general para el tratamiento de su enfermedad. Para ello fue necesario no sólo conocer la información médica indispensable para entender la enfermedad, sino también recopilar información relacionada con el cáncer de mama a través de las pacientes, sus familiares y allegados a fin de conocer sus expectativas ante la enfermedad y cuáles son las carencias comunicacionales en cuanto mensaje y contenido, que éstas consideran que se deben mejorar o incorporar en las campañas sobre cáncer de mama.

En tal sentido, este capítulo mostrará la tendencia de las personas encuestadas, 60 en total, de las cuales 42 son pacientes y 18 familiares que apoyan bien sea de manera económica o afectiva a estas personas. De tal manera que las opiniones de ambas muestras y los resultados obtenidos son las bases de la estrategia comunicacional de la campaña, la cual se desarrolla en el capítulo V de esta tesis.

### III.1. Encuestas para pacientes femeninas con cáncer de mama

Como se señala en la introducción de este capítulo, para esta investigación se encuestaron un total de 60 personas: 42 pacientes femeninas con cáncer de mama (muestra 1), y 18 familiares y allegados (muestra 2). Primero se presentarán los resultados obtenidos con la muestra 1:

- 1. Edad:** 29 años o menos fue el menor rango y no se contabilizaron casos, el resto de las edades se agruparon en intervalos de 4 años. Entre 30 y 34 años no se registraron casos. Sólo 5% de la muestra se ubica entre los 35 y 39 años. Entre 40 y 44 años hay un 12% de la muestra, mientras que entre 45 y 49 años se ubica la mayoría de los casos con 24%, le siguen los intervalos de 50-54 y 55-59 años que agrupan el 19% cada uno, y de los 60 años en adelante, la incidencia es menor y varía entre 2 y 9%. De estos resultados se puede concluir que la población femenina afectada por cáncer de mama es relativamente joven.
- 2. Tiempo con la enfermedad:** en esta pregunta 36% de la muestra tiene entre 2 y 4 años con la enfermedad; 33% padece de cáncer desde hace un año o menos, y 31% sufre de carcinoma desde hace 5 años o más.
- 3. Forma de obtener los medicamentos:** entre las opciones para conseguir tratamiento, 60% contestó que los obtiene a través del Instituto Venezolano de Seguro Social (IVSS); 12% no está en tratamiento; 12% los consigue por donativos (hospital, empresa privada, etc.); 9% los obtiene en el Servicio Autónomo de Elaboraciones Farmacéuticas del programa social de Suministros de Medicamentos (Sumed); y 7% los adquiere por su cuenta. De lo cual se puede inferir que la mayoría de los pacientes obtienen el tratamiento gratuito gracias al seguro social; pero que hay otra proporción, cuyas necesidades —en ese sentido— no son

cubiertas, y se ven en la necesidad de acudir a otras instancias para poder seguir adelante con el tratamiento.

- 4. Gasto mensual en tratamiento:** en esta pregunta 33% de las pacientes contestó que gasta más de 600 mil bolívares mensuales en tratamiento; 17% entre 300 y 600 mil; 12% entre 100 y 300 mil; 12% entre 50 y 100 mil; y 26% desembolsa menos de 50 mil bolívares. No obstante, de esta proporción 14% de las pacientes van a ser operadas próximamente y 12% tenía poco tiempo con la enfermedad. Estos resultados confirman que a pesar de que el 60% de las pacientes obtiene las medicinas a través del IVSS, la mayoría gasta más de 600 mil bolívares en medicinas, lo que implica que el tratamiento no es del todo gratis y que las pacientes deben asumir una importante carga mensual.
  
- 5. Conocimiento sobre la obtención de tratamiento gratuito:** 71% de la muestra contestó que sí sabía que podía obtener tratamiento gratuito, bien fuera a través del IVSS, siendo o no cotizante, así como por medio de donativos, fundaciones o empresas privadas. 29% respondió que no conocía esa información, proporción que comprende un 10% de pacientes que recién comenzaron a tratarse la enfermedad, por lo que aún no han sentido la carga económica mensual que genera este tipo de tratamiento; y 19% corresponde a aquellas que no conocía esta información, a pesar de estar recibiendo medicación.
  
- 6. Tipo de ayuda que recibe para su enfermedad:** 33% de las pacientes respondió que no tenía ningún tipo de ayuda; 24% obtiene ayuda económica; 24% cuenta con el apoyo de su familia y 19% recibe ayuda psicológica personal. Esto significa que a pesar de que las pacientes reciben parte del tratamiento a través del Seguro Social, esto no es percibido como ayuda propiamente, pues ellas la otorgan más importancia

a la ayuda monetaria, familiar y psicológica, sin darse cuenta de que el apoyo del IVSS corresponde a una ayuda monetaria significativa, tanto por dar el medicamento, como por otorgarlo a tiempo, en muchos de los casos, pues en algunas oportunidades hay déficit de ciertas medicinas.

- 7. Instituciones de apoyo general conocidas:** 33% de la muestra indicó que recibe apoyo del IVSS; 26% de ninguna institución; 12% del Hospital Clínico de Caracas (HUC); 10% del Sumed; 7% de Senosalud; y el resto señaló a otras fundaciones y empresas privadas agrupando entre todas 12%. Estos datos implican que sólo un tercio de la población encuestada conoce al IVSS como institución de apoyo; lo cual deja 66% de la población al margen de esa ayuda, pues estas personas se encuentran en estado de desconocimiento, que además de mantenerlos desprotegidos en cuanto a su salud, los pone en desventaja ante otras pacientes que se están en las mismas condiciones ciudadanas, es decir que son venezolanas y que por lo tanto deberían gozar de los beneficios del sistema de salud.
  
- 8. ¿Cómo supo de la existencia de esa institución?:** 31% de la muestra contestó que hizo contacto con la institución de apoyo mediante el HUC; 29% por medio del trabajo; 24% por ningún medio; y el resto de las respuesta fueron a través de familiares, amigos, fundaciones y dispensarios, agrupando entre todos un 16%. Estos datos indican que el hospital y el lugar de trabajo se deben considerar como opciones para difundir el mensaje de la campaña, porque poseen gran alcance dentro de la muestra; pero además implican que la información se pasa de persona a persona, pues las pacientes la reciben de su médico, de la psicóloga industrial de su trabajo, de familiares... Se trata de una especie de tradición oral.

**9. Lo positivo de la organización:** ante esta interrogante 36% de las pacientes respondieron que la ayuda psicológica es satisfactoria; 31% dijo que recibir los medicamentos; 2% se refirió al apoyo de la familia y 31% respondió que nada. Sin embargo esta última proporción comprende 17% que efectivamente no está conforme y 14% que está comenzando a tratarse la enfermedad o son pacientes que van ser operadas. En estos resultados se nota la importancia que tiene para las pacientes la ayuda psicológica por un lado, y recibir el tratamiento para su enfermedad por otro. Este último aspecto es resaltado como algo positivo, a pesar de que las pacientes suelen estar conscientes de que el IVSS las provee de ciertos medicamentos, pero que podría haber otros que no estén en la institución, y que por lo tanto les toque costear al costo que sea.

**10. Lo insuficiente de la institución:** la mayor preocupación de las pacientes es que a veces no hay los medicamentos, así lo manifestó el 24%; 7% se quejó del trato del personal médico en los centros asistenciales; 7% manifestó su incomodidad por los procedimientos para retirar los medicamentos y 62% contestó que nada, aunque de esta proporción 31% está representado por las pacientes que están comenzando con el tratamiento o van a ser operadas, y por lo tanto no han sufrido lo engorroso del procedimiento para retirar las medicinas. Estas cifras refuerzan que la principal preocupación de las pacientes es conseguir el tratamiento para su enfermedad, aunque los procedimientos para obtenerlos ante el IVSS sean incómodos.

**11. Campañas que conoce sobre cáncer de mama:** de las 42 pacientes encuestadas, 57% contestó que no conocía ninguna, 17% conoce la campaña *Tócate* de la Sociedad Anticancerosa de Venezuela (SAV), 10% se refirió a las de Fundaseno y 7% a las de Senosalud; 9% mencionó otras fundaciones. Las respuestas obtenidas en esta pregunta evidencian que no

hay un posicionamiento de campañas sobre el cáncer de mama en la muestra encuestada. Ejemplo de ello es el esfuerzo de la SAV, la cual ha invertido un alto presupuesto en su campaña, sin obtener mayores índices de recordación en el público objetivo. Esto podría implicar que los medios de comunicación masivos no necesariamente son los más efectivos en estos casos.

**12. Lo que le agrada de las campañas:** 50% de la muestra contestó que nada; 12% dijo que lo mejor de las campañas es que informan; 10% habló de la prevención; 10% de la ayuda psicológica; 5% destacó que están hechas por mujeres y el 12% restante respondió que las campañas son bonitas, tienen una labor social, entretienen, acompañan, etc. Se puede interpretar que al 50% de la muestra no le gusta nada de las campañas porque probablemente no las conocen, como se deduce de los resultados obtenidos en la pregunta 11.

**13. Lo que le desagrada de las campañas:** como en las dos preguntas anteriores la mayoría de las pacientes (74%) contestaron que nada; 17% se quejó de la falta de continuidad de las campañas; 5% las rechazó por ser tristes, 2% señaló que las campañas sólo destacan la prevención y 2% refirió que las campañas sobre cáncer no ayudan al paciente económicamente. Estos resultados reiteran el desconocimiento que las pacientes tienen acerca de las campañas sobre el cáncer de mama y la necesidad de mayor información y continuidad en éstas.

**14. Aspecto que más destaca:** 62% de las pacientes consideran que lo que más destaca en las campañas sobre el cáncer es la prevención; 21% respondió que no sabe; 12% contestó que se destaca la ayuda psicológica y el 5% piensa que se resalta la ayuda económica. Estos resultados indican que la población que ya está diagnosticada y que debe pasar a la etapa de

tratamiento, está siendo ignorada por las campañas actuales con relación a este tema; pero también permiten inferir que la proporción de pacientes que perciben apoyo psicológico en la campañas es baja; y que a pesar de que el factor económico es considerado uno de los más importantes por las pacientes, tiene una pequeña representación.

**15. Aspectos que les gustaría destacar:** 24% de las encuestadas opina que se debe destacar el diagnóstico en las campañas. Otro 24% piensa que lo más importante es hablar del tratamiento; 21% cree que se debe enfatizar en la ayuda psicológica; 14% considera importante el aspecto económico, y otro 14 % considera relevante la prevención. Sólo 2% se refirió a la ayuda familiar. Esto evidencia que casi la mitad de la población encuestada percibe como importante recibir orientación acerca del diagnóstico y el tratamiento para el cáncer de mama.

**16. Lugar favorito para encontrar la información:** en esta pregunta 75% de las pacientes manifestaron que quisieran recibir charlas sobre la enfermedad y el tratamiento, de este porcentaje 49% desea recibir las charlas en el hospital y 26% en los lugares donde van las mujeres más frecuentemente, como peluquerías, supermercados, baños públicos, entre otros. Sólo 21% dijo querer información a través de la televisión, y 10% por otros medios de comunicación, como radio y prensa. Estos datos evidencian que la información debe difundirse a través de medios no convencionales, sin descartar del todo los tradicionales, las pacientes solicitaron que la información se les ofrezca personalmente y en lugares altamente frecuentados por ellas.

**17. Lo que más le incomoda de esta enfermedad:** 26% de las pacientes contestaron que lo que más les incomoda es la quimioterapia; 24% respondió que nada; 21% se refirió al costo de los medicamentos; 14% a la

caída del cabello; 10% al cambio de vida y 5% al miedo a la muerte. La proporción de pacientes que contestaron que nada les incomodaba de la enfermedad, lo hicieron porque aún no están en etapa de tratamiento, y por lo tanto no han sufrido sus efectos secundarios.

### **III.2 Encuestas para familiares y allegados de pacientes femeninas con cáncer de mama**

A continuación se presentarán los resultados obtenidos con la muestra 2, conformada por 18 personas, entre familiares y allegados de las pacientes.

- 1. Edad:** esta también fue la primera interrogante para la muestra 1, de modo que se manejó la misma metodología de agrupación de los grupos etáreos. 29 años o menos representó el 22%; mientras que entre 30 y 34 años hubo sólo 6%. La mayoría de esta muestra se ubica entre 35 y 39 años con 28%. Hubo 17% entre 40 y 44 años; y 11% entre 45 y 49 años. En los rangos de 50 a 54 años, y de 70 ó más no se registró ningún caso; mientras que en los correspondientes a 55-59, 60-64, y 65-69 se obtuvo 6% en cada uno. Estos datos arrojan que las pacientes suelen estar acompañadas por personas jóvenes, que no pasan de 40 años.
- 2. Nexo con el paciente:** la mayoría de esta muestra afirma ser descendiente directo de la paciente, lo cual se representa con 38%, que incluye 86% de hijas y sólo 14% de hijos. Luego se encontró que 28% de la muestra está conformada por cuñadas, sobrinas y nietas; mientras que 17% son esposos de las pacientes; 11% son sus hermanas y sólo 6% sus madres. Así se puede concluir que las hijas —mujeres también— son las que suelen acompañar a sus madres en esta enfermedad, de hecho, en general las mujeres acompañantes representan 88%; mientras que los hombres, sólo 12%.

- 3. Conocimiento sobre el cáncer de mama:** 53% de la muestra asegura que si es tratado a tiempo es curable, está consciente de que requiere largo tratamiento, de que puede empezar como un quiste, y de que podría requerir quimioterapia, radioterapia y hasta reconstrucción de la mama. 18% indica que hay que hacerse el autoexamen, la mamografía desde los 35 años y una biopsia si es necesario para lograr el diagnóstico. Sólo 10% de la muestra manifestó pensar que el cáncer de mama es fatal. 7% indica que ese tipo de cáncer es una enfermedad terrible, y el mismo porcentaje opina que le da a muchas mujeres últimamente. 4% explica que se trata de células que no se regeneran. Todos estos datos permiten concluir que las pacientes que ya han pasado o están pasando por la enfermedad están conscientes de que no se trata de algo mortal, de que el cáncer de mama puede solucionarse si se diagnostica tempranamente, dados los avances tanto en diagnóstico como en tratamiento.
  
- 4. Manera de apoyo al paciente:** en esta pregunta el encuestado podía indicar tanto cualquiera de las tres opciones, como cualquier combinación de ellas. Así 39% de la muestra aseguró que apoyaba a la paciente psicológicamente; el mismo porcentaje dijo apoyarla tanto psicológica como económicamente; mientras que 11% contestó que su apoyo era sólo económico. El apoyo por medio de la asistencia a terapias de grupo como opción única no reportó ningún caso, así como tampoco lo hizo al combinarse sólo con la ayuda psicológica, o exclusivamente con el apoyo económico; sin embargo 6% de la muestra dijo apoyar a la paciente con todas las alternativas. Otro 6% dijo no apoyarla de ningún modo. Estos datos indican que el apoyo psicológico es el más prestado por la muestra, representado por 84%.
  
- 5. Instituciones de apoyo general conocidas:** el IVSS es la institución más mencionada, representada por 25%. Le sigue el Instituto de Oncología, Hematología y Quimioterapia de la UCV, con 17%; igual porcentaje hallado en la categoría “ninguna”. Fundaseno obtuvo 13%; el Hospital Oncológico

Padre Machado, de El Cementerio, contó con 8%. La Sociedad Anticancerosa, Badan, el Hospital Rísquez, la Iglesia y Pdvsa, obtuvieron 4% cada una. De estos resultados se puede concluir que aunque el IVSS es el ente comisionado por el Estado para garantizar la salud, sólo está llegando a un cuarto de la muestra, lo que implica que 75% debe acudir a instituciones alternativas para obtener apoyo; esto quebranta, además, el principio de gratuidad de la salud, bajo el cual debe regir la Nación.

- 6. ¿Cómo supo de la existencia de esa institución?:** la muestra indica que supo del apoyo que podía brindarle el IVSS porque fue referido por su médico tratante; porque es cotizante del Seguro; o porque se lo dijo otra paciente, amiga o familiar; lo cual indica que el IVSS posee 35% de los medios de difusión. La Sociedad Anticancerosa se posiciona con 5%, a través de los medios de comunicación.; Badan, con el mismo porcentaje, pero por medio de otros pacientes; el mismo 5% lo tienen el Hospital Rísquez y la Iglesia, pero el primero gracias a amistades, y la segunda por ser lugar de asistencia frecuente de la muestra. El Instituto de Oncología, Hematología y Quimioterapia de la UCV se posicionó con 18%, gracias a las referencias que hacen desde el Hospital Clínico Universitario, así como a los comentarios de otras pacientes y amistades. Fundaseno ostenta el mismo 18%, pero por efecto de los trabajadores sociales de las diferentes instituciones, los medios de comunicación social y los comentarios de otras pacientes. El Hospital Oncológico Padre Machado obtuvo 12 %, gracias a los comentarios de familiares. Estos resultados permiten inferir que los medios de difusión más efectivos son los “de boca en boca”, representados con 76% por el médico tratante, los trabajadores sociales, otros pacientes, las amistades y familiares.
- 7. Lo positivo de la organización:** esta pregunta tiene dos formas de ser analizada, una, por institución; y otra, por cualidad. Según la primera, el IVSS obtuvo 32% de rasgos positivos, representados por la capacidad atender a las

pacientes, y de entregarles las medicinas gratis y a tiempo. La Sociedad Anticancerosa obtuvo 5% dado que la muestra piensa “que ayudan”. El Instituto de Oncología, Hematología y Quimioterapia de la UCV se posicionó con 21% gracias a la atención y la aplicación del tratamiento. Fundaseno obtuvo 16% por su difusión de información, y atención y ayuda psicológica tanto a pacientes como a familiares. Badan tiene 5% por vender las medicinas más baratas; mientras que el Hospital Rísquez y Pdvsa tienen el mismo porcentaje gracias a la atención que brinda cada una. El Hospital Oncológico Padre Machado se posicionó con 11% dado que la atención la brindan especialistas.

La segunda forma de análisis le otorga 33% de cualidades positivas al hecho de poder conseguir las medicinas gratuitamente y ahorrar en el tratamiento; mientras que conseguirlas a tiempo y ser atendidas por expertos tienen 6% cada una. 50% de las encuestadas expresaron que recibieron ayuda psicológica e información tanto para ellas como para sus familiares.

Estos resultados permiten inferir que a pesar de las deficiencias, IVSS es la institución a la que la muestra confiere más cualidades; pues el rasgo más valorado es la atención, que forma parte del 50% descrito en el párrafo anterior.

- 8. Tipo de apoyo que le gustaría recibir de esa institución:** esta pregunta también debe ser analizada de dos formas, una, por institución; y otra, por cualidad. Según la primera, la muestra no demanda nada más ni de la Sociedad Anticancerosa, ni de Badan, ni de la Iglesia. Del IVSS espera que no se necesite hacer tanto trámite, que esté más cerca de su casa, que brinde apoyo psicológico y económico, así como información sobre otras enfermedades y sobre sus otros servicios, que tengan todas las medicinas, y que hagan la quimio y la radioterapia; estas demandas representan 41%. La

expectativa hacia el Instituto de Oncología, Hematología y Quimioterapia de la UCV es de 14%, referido a mayor apoyo económico y psicológico; las cuales son las mismas demandas que la muestra le hace a Pdvs, pero en 9%. De Fundaseno se espera, con 18%, mayor ayuda psicológica durante y después de la enfermedad, así como mayor incentivo al apoyo familiar. Del Hospital Rísquez se espera la implantación de terapias de grupo y el apoyo económico, representado por 9%. Del Hospital Oncológico Padre Machado la muestra tiene la expectativa de que les indique qué hacer ante el diagnóstico de cáncer de mama y de que aumente la eficiencia en la atención, lo cual representa otro 9%.

La segunda forma de análisis demanda 41% de mayor apoyo psicológico, lo cual incluye el aspecto familiar, la rehabilitación para después de la enfermedad y las terapias de grupo. También precisa 18% de mayor comodidad en los trámites, lo cual implica que sean menos burocráticos, y que tengan más sedes de atención donde puedan dar todos los medicamentos, la quimio y la radioterapia. 14% de las demandas se refieren a la necesidad de obtener información, especialmente la relacionada con otras enfermedades, con lo que se debe hacer ante un diagnóstico de cáncer de mama, y con los otros servicios de las instituciones como el IVSS. 23% de la muestra pide mayor ayuda económica; y sólo 5%, mayor eficiencia en la atención.

Estos resultados permiten inferir que el IVSS es la organización que tiene mayor demanda, probablemente porque el público la reconoce como aquella que debe asegurarle su salud; y que el apoyo psicológico es que la muestra siente como el más necesario, lo cual se correlaciona con el resultado obtenido en la cuarta pregunta de este encuesta.

- 9. Opinión acerca de las campañas sobre cáncer de mama:** 32% de la muestra sólo piensa que son buenas; sin embargo, otro 32% opina que son

débiles e insuficientes, por lo que sienten que falta política de prevención. 16% las define como orientadoras; 5% demanda que se enfoquen más en el apoyo psicológico; otro 5% rechaza las campañas porque les causa miedo y pena ser revisadas; el siguiente 5% asegura que ayudan a no caer en depresión; y el último 5% sienten que sólo enfocan prevención. Estos resultados permiten interpretar que la muestra recuerda poco sobre estas campañas, dado que casi un tercio de los encuestados apenas las tildan de buenas, sin especificar las cualidades que puedan poseer para merecer ese calificativo; sin embargo, hay otra parte de la muestra que esta clara en que estas campañas “no llegan”, les falta repetición, presencia, posicionamiento en la mente de la población, además de incluir aspectos psicológicos, que es una de las mayores demandas conocidas, así como luchar contra el miedo, que suele ser una característica común de esta población.

**10. ¿Ayudan a superar efectivamente el problema?:** la opinión está dividida equitativamente en 50% y 50%. El 25% de la muestra, que piensa que sí, defiende que las campañas aumentan el conocimiento sobre la enfermedad, y que esto permite mayor éxito en el diagnóstico y tratamiento; otro 6% de los que están de este mismo lado explican que incitan a hacerse los exámenes; otro 6% aplaude que gracias a las campañas algunos pacientes puedan aplicarse gratuitamente su quimioterapia, a lo cual se suma otro 6% que siente en ellas un apoyo económico; y un último 6% que expresa que el apoyo recibido es psicológico. El 50% de los que están en contra se divide 6% que sólo dice que no ayudan; 25% que asegura que están divorciadas de la realidad, puesto que les falta sensibilidad, ya que la enfermedad es muy cara, deben aclarar que lo mejor es hacerse la mamografía y el ultrasonido mamario periódicamente, y que nada sirve si no hay fuerza de voluntad; 13% indica que las campañas no llegan a la mayoría porque son poco frecuentes; y el último 6% explica que el hecho de que sólo se enfoquen en prevención, deja por fuera a toda aquella población para la que la prevención no funcionó, esta

padeciendo ahora su cáncer de mama y necesita ayuda. Estos resultados permiten inferir que las campañas tienen tantos seguidores como opositores y que cada quien sabe exactamente porqué está de cada lado, lo más aprovechable de esta información es entonces, que la gente quiere saber todo lo relacionado con el cáncer de mama, allí está la base del éxito para bajar las estadísticas de incidencia de la enfermedad, y quieren obtener una información pragmática, útil, real, porque el cáncer de mama es una realidad, que requiere soluciones precisas y a tiempo.

**11. Aspecto que más destaca:** prevención fue el elemento más mencionado por la muestra, en 59%. Le siguió diagnóstico y ayuda económica, con 17% cada uno; mientras que tratamiento y ayuda familiar no registraron ningún caso. Estos datos permiten confirmar que la campaña planteada en esta tesis es necesaria, puesto que efectivamente hay un vacío en esa área.

**12. Aspectos que les gustaría destacar:** existe la necesidad de resaltar por igual la prevención y el diagnóstico, con 20% cada uno. Esta necesidad es seguida de cerca por aquella de destacar en 18% el tratamiento y la ayuda psicológica, cada una. 15% demanda que se subraye la ayuda económica, y 10% que se haga en el apoyo familiar. Estos resultados permiten inferir que la muestra le da casi el mismo valor a todos los aspectos, con mínimo de prevalencia entre ellos, de modo que la nueva campaña debería resaltar prevención, diagnóstico, tratamiento, ayuda psicológica, económica y familiar, en ese estricto orden.

**13. Lugar favorito para encontrar la información:** hospitales, clínicas y sus respectivas carteleras son los lugares elegidos por 32% de la muestra; el mismo porcentaje escogió locaciones atípicas, como plazas, supermercados, bancos y el metro. Los medios de comunicación, con prevalencia de la televisión, obtuvieron 26%; y 7% de la muestra prefirió que esta información fuese impartida a los alumnos en los liceos, para que ellos fuesen la puerta de

entrada al hogar. A pesar de que la pregunta buscaba un dónde, la muestra dio un cómo: charlas, ella dijo preferir que la información se le diese personalmente, y si era a través de las persona que ya habían pasado por eso, mejor. Estos datos evidencian que la información no debe seguir siendo difundida sólo a través de los medios tradicionales, sino que debe reforzarse en igual medida en aquellos medios no convencionales, ofrecerse cara a cara en lugares adonde las mujeres van diariamente, en donde pasan mucho de su tiempo, para que ese tiempo tenga un valor agregado, el de llevarse un conocimiento útil para superar una enfermedad que asedia a tantas mujeres, como es el cáncer de mama.

**14. Capacidad orientadora de las campañas:** nadie de la muestra indicó nula capacidad orientadora; sólo 6% explicó que esa habilidad dependía de si la campaña indicaba cómo curarse. El otro 94% asegura que las campañas sí orientan. Estos datos apuntan que la gente sí valora las campañas como elemento orientador; pero, necesitan que sean prácticas, realistas, para que tengan verdadero valor.

**15. ¿Por qué la campaña ayudaría?:** 59% de la muestra asegura que el apoyo residiría en el hecho de que la campaña brindaría motivación, orientación e información para ayudarse a sí mismo y los demás. 24% indica que ayudaría en el ámbito psicológico, gracias a que permitiría eliminar el miedo y la depresión familiar. La ayuda económica con el tratamiento, el hecho de que la proporcionen personas preparadas y de que se base en comunicación, obtuvo 6% cada uno. Estos datos indican que hace falta una campaña informativa, testimonial, orientadora y motivadora, que ataque el miedo personal y familiar, que de instrucciones sobre la posibilidad de obtener ayuda económica.

### III.3 Análisis

Conocer los datos de ambas muestras sin realizar un cruce entre éstas sería quedarse en una visión segmentada del problema, por eso se hace necesario ir más allá del desglose de la información, y encontrar las coincidencias entre ambos grupos, que permitan elaborar un análisis profundo, que sienta las bases para la creación de una campaña efectiva de apoyo general para la paciente con cáncer de mama.

Tal como se expresó en el marco metodológico, las preguntas relacionadas con la edad de la muestra y nexos con el paciente fueron colocadas en los instrumentos con el fin de conocer el grupo etáreo al cual debería dirigirse la campaña: las pacientes se ubican entre 45 y 49 años; mientras que los familiares y allegados son menores de 40 años. Esto concuerda con el hecho de que la mayoría de las pacientes son madres relativamente jóvenes, acompañadas por otras mujeres, que casi en su totalidad son sus hijas.

Las preguntas relacionadas con el tiempo con la enfermedad y el conocimiento sobre cáncer de mama permitieron concluir que tanto pacientes como familiares que ya han pasado por el problema están concientes de que éste no es mortal; más bien afirman que tratado a tiempo y con un control médico periódico se puede superar satisfactoriamente y obtener un tiempo de supervivencia de más de 5 años.

El cruce entre la tercera y cuarta pregunta para pacientes, sobre cómo obtienen sus medicamentos y cuánto gastan mensualmente en eso, permitió concluir que si bien la mayoría de las pacientes consiguen sus medicamentos a través del IVSS, esto no implica que el tratamiento sea gratuito, pues suele suceder que algunas medicinas no están disponibles, lo que obliga a la mayoría de las pacientes a gastar más de 600 mil bolívares mensuales en medicamentos. La muestra está dispuesta a sacrificarse para conseguir el tratamiento por medio de esta institución, porque considera que sí representa un ahorro en las medicinas; pero no su gratuidad.

Otros tipos de apoyo que se constataron en las interrogantes vinculadas con el tipo de ayuda que recibe la paciente para su enfermedad y la manera en la cual los familiares la respaldan, fueron el psicológico y el económico. Tanto pacientes como familiares sienten que una vez cubierto el costo de los medicamentos, se está en mayor disposición de recibir la ayuda psicológica, dado que conseguir el tratamiento a tiempo es la mayor preocupación para ambas muestras. Esto implica que la tranquilidad económica se convierte en un factor psicológico.

La institución de apoyo general más conocida resultó ser el IVSS; aunque sólo atiende a un tercio de la población encuestada, lo que obliga a las pacientes a acudir a otras organizaciones para obtener su tratamiento. Esto explica el porqué la principal preocupación de la muestra es conseguir las medicinas por cualquier medio, así sea desembolsando grandes sumas de dinero.

La mayor parte de las encuestadas coincidió en que hizo contacto con la institución de apoyo gracias a los comentarios de otras personas, como familiares, amistades, médico tratante y hasta personas desconocidas, lo que evidencia que el medio más efectivo de difusión es la comunicación personal; no la mediática, que utilizan otras fundaciones, como la Sociedad Anticancerosa de Venezuela, Fundaseno y Senosalud.

Tales campañas son mayormente difundidas por televisión, y el público objetivo está constituido por personas que permanecen más de 8 horas diarias en los centros de salud, esperando para ser atendidos, además de que deben trasladarse hasta los hospitales cruzando largas distancias. Esto permite deducir que el tiempo y la disposición para ver televisión son limitados.

Lo que más valora la población encuestada es el apoyo psicológico; pero seguido muy de cerca por el aspecto económico, dado que, como se ha dicho, este

último influye en la disposición de la muestra para tratar su problema psicológicamente. De hecho, lo que la muestra más percibe como insuficiente es la escasez de ciertos medicamentos, situación que ejerce presión psicológica, pues los obliga a preocuparse por conseguir dinero para costear las medicinas, pero, al mismo tiempo, produce la sensación de impotencia de no poder hacer nada para impedir que la enfermedad avance por no poder recibir el tratamiento a tiempo.

Más de la mitad de las pacientes no conoce ninguna campaña sobre cáncer de mama; sólo un pequeño porcentaje recuerda algunas, de las cuales la más conocida la de *Tócate*, de la cual valoran el aspecto informativo, preventivo, psicológico y que estén hechas por mujeres. Viviana Gibelli resultó ser la imagen más recordada de la campaña, pero erróneamente asociada como una sobreviviente de cáncer de mama, probablemente por el estereotipo de belleza, vitalidad y juventud que ella transmite, de lo cual se puede inferir que la identidad visual de la campaña de esta tesis debe mostrar estas cualidades.

Otros aspectos cualitativos resaltados por la muestra en cuanto a las campañas sobre cáncer de mama fueron la debilidad e insuficiencia de estas, su enfoque únicamente preventivo, y la poca presencia de aspectos psicológicos para enfrentar el miedo ante la enfermedad, como aquel que produce los efectos secundarios del tratamiento, según refirió un tercio de las pacientes entrevistadas.

La población encuestada opina que las campañas deben ser más realistas y racionales, para que tengan un verdadero valor orientador, y dirigirse a la población que está enfrentando el problema, pues afirman que el aspecto relacionado con tratamiento está ausente en las campañas actuales, lo cual excluye a toda esta población.

Las pacientes opinan que lo que más deben destacar las campañas son el diagnóstico, el tratamiento y la ayuda psicológica; mientras que los familiares

defienden que lo más importante es la prevención y el diagnóstico. Estas posiciones son lógicas, puesto que quien ya está sufriendo la enfermedad quiere saber que hacer ante el problema; y quien no la ha sufrido quiere evitar pasar por esa experiencia.

Tanto pacientes como familiares y allegados sostienen que la nueva campaña debe hacerse por medio de charlas en hospitales y clínicas, a la vez que en lugares de frecuente visita por las mujeres, como bancos, peluquerías, supermercados, baños públicos, el metro y plazas públicas. Ellos no desprecian el uso del material impreso, pero principalmente desean que se utilice para hacer las convocatorias a las diferentes charlas.

Los familiares y allegados encuestados piensan que una nueva campaña sí ayudaría a sobrellevar el cáncer de mama, pero que ésta debe tener dos aristas principales: el tratamiento y el apoyo psicológico general, para efectivamente ayudarse tanto a sí misma como a los demás; y que se debe caracterizar por ser informativa y testimonial, para romper con el tradicional enfoque de “médico-paciente”, en el cual el primero es el único poseedor de la información, y el segundo, un receptor pasivo de ésta.

#### **III.4 Conclusiones del análisis**

Según el razonamiento realizado se puede concluir que la campaña informativa para pacientes, familiares y allegados debe tener las siguientes características:

- Ser fundamentalmente interpersonal, ya que las encuestas realizadas indican que las pacientes prefieren la comunicación cara a cara y no mediática.

- Estar basadas en apoyo psicológico, pues esta fue una de las demandas más frecuentes de las encuestadas, a la vez que una de las mayores carencias de las campañas conocidas y los centros de salud.
- Tener carácter testimonial, debido a que la población encuestada consideró que las campañas eran muy superficiales, y que la mejor manera de enriquecerlas sería a través de testimonio de personas que ya han pasado por la enfermedad, esto transmitiría mayor confianza y esperanza a las pacientes que se están iniciando en este proceso.
- Ser sistemática, es decir, una campaña enmarcada dentro de la política de salud del Estado y llevada paso a paso, lo cual implicaría la creación de todo un concepto con su debida justificación; una rigurosa etapa de planificación; y una fase de ejecución que debería seguirse de una profunda evaluación, que revele las fallas que se hayan presentado, así como los aciertos que habrán de repetirse en el relanzamiento de la campaña.
- Tener una marcada caracterización, que consistiría en el manejo de imágenes que representen a las pacientes venezolanas de los centros públicos de salud, así como su entorno y sus situaciones particulares. El rostro que habría de difundirse sería el de una mujer con una edad entre 40 y 50 años de edad, de contextura y estatura media, de piel ligeramente morena, de ojos oscuros y de aspecto sencillo.
- Basada en el diálogo, pues la población encuestada le concedió alta importancia a la comunicación interpersonal horizontal, por lo que se descarta la posibilidad de dictar talleres, conferencias, charlas, etc., ya que lo que las personas quieren es conversar abiertamente acerca de sus

miedos, así como plantear sus dudas con la idea de que se le responda en un lenguaje comprensible.

- Ser difundida en lugares claramente determinados y no convencionales, debido a la sugerencia de las mamas encuestadas, quienes indicaron que les interesa recibir la información en lugares de visita frecuente, tales como hospitales, supermercados, bancos, vagones del metro, etc. Esto permitiría que la campaña fuese altamente accesible al público meta. otorgaría a mayor accesibilidad
- Estar dirigidas a quienes tienen la enfermedad y a sus familiares, ya que las encuestas revelaron que ésta es una población desatendida, que tiene una serie de necesidades relacionadas con la obtención del tratamiento, así como con aspectos psicológicos y familiares, que podrían ser atendidos mediante una campaña informativa con estas características. Esta campaña no puede obviar el diagnóstico precoz, éste deberá sutilmente presentarse dado que parte del público objetivo está compuesto por personas que no han sufrido la enfermedad.
- Ser realista, porque se requiere de una imagen con la cual se identifique el público meta.
- Ser racional, porque las personas demandan información acerca de su problema, para disminuir el nivel de incertidumbre creado por los comentarios de personas con bajo nivel de conocimiento sobre el cáncer de mama, sus consecuencias y los avances en su tratamiento; pero también el producido por el miedo natural a la muerte, dada la común asociación de ésta con el cáncer.

#### **IV. ESTRATEGIA**

Luego de las conclusiones del análisis realizado en el capítulo anterior, se determinó que la estrategia a desarrollar se basará en la información obtenida de las encuestas aplicadas a pacientes y familiares, pues fueron ellos quienes manifestando sus necesidades, permitieron a las investigadoras darle forma y fondo a la campaña.

Según G. Belch y M. Belch (2004) la estrategia creativa de una campaña, es la determinación de qué se dice o comunica en el mensaje (p.66). De acuerdo con esta definición y con el análisis realizado, los resultados obtenidos indican que la campaña a desarrollar deberá responder a las necesidades identificadas en el público objetivo, que en este caso desea obtener mayor información sobre la enfermedad, el tratamiento y apoyo psicológico, a través de encuentros en los centros de salud, acompañadas de material impreso.

Asimismo, G Belch y M. Belch señalan que la estrategia se refiere al enfoque con que se atrae la atención de los consumidores o se influye en sus sentimientos relativos al producto, servicio o causa (p.288).

Para lograr este se utilizaron elementos simbólicos para el *público objetivo*, como la familia, el trabajo en equipo, la propia imagen de las pacientes y el diálogo, que según Figueroa (1999), son técnicas de posicionamiento que se aplican a la

promoción de un producto, pero también funcionan en el campo de la política, de la religión y cualquier otra actividad que requiera de comunicación de masas (p.88).

Especialistas como Wells, Burnett y Moriarty (1995) afirman que el concepto creativo puede desarrollarse como una imagen, una frase o un pensamiento que emplea la expresión tanto visual como verbal. Si se trata de una imagen, el paso siguiente es encontrar las palabras que expresen lo que ésta representa (p.490).

De acuerdo con Enrique Ortega (1999), el concepto de comunicación o la idea con la que el anunciante pretende llegar al público objetivo puede expresarse a través de dos vías alternativas: la evocación directa y la evocación indirecta o inducción. La primera, describe directamente la satisfacción que se trata de comunicar al consumidor, en la segunda el contenido del mensaje induce al consumidor a pensar cosas diferentes (p.235).

En tal sentido, se creó un eslogan de evocación directa: “Hay tiempo...Para vivir”. La función de esta frase es transmitir esperanza a las pacientes y a los familiares, que sientan que su diagnóstico no es sinónimo de muerte, sino de lucha junto a la familia y el personal médico para salir adelante.

Este eslogan será común a todas las piezas de la campaña:

1. **Afiche:** este cumplirá con el objetivo de convocar a las pacientes y sus familiares a los encuentros. Será colocado en los sitios públicos que el *público objetivo* sugirió, tales como supermercados, bancos, el Metro, peluquerías, clínicas, hospitales y baños públicos. La propuesta gráfica tiene una foto principal —imagen-logo— de una mama discreta, saludable, natural, delicada que sugiere el autoexamen; de tal manera que ubica al público en el tema y al mismo tiempo evoca el diagnóstico

precoz, que aunque no es el objetivo primordial de la campaña, no puede estar totalmente fuera de ella.

La imagen descrita representa a la paciente; mientras que la imagen secundaria representa a su familia. La unión de los vértices de estas imágenes pretende afianzar la importancia de que el paciente acuda a estos encuentros con su familiar.

El texto empieza con la palabra “compartir” para dar a entender que el encuentro no será la típica charla de médicos hacia pacientes; sino un intercambio horizontal de experiencias. Luego indica lugar y hora de forma concreta, de modo que no es un mensaje complejo; sino muy fácil de entender y rápido de leer.

El color turquesa que sirve de fondo del afiche se seleccionó por su semejanza al azul común de los hospitales; pero diferenciándolo de este con un tono más fresco y actual. Esto se hizo con la finalidad de no reforzar el concepto hospital-enfermedad; sino el de salud-vitalidad.

2. **Pendón:** se utilizará para ambientar los encuentros en los centros de salud y reforzar la idea de trabajo en equipo entre la paciente, su familiar y su médico. Para lograr este objetivo se colocaron las imágenes de una paciente con su médico y de una familia, ambas en primer plano. Estas se acompañaron de la frase: “¡Bienvenida! Juntos podemos superarlo”, donde se resaltan las dos primeras palabras con la idea de ser cordiales, y reforzar el concepto de equipo que reflejan estas imágenes. El eslogan y el color turquesa de fondo se mantienen para dar continuidad en las piezas y para fortalecer la identidad de la campaña.
  
3. **Díptico 1 para pacientes:** tiene la finalidad de crear empatía con las pacientes, por medio de fotografías, testimonios e ideas comunes a ellas. La portada repite la imagen-logo, el color turquesa y el eslogan; adicionalmente cuenta con la fotografía de una paciente del Hospital

Clínico, entre palmeras, para reforzar el concepto de naturaleza y vida; ella se presenta sonriente, sin maquillaje, con un pañuelo en la cabeza, de textura media, de piel ligeramente morena; características que la hacen una paciente tipo con actitud optimista, que es la que se desea reforzar en las pacientes que asistan al encuentro. Ella será la persona imagen de la campaña.

En la segunda cara, se utilizaron fotografías de tres pacientes reales con sus nombres, lugar de procedencia, edad, testimonios y tiempo de operadas, entre la frase: “Si nosotras podemos...¡tú también!”, para reforzar el eslogan: “Hay tiempo...Para vivir”. Las caras internas tienen en fondo de agua unas manos agarradas para fortalecer la idea del trabajo en equipo. Esta cara del díptico se repetirá en los tres dípticos para pacientes que se proponen, renovando las fotografías y los testimonios, para mantener la característica realista del díptico y la empatía con las pacientes.

En la tercera cara se utiliza la palabra “amiga” y no “paciente”, para eliminar el tradicional concepto médico-paciente y establecer una relación horizontal entre emisor y receptor. Este texto se acompaña de la misma imagen de familia presentada en el afiche y en el pendón. La información que se aporta en este primer díptico es sobre los mitos, con el objetivo de que la paciente se sienta comprendida y en confianza para exponer sus temores y aceptar las sugerencias que se le plantearán tanto en los encuentros como en los siguientes materiales impresos que se le entregarán a lo largo de la campaña.

La contraportada repite el texto del afiche y el eslogan, acompañado de una imagen armónica de paciente y médico en un ambiente hospitalario que sugiere tranquilidad.

4. **Díptico 2 para pacientes:** tiene la finalidad de darle continuidad a la estrategia y presentar información nueva y práctica. La portada repite la

imagen-logo, pero variando su tonalidad, para marcar un cambio de etapa en la campaña, manteniendo el fondo turquesa, el eslogan y la fotografía de la paciente del Hospital Clínico, a fin de reforzar la identidad gráfica. La segunda cara se conserva, como se explicó anteriormente, al igual que la contraportada. La tercera cara del díptico es la que establece la diferencia, pues la información está enfocada a la ayuda económica, en un lenguaje sencillo y por medio de la explicación de pasos concretos para obtener dicho apoyo. La frase que encabeza esta cara es: “Amiga: si recibiste un diagnóstico de cáncer de mama”, con el objeto de enganchar a la paciente, haciéndole sentir que esta información va dirigida a ella. Esta información nuevamente está acompañada por la imagen familiar que se ha venido utilizando es las piezas descritas.

5. **Díptico 3 para pacientes:** mantiene la continuidad de la estrategia y presentar información nueva y práctica, pero esta vez en el aspecto psicológico. La imagen-logo de la portada vuelve a cambiar la tonalidad, para marcar el cambio de etapa en la campaña, manteniendo el fondo turquesa, el eslogan y la fotografía de la paciente del Hospital Clínico, a fin de reforzar la identidad gráfica. Igualmente se conservan tanto la segunda cara, como la contraportada, siendo la tercera cara la portadora de la nueva información. Se mantienen el lenguaje sencillo y las explicaciones concretas para obtener el apoyo psicológico. La frase que encabeza esta cara es: “Amiga: si estás deprimida por tu diagnóstico”, con la finalidad de abordar los temores y complejos que tienen las pacientes respecto a su enfermedad. Esta información nuevamente está acompañada por la imagen familiar que se ha venido utilizando es las piezas descritas.
6. **Díptico para familiares y allegados:** tiene la finalidad de integrar a familiares y allegados en el trabajo de superar junto a la paciente el cáncer de mama. Para lograrlo se empleará la misma estrategia utilizada en los

dípticos para pacientes, pero las fotografías y testimonios serán de familiares. La portada repite la imagen-logo, pero en color naranja. Se eligió este color porque transmite energía, vitalidad, frescura y además se diferencia totalmente del turquesa de los dípticos de paciente, marcando la distinción entre estos dos públicos.

La persona imagen presentada en el díptico para paciente se mantiene en este nuevo material, pero esta vez acompañada de su hija, pues en las encuestas se determinó que la mayoría de las pacientes son acompañadas por sus hijas, de modo que esta imagen representa el familiar tipo.

El eslogan para esta pieza también es de evocación directa: “Si la apoyas...¡Te ayudas tú!”. La idea de esta frase es hacerle comprender al familiar que la información que está recibiendo no sólo beneficiaría a la paciente en el momento actual; sino que le podría ser de gran ayuda si en un futuro le tocara enfrentar este problema, y al mismo tiempo llevaría implícito el mensaje preventivo, necesidad detectada en las encuestas realizadas a familiares y allegados.

En la segunda cara, se utilizaron fotografías de tres pacientes con sus familiares, acompañadas de sus nombres, su lugar de procedencia, edad, testimonios y tiempo que tienen pasando por la situación; entre la frase: “Si nosotras podemos... ¡tú también!”, para reforzar el eslogan: “Si la apoyas ...¡Te ayudas tú!”. Las caras internas conservan el fondo de agua de unas manos agarradas, para fortalecer la idea del trabajo en equipo.

En la tercera cara se utiliza la palabra “compañera”, porque acompañar es la función que cumplen las hijas y personas que en general asisten con las pacientes a los centros de salud; seguida de la frase: “si tu mamá recibió un diagnóstico de cáncer de mama”, para enganchar al familiar con la información sobre ayuda económica que se presenta en esta cara del díptico. El texto de esta cara es una adaptación del utilizado en el Díptico 2 de pacientes, para inducir a los familiares a participar activamente en la búsqueda de tratamiento.

La contraportada repite el texto del afiche y el eslogan: “Si la apoyas ...¡Te ayudas tú!”, acompañado de la misma imagen armónica de paciente y médico de los otros dípticos.

Se decidió hacer tres dípticos para pacientes y uno solo para familiares y allegados, dada la representación estadística en las muestras recogidas: 42 pacientes y 18 familiares. Estos últimos son el complemento del trabajo en equipo, pero las pacientes son el público objetivo de esta campaña.

### **7. Diálogo entre comunicadores y especialistas oncólogos:**

La única forma de que los especialistas participen de manera efectiva en esta campaña es que la entiendan perfectamente. Para lograr tal objetivo, será necesario establecer una serie de diálogos entre comunicadores y especialistas oncólogos, que para efectos del proyecto dejarán de llevar ese nombre para pasar a llamarse facilitadores.

En estos diálogos se les presentarán a tales especialistas los resultados obtenidos de las encuestas que se les hicieron a las pacientes con cáncer de mama del HUC y a sus familiares, para que conozcan el origen de la iniciativa de este proyecto: la necesidad de mejorar la comunicación entre pacientes y equipo médico tratante. Para lograr tal objetivo, las tesisistas tendrán dos reuniones de 45 minutos con los oncólogos, a fin de conversar sobre sus carencias comunicacionales y proporcionarles las herramientas necesarias para superarlas.

En estos diálogos se haría énfasis en el lenguaje corporal y verbal del médico hacia la paciente y su familiar, con la idea de lograr un cambio de actitud y de vocabulario, que le permita convertirse en una persona con la que se pueda dialogar y establecer verdadera comunicación, aquella que implica retroalimentación e intercambio de experiencias, de tal manera que la paciente no sienta temor de manifestar sus miedos y dudas. Específicamente se les darán herramientas proxémicas, de decodificación

del lenguaje científico, y de manejo controlado de la empatía o alteridad, a fin de lograr una comunicación interpersonal efectiva.

Las autoras de este proyecto serían las encargadas de entablar estos diálogos, pues dada la presente investigación, cuentan con las herramientas necesarias para hacerlo.

Los diálogos buscarían romper el esquema típico de la relación pasiva médico-paciente, y fomentar el uso del lenguaje común, cuando se establezca diálogo con personas que no sean especialistas de la medicina.

El mayor aporte de tales diálogos debería ser brindar herramientas comunicacionales a los especialistas: a quiénes darle la información, cuándo y dónde hacerlo, por qué, para qué, y cómo. Estas son las recomendaciones de las doctoras Morella Rebolledo y Susana Urbani, oncóloga y psiquiatra del HUC, respectivamente (Comunicación personal, agosto 22, 2006); quienes también sugirieron que estos se realizaran en dos sesiones de 45 minutos.

Las especialistas advierten que el diagnóstico debe ofrecérsele a todas las pacientes, pero que la palabra “cáncer” sólo se le menciona a las pacientes que manifiestan su deseo de conocer la realidad de sus enfermedad; a aquellas que expresen no querer saberlo, se les dice que tiene una “lesión” o un “tumor”. Al familiar siempre hay que decirle el diagnóstico preciso.

El cuándo y el dónde depende del momento en el cual se haya creado la relación médico-pacientes, tomando en cuenta que la información a comunicar es una mala noticia, y que hacerlo en la primera consulta podría ocasionar predisposición del paciente y el familiar, para afrontar de manera positiva el diagnóstico y el tratamiento. Estas dos interrogantes se ven afectadas por el hecho de que en los hospitales públicos las pacientes son atendidas por diferentes médicos en cada consulta, lo cual dificulta que se cree la mencionada relación, por ello, en los talleres planteados se haría énfasis en que las pacientes sean tratadas por uno o dos médicos máximo, y que estos sean los encargados de dar la noticia.

Por qué y para qué responde a la necesidad de pacientes y familiares detectada en las encuestas realizadas, en las cuales quedó asentado que ellos sienten que teniendo más información manejan mejor su problema.

Cómo dar la mala noticia implica dos aspectos fundamentales, en pro de la sencillez del mensaje y de la disminución de la incertidumbre. A continuación se presenta un glosario de términos médicos relacionados con el cáncer de mama, que podrían simplificarse a la hora de comunicárselos a las pacientes en los encuentros y consultas médicas:

- Alto riesgo: persona en cuya familia ha habido otros casos de cáncer de mama.
- Biopsia: examen de laboratorio para saber si hay células malignas en una muestra de tejido tomada de la mama de la paciente.
- Cáncer: es el crecimiento de una masa anormal y maligna dentro de la mama.
- Carcinoma: sinónimo de cáncer.
- Condición fibroquística: pacientes con muchas peloticas de tejido mamario, ubicadas unas muy cerca de las otras.
- Crónica: que se tiene mucho tiempo con el problema.
- Cuadrante supero externo: área de la mama más cercana a la axila. Es el lugar más común donde se encuentra el cáncer de mama.
- Estadíos: diferentes etapas del cáncer de mama. Estadío I significa que el cáncer fue detectado a tiempo; Estadío II que ya está un poco avanzado; Estadío III que está bastante avanzado; y Estadío IV en etapa terminal.
- Fibroadenoma: pelotica benigna de grasa.
- Ganglios linfáticos: conductos por donde viajan las defensas del organismo, y que se inflaman, en algunos casos de cáncer de mama, o le salen células malignas.

- Infiltrante: que la enfermedad se salió del sitio donde se originó y contaminó tejido cercano.
- *In situ*: es lo contrario a infiltrante, es decir, que el cáncer está y se queda en el sitio de origen. Este es el momento ideal para el diagnóstico de cáncer de mama y garantiza una vida normal en poco tiempo.
- Intraductal: que está adentro de conductos que atraviesan la mama.
- Lesión primaria: pelotica que contiene las células malignas que originan el cáncer.
- Mamografía: examen de la mama con rayos x capaz de detectar tempranamente el cáncer en la zona. Consiste en una firme compresión de cada mama de frente y de lado.
- Mastectomía: puede ser la eliminación total o parcial de la mama, según la etapa en la que se haya diagnosticado el cáncer.
- Mastitis: inflamación de la mama que se cura con medicinas y en poco tiempo.
- Mastopatía: dolor en la mama. No necesariamente implica cáncer.
- Metástasis: son focos del cáncer de mama lejos del lugar del origen. Puede ser pulmón, cerebro e hígado, entre otras.
- Necrosis: área de la mama que por no recibir sangre muere.
- Neoplasia: formación de nuevo tejido mamario pero maligno.
- Nódulo: pequeñas peloticas dentro del tejido mamario normal, que pueden ser sólidas o líquidas, y benignas o malignas, por lo que hay que chequearlas periódicamente.
- Nulípara: que no tuvo hijos.
- Periareolar: alrededor del pezón.
- Posmenopáusica: que se le fue la menstruación definitivamente.
- Quiste: pelotica benigna de líquido, que si crece mucho se vacía para evitar dolor.

- Quimioterapia: tratamiento para el cáncer que consiste en inyectar una serie de químicos que le llegan al cáncer para reducir su tamaño y malignidad.
- Radiaciones ionizantes: rayos x.
- Radioterapia: tratamiento para el cáncer que consiste en la aplicación de radiación en el lugar donde está el cáncer.
- Síntoma: lo que siente la paciente cuando está enferma.

**8. Guía para los encuentros en los centros de salud:** ya que se trabajará con encuentros, es decir, con diálogos, y no con charlas propiamente, no se puede elaborar un guión estricto, sino una estructura para tales encuentros y un glosario terminología médica transformada al lenguaje común. En tal sentido, se considera dar la bienvenida a las pacientes y a sus acompañantes por medio del pendón ya descrito, colocado en la puerta de entrada del lugar donde se harán los encuentros; luego una anfitriona guiará a tales personas hacia las otras presentes, de modo que se vaya formando un círculo, donde la gente se salude informalmente, se pueda dar la mano, un beso en la mejilla o un abrazo; y les indicará que tienen 45 minutos, motivándolos a compartir. En esta dinámica participarán el médico y la voluntaria del equipo de la campaña, y tratarán de hacerse sentir como unos más del grupo, entablarán conversaciones dirigidas a conocer el estado de ánimo de cada quien en ese día, con una pregunta tan sencilla como “¿Cómo estas?”, a la cual el personal prestará máxima atención en actitud de escucha básicamente.

La idea de esta etapa del encuentro es entrar en confianza y romper con la tradicional relación médico-paciente. Se espera que esto sirva de rompehielo, para que cuando acabe el momento del saludo, que será de 10 minutos aproximadamente, surjan personas que quieran contar sus experiencias espontáneamente. Si eso no sucediera, la voluntaria del equipo, sentada desde su lugar del círculo, contará su experiencia como

sobreviviente de cáncer de mama, de modo que las personas presentes encuentren puntos en común y se animen a expresarse. Una vez que esto suceda, el personal de la campaña conservará una actitud de escucha, y permitirá el diálogo entre los presentes, hasta que se observe alguna duda, miedo o mito entre el público, que de cabida a la intervención del médico para aclararlas.

En esta etapa del encuentro entrará en acción un glosario que se explicará mas adelante, y se reforzará el ambiente de diálogo reinante, de modo que el público se sienta en plena libertad de preguntar lo que no está en su lenguaje, así como el facilitador se verá en la situación idónea para hacerse entender, con la idea de afianzar el propósito de la campaña informativa: brindar apoyo general a la paciente con cáncer de mama.

La anfitriona será la encargada de señalar que ya han pasado 40 minutos, de modo que las facilitadoras inicien la dinámica de cierre por medio de una sencilla pregunta al público: “¿Cómo se sintieron?”, esperando un *feedback*, seguido de un abrazo colectivo y de la invitación al próximo encuentro.

## V. PLANIFICACIÓN DE LA CAMPAÑA

La creación de esta campaña exigió el uso de algunas herramientas de publicidad, aunque el fin de ésta es informativo y no comercial. A continuación se exponen los argumentos que justifican esta decisión:

- El público objetivo: en este caso no se trata de consumidores de un producto o servicio, si no de un grupo de personas que desean mayor información acerca del cáncer de mama y cómo enfrentarlo.
- El objetivo de la campaña: lo que se busca es influir en las pacientes, para que asuman una actitud positiva y optimista ante la enfermedad, trabajando con las creencias y los valores de las pacientes, pero con un fin social y no comercial.
- El enfoque: se dirige hacia el mercadeo social, como puente entre las necesidades de las comunidades y los intereses de una empresa, que podría ser el Estado, cuyo resultado sería el diseño y oferta de programas específicos dirigidos a grupos beneficiarios, en este caso, a pacientes y sus familiares. Este mercadeo se vale de herramientas de diagnóstico, pronóstico, objetivos, estrategia y actividades de control – evaluación.

- Los medios de divulgación: la campaña que propone esta tesis utiliza material impreso, pero la divulgación y distribución de éste, no comprende una pauta y plan en medios de comunicación; sino que se valdrá de equipos de trabajo conformados por médicos especialistas y voluntarias sobrevivientes, quienes se encargarán de difundir la información relacionada con los encuentros, así como de participar en el proceso de compartir sus experiencias y aclarar dudas a los pacientes y familiares. En cambio, según Wells, Burnett y Moriarty (1995), una campaña publicitaria implica toda una serie de anuncios diferentes pero relacionados, los cuales aparecen en diversos medios durante un período específico (p.908).

### **V.1 Duración de la campaña**

La campaña se iniciaría en el Hospital Universitario de Caracas (HUC), por ser un centro de referencia nacional y poseer una muestra importante de casos de cáncer de mama. Posteriormente, le seguirían los demás centros públicos de la ciudad, que según la Dra. Morella Rebolledo (Conversación personal, agosto 22, 2006) son cinco: el Hospital Domingo Luciani, el Hospital Oncológico Luis Razetti, el Hospital Oncológico Padre Machado, el Hospital Militar Dr. Carlos Arvelo y el Hospital Vargas de Caracas.

A continuación los tiempos estimados para la campaña:

Tabla No. 2- **Cronograma de actividades de campaña informativa por 1 año (septiembre 2006- septiembre 2007) en los hospitales públicos de Caracas**

Actividades	Quincena previa	Semana previa 1m	1m	2m	3m	4m	5m	6m	7m-12m
Convocatoria a diálogos especialistas									
Diálogos con especialistas									
Convocatoria encuentros									
Encuentro HUC									
Encuentro Padre Machado									
Encuentro Luis Razetti									
Encuentro Vargas									
Encuentro Domingo Luciani									
Encuentro Militar									
Encuentros todos los hospitales									

## V.2 Evaluación de la campaña

La primera evaluación se realizaría a los diálogos entre especialistas y comunicadores, para lo cual no haría falta ninguna sesión adicional, ya que al ser una actividad entre profesionales altamente capacitados, se tomarán en cuenta durante todo el taller el *feedback* personal y constante, junto con las sugerencias para mejorar esta inducción. Esta técnica de retroalimentación perdurará durante toda la campaña.

El resto de las valoraciones las realizarán los pacientes y familiares hacia los facilitadores, en la última sesión de cada centro; esto se hará hasta el sexto mes del cronograma presentado. En los encuentros se entregará una hoja con tres preguntas

abiertas: ¿Qué fue lo que más te gustó del encuentro?, ¿Qué fue lo que menos te gustó y por qué?, ¿Qué más te gustaría hacer en estos encuentros? Esto no requerirá la identificación del participante y las respuestas serán depositadas en una caja y se leerán posteriormente.

La evaluación final se hará una vez culminado el mes 12 de la campaña, y en esta intervendrán los pacientes y familiares, quienes llenarán el siguiente cuestionario:

1. 1. Paciente \_\_\_\_\_ Familiar \_\_\_\_\_
2. Edad \_\_\_\_\_
3. ¿A cuántos encuentros has asistido? \_\_\_\_\_
4. ¿En qué centro participaste? \_\_\_\_\_
5. ¿Qué es fue lo que más te agradó de los encuentros?  
\_\_\_\_\_
6. ¿Qué fue lo que más te desagradó y por qué?  
\_\_\_\_\_
7. ¿Sientes que estos encuentros mejoran tu relación con el médico? ¿Por qué?  
\_\_\_\_\_
8. ¿Cómo ha mejorado tu relación familiar con estos encuentros?  
\_\_\_\_\_
9. ¿Qué tipo de orientación has recibido en los encuentros?  
Económica \_\_\_\_\_ Psicológica \_\_\_\_\_ Ambos \_\_\_\_\_
10. Describe el lenguaje en los encuentros  
\_\_\_\_\_
11. ¿Estos encuentros te han ayudado a reducir el miedo hacia la enfermedad?  
¿Por qué?  
\_\_\_\_\_
12. ¿Sientes que creaste un nexo afectivo con tu médico?  
\_\_\_\_\_

13. ¿Qué le agregarías o quitarías a estos encuentros?

---

14. ¿Piensas que estos encuentros deben continuar? ¿Por qué?

---

15. ¿Qué opinas de los folletos de la campaña?

---

16. ¿Qué opinas de los afiches de invitación?

---

17. ¿Qué opinas de los afiches de bienvenida?

---

Gracias por tus respuestas

Luego de procesar los resultados, esta información se les presentará a los facilitadores, con el objeto de reforzar el vínculo profesional entre estos y las comunicadoras, y darles a conocer el nivel en el cual desarrollaron sus capacidades comunicacionales, para saber si se sigue contando con su apoyo en el caso de que la campaña se extendiera.

### **V.3 Costo de la campaña**

A continuación se presentan los costos de la campaña informativa “Hay tiempo para vivir”:

Tabla No. 3- **Presupuesto general estimado por un año  
(septiembre 2006- septiembre 2007) de la campaña**

<b>Recursos</b>	<b>Descripción</b>	<b>Bolívares</b>
<b>Humanos</b>	Honorarios médicos por participación como facilitadores.	(*) 0,00
	6 Anfitrionas.	(**) 40.050.000,00
	Honorarios diseñador gráfico.	800.000,00
	<b>Subtotal:</b>	40.850.000,00
<b>Materiales</b>	8.000 Dípticos 18 x 21 (abierto) a full color.	(***) 1.393.821,00
	250 afiches en glasé 200, plastificado, a full color.	681.720,00
	2 pendones de 90 x 1,20 en gloss, a full color.	90.000,00
	Papelería	(****) 69.312,00
	Refrigerio.	(*****) 15.343.125,00
	<b>Sub total:</b>	17.577.978,00
<b>Técnicos</b>	Alquiler de video bean y micrófono.	350.000,00
	<b>Subtotal:</b>	350.000,00
	<b>Total :</b>	58.777.978,00
	<b>+ 10% para imprevistos:</b>	5.877.797,00
	<b>Total general:</b>	<b>64.655.775,00</b>

(\*) Se le consultó a tres médicos sobre cuánto sería el costo por honorarios profesionales, para ser facilitadores en los encuentros y todos respondieron que en este caso no se cobrarían.

(\*\*) Ver cuadro No. 4

(\*\*\*) Ver cuadro No. 5

(\*\*\*) Ver cuadro No. 6

(\*\*\*\*) Ver cuadro No. 7

#### V.4 Discriminación de costos por recursos

Tabla No. 4- Presupuesto estimado para 6 anfitrionas por un año  
(septiembre 2006- septiembre 2007)

No. Anfitrionas	Meses trabajados	Sesiones trabajadas	Costo diario	Costo total
1	12	108	50.000,00	5.400.000,00
2	11	99	50.000,00	4.950.000,00
3	10	90	50.000,00	4.050.000,00
4	9	81	50.000,00	3.600.000,00
5	8	72	50.000,00	3.150.000,00
6	7	63	50.000,00	2.700.000,00
6	6	324	50.000,00	16.200.000,00
<b>Total general</b>				<b>40.050.000,00</b>

Cada anfitriona trabajará 9 sesiones mensuales, que equivalen a trabajar dos veces a la semana, según los días de consulta de cáncer de mama en cada hospital, lo cual representa un total de 837 encuentros.

Tabla No. 5- Presupuesto estimado para dípticos por un año  
(septiembre 2006 - septiembre 2007)

No. pacientes mensuales	Meses de trabajo	No dípticos Por modelo	Reimpresiones	Total de dípticos	Bs. por unidad	Costo por Modelo
90	6	540	2	1.080	143,00	154.440,00
90	5	450	2	900	143,00	128.700,00
90	4	360	2	720	143,00	102.960,00
90	3	270	2	540	143,00	77.220,00
90	2	180	2	360	143,00	51.480,00
90	1	90	2	90	143,00	12.870,00
Subtotal				<b>3.690</b>		<b>527.670,00</b>
No. familiares mensuales	Meses de Trabajo	No dípticos Por modelo	Reimpresiones	Total de dípticos	Bs. Por unidad	Costo por Modelo
90	6	540	3	1.620	143,00	231.660,00
90	6	540	3	1.620	143,00	231.660,00
90	6	540	3	1.620	143,00	231.660,00
Subtotal				<b>4.860</b>		<b>694.980,00</b>
<b>TOTALES</b>				<b>8.550</b>		<b>1.222.650,00</b>
					<b>14% IVA</b>	<b>171.171,00</b>
					<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>1.393.821,00</b>

Estos cálculos se hicieron con base a 6 modelos de dísticos para pacientes y 3 para familiares, con la idea de volver a dar la información del dístico 1 al sexto mes, del dístico 2 al séptimo mes, y así sucesivamente, en el caso de las pacientes. En el caso de familiares, habrá 3 modelos de dísticos que repetirán al cuarto mes, hasta completar los 12 meses.

Se estimó que a cada encuentro asistirían 10 pacientes con su respectivo familiar, lo cual suma 20 asistentes por encuentro. Tomando en cuenta que habrá 9 sesiones mensuales en cada centro, el número de pacientes y familiares será en total 180 por hospital en cada mes.

El costo de dísticos por unidad se calculó a partir del presupuesto de la Editorial Latina C.A. del 21 de agosto de 2006 (Ver anexo H).

**Tabla No. 6- Presupuesto estimado para papelería por un año  
(septiembre 2006 – septiembre 2007)**

Artículo	Cant. Por Paquete	Costo	Cant. Necesarias para las evaluaciones	Total por 1 año
Resma de hojas	500	7.752,00	1 resma	7.752,00
Caja de bolígrafos	6	5.130,00	2 cajas	61.560,00
TOTAL GENERAL:				<b>69.312,00</b>

**Tabla No. 7- Presupuesto estimado para refrigerio por un año  
(septiembre 2006 – septiembre 2007)**

Artículo	Cantidad por Paquete	Costo	Cantidad necesaria por encuentro	Total por 1 año
Servilletas	240	2.000,00	0,50	1.670.000,00
Vasos V7	100	5.500,00	0,25	1.148.125,00
Galletas Club Social	6	2.500,00	2	4.175.000,00
Jugo de naranja	2 litros	5.000,00	2	8.350.000,00
<b>TOTAL GENERAL</b>				<b>15.343.125,00</b>

### **V.5 Variaciones del presupuesto general estimado de la campaña**

El presupuesto general fue calculado bajo la óptica de que los encargados de la aplicación del proyecto se vieran en la obligación de pagar por cada uno de los recursos que se necesitarían, pero esto no necesariamente tiene que ser así.

Existe la posibilidad de que el interesado en el proyecto, llámese MSDS, alguna fundación o algún hospital, tenga otras formas de conseguir tales recursos, es decir, podría contar con contratos preferenciales con imprentas, con papelerías, panaderías y otras empresas relacionadas con el área de salud. Igualmente, se contemplan los donativos, patrocinios por parte de laboratorios farmacéuticos y trabajo de voluntariado, que se sumen a esta campaña y podrían bajar sus costos.

Dada la receptividad que las tesis han tenido por parte de las pacientes, de sus familiares y de los profesionales de la salud con los que les ha tocado trabajar, se estima que tales tipos de ayuda son verdaderamente probables.

### **V.6 Artes finales**

A continuación se presenta la propuesta gráfica del afiche, del pendón, y del díptico<sup>1</sup> para paciente que se distribuirían en los 6 centros de salud de Caracas durante un año.

## 1. Afiche



**Amiga, ¿sabías que?:**

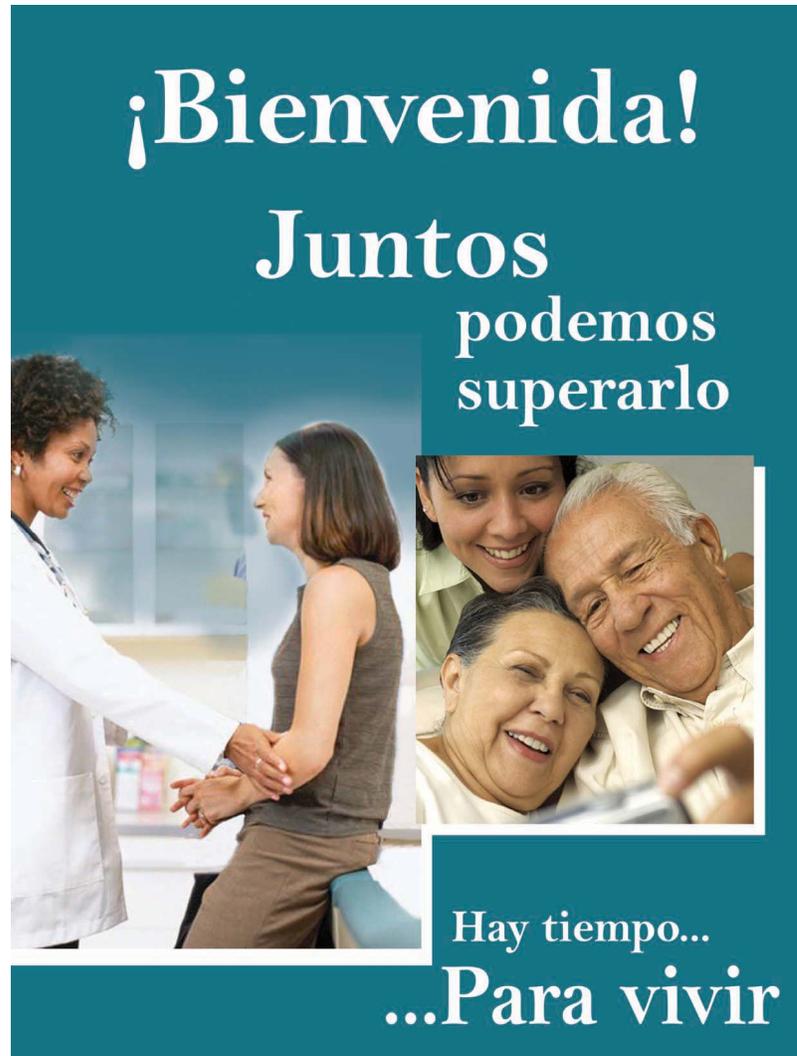
Puedes compartir tus experiencias, asistiendo a las charlas en el Servicio de Oncología, Hematología y Quimioterapia de la Universidad Central de Venezuela.

Te esperamos los días **lunes** y **miércoles** a las **9:00 a.m.** en el solar de espera.

**Hay tiempo...  
...Para vivir**



2. Pendón



### 3. Díptico 1 para pacientes

#### Portada y contraportada



## Caras internas

### Si nosotras podemos...



**Gerónima Calderón de Carrasquel**  
49 años de edad  
Cúa, Edo. Miranda

“Tenemos que luchar por nosotras mismas y por nuestras familias. No importa la caída del cabello, ni engordar un poquito. Lo importante es vivir”.

*Operada hace 1 año, 8 meses en tratamiento.*



**Janeth Galvis**  
49 años de edad  
Catia, Dto. Capital.

“Siempre hay esperanza; llegué al oncológico del Hospital Clínico con un diagnóstico complicado, pensé que no podría superarlo, pero aquí estoy: Sí se puede”.

*Operada hace 3 años, 1 año en tratamiento.*



**Josefina Guía**  
73 años de edad  
Km. 8, El Junquito.

“Tengo una hija recién operada de cáncer de mama, con mi experiencia la he apoyado a que siga adelante porque sí se puede superar, sólo hay que proponérselo”.

*Operada hace 8 años, asiste a control médico.*

### Amiga , ¿sabías que? :

- 40% de las mujeres que han sido tratadas y operadas tienen más de 4 años en control médico y llevan una vida normal.
- Por tu diagnóstico no necesariamente perderás uno de los senos y que esto depende de la etapa en la cual esté la enfermedad.
- Una vez culminada la quimioterapia tu cabello vuelve a salir.
- Conseguir el tratamiento a través del IVSS representa 80% de ahorro, y la tranquilidad para ti y para tu familia.
- El hospital y otras instituciones te ofrecen apoyo psicológico para tí y tu familia.

**...¡tú también!**



## Conclusiones

La realización de este trabajo implicó todo un esfuerzo, que sin la colaboración de pacientes y especialistas no hubiese sido posible, pues son ellos los que más conocen la situación, y por lo tanto los que permitieron a las autoras alcanzar uno de los objetivos de esta tesis: recopilar información relacionada con el cáncer de mama.

La otra parte de este objetivo se relacionaba con la búsqueda de información de otras campañas de comunicación y salud, de lo cual no se obtuvo ningún caso nacional notablemente exitoso, lo que obligó a las tesistas a fijarse en modelos extranjeros. La única campaña venezolana recordada por la población encuestada fue *Tócate*, y apenas con 17%. Esta campaña se enfoca en la prevención y no en el tratamiento, en cuyo caso no hubo representación.

Además de investigar sobre las campañas, se requirió la consulta de textos especializados y personal médico oncológico, quien reconoció que tiene una carencia de herramientas comunicacionales, que impone una barrera entre pacientes, familiares y médicos a la hora de informarles el diagnóstico y el tratamiento. Sin embargo, este personal se mostró abierto a la propuesta de los talleres y los encuentros, en pro de mejorar esa relación.

Con respecto al conocimiento médico que debían obtener las tesistas sobre el cáncer de mama, a través de las entrevistas se pudo constatar que sí es posible transformar una información netamente científica, en un mensaje digerible para las investigadoras, y en consecuencia para las pacientes y sus familiares.

Gracias a la indagación realizada, se pudo elaborar una campaña que no sólo tomara en cuenta las necesidades de las pacientes, sino también las de los especialistas, es decir, la campaña tendría un doble beneficio, aquel que les permitiría a los médicos manejarse mejor comunicacionalmente, y el que lograría que las pacientes y sus familiares se sintiesen mejor informados y tratados.

Contrario a lo que pensaban las investigadoras al inicio de esta tesis, las pacientes sí manejan información sobre su enfermedad y cómo conseguir su tratamiento, lo que ellas manifestaron es que necesitan mayor orientación por parte del equipo médico, tanto en el ámbito psicológico, como en el familiar, como en el económico.

En este último ámbito se encontró que si bien el IVSS, en algunos casos, no puede suministrar el tratamiento completo, al menos puede dar la mayor parte, que suele corresponder a millones de bolívares mensuales, que la paciente no siempre percibe como satisfactorio, pero que sí representa una verdadera ayuda, sin la cual muchas no lograrían cumplir el tratamiento, lo cual podría acarrear consecuencias fatales.

Este tipo de consecuencias ya no son sinónimos de cáncer de mama, pues las personas encuestadas se mostraron más optimistas de lo que esperaban las investigadoras, lo que facilitó el acercamiento de las tesis con las pacientes y el levantamiento de datos realistas, que permitieron elaborar una campaña con características propias de estas personas. Ejemplo de ello es la persona-imagen que se muestra en la campaña.

*Hay tiempo... Para vivir* es una iniciativa que se calcula que beneficie a más de 150 mil personas, entre pacientes y familiares, en un año; pero ya que los especialistas contarán con una herramienta comunicacional para el resto de su vida laboral, se espera que la sigan empleando independientemente de la campaña, lo cual incidiría positivamente en la eliminación de la tradicional relación médico-paciente, para pasar a un ámbito de diálogo entre iguales.

Ninguna iniciativa como la propuesta en esta investigación, que pretenda atacar una problemática de salud con tanta población afectada, como la que sufre cáncer de mama en Venezuela, podría ser verdaderamente factible si no se insertara dentro de una política de Estado.

Así como tampoco sería suficientemente exitosa si las realizadoras del proyecto no hubiesen valorado el recurso humano como principal fuente de información, tanto para los más básicos datos estadísticos, como para las ideas que dieron forma al mensaje, como a los sitios adecuados para su divulgación y a la estrategia comunicacional para la campaña.

## **Recomendaciones**

La propuesta de esta tesis deja muchas puertas abiertas para otras iniciativas relacionadas con la comunicación y la salud. La primera de ellas sería la evaluación de la campaña, para tomar en cuenta las propuestas que surjan en su desarrollo y detectar las posibilidades de crecimiento de la campaña informativa que propone esta tesis.

Esta evaluación sería útil para determinar cuán efectivas son las herramientas comunicacionales en los especialistas médicos, que tienen características muy particulares, pues han sido formados bajo un esquema vertical que ha reforzado la tradicional relación médico-paciente.

La valoración serviría para replantear la campaña, en pro de una mayor efectividad tanto cualitativa como cuantitativa, es decir, que le llegue a más personas y cada vez de mejor manera.

Así como se espera que esta campaña sea evaluada, las campañas de cáncer de mama preexistentes fueron revisadas por las tesis, lo cual permitió descubrir ciertas fallas. La primera de ellas, que sólo se enfocan en la prevención, siendo un error en este caso, ya que esta enfermedad no se puede prevenir, sino detectar precozmente. En segundo lugar, estas campañas se olvidan de la proporción de mujeres venezolanas en las cuales la detección temprana no fue posible, y para las cuales no existe ningún tipo de orientación en términos comunicacionales efectivos y masivos.

El alcance de la campaña propuesta se vería enriquecido con la implantación de triajes psicológicos en cada uno de los seis centros involucrados, se trataría de un lugar en donde la paciente recibiría las primeras orientaciones psicológicas para enfrentar su problema, bien sea escuchar a alguien o que alguien la escuche a ella.

Luego de esta primera orientación, se podrían establecer terapias grupales en las que se trabajaría la imagen corporal de la paciente antes y después del tratamiento, y en algunos casos de la cirugía; así como aspectos conductuales relacionados con la respiración y la relajación, para controlar, los mecanismos fisiológicos derivados del miedo: náuseas, vómitos, insomnio, palidez, debilidad, dolor de cabeza, etc.

No sólo el paciente necesita este tipo de ayuda, el familiar también la necesita, por lo que la realización de terapias grupales sólo para él serían útiles, pues esta persona también necesita un espacio propio para desahogar sus miedos, sus incomodidades, sus sentimientos de placer o de disgusto, y su cansancio.

Para que ambas terapias grupales puedan funcionar, es necesaria la preparación del personal médico en cuanto a comunicarse con el paciente. Esta formación podría empezar desde la universidad con la creación de una cátedra especial para estos fines, que le recuerde al estudiante que debe usar la terminología científica para comunicarse con sus colegas, y el lenguaje común para hacerlo con sus pacientes.

La nueva visión de estos especialistas facilitaría el éxito de campañas como la propuesta en esta tesis, pero también podrían ayudar en aquellas dirigidas a las otras enfermedades crónicas comunes en el país, como el cáncer de cuello uterino — primera causa de muerte por cáncer en Venezuela—, diabetes, enfermedades cardiovasculares, y neurológicas, como el Alzheimer y la demencia senil, entre otras.

Cualquiera de esos pacientes podría verse beneficiado con su respectiva campaña de apoyo que involucrando a sus familiares y al equipo médico, les ayude a superar su problema e incrementar su calidad de vida. La manera más efectiva de que este objetivo se cumpla sería presentar al MSDS este proyecto y que dicho ente se comprometiera a poner en práctica la campaña como parte de la política de salud del Estado.

Las tesisistas esperan que este proyecto llegue a manos de personas dispuestas a tomar en cuenta estas recomendaciones para materializarlas, y quedan a disposición de cualquiera de estas personas bien sea como fuente de información o como recurso humano para futuras propuestas.

## BIBLIOGRAFÍA

Aldana, Celia (publicado 2004; consultado 2006, marzo) *Presentación sobre políticas de comunicación en salud*. [En red]. Disponible en:

[http://www.calandria.org.pe/comunicacion\\_desarrollo/salud5a.htm](http://www.calandria.org.pe/comunicacion_desarrollo/salud5a.htm)

Alfaro, R. Proyecto Fortalecimiento de las Capacidades Nacionales de Comunicación en Salud. [publicado 2004; consultado 2005, noviembre]. *Desencuentros Comunicativos en Salud*. [En red]. Disponible en:

<http://www.cominit.com/la/imaged/IDesencuentros.pdf/>

Apalancar (publicado 2003, marzo; consultado 2005, octubre). *Fundaseno*. [En red]. Disponible en:

[http://www.apalancar.org/organizaciones/detalle.asp?buscar=apoyo%20en%20ca%20de%20mama&id\\_org=262](http://www.apalancar.org/organizaciones/detalle.asp?buscar=apoyo%20en%20ca%20de%20mama&id_org=262)

Apalancar (publicado 2003, diciembre; consultado 2005, octubre). *Sociedad Venezolana de Mastología*. [En red]. Disponible en:

[http://www.apalancar.org/organizaciones/detalle.asp?buscar=apoyo%20en%20ca%20de%20mama&id\\_org=896](http://www.apalancar.org/organizaciones/detalle.asp?buscar=apoyo%20en%20ca%20de%20mama&id_org=896)

Apalancar (publicado 2004, marzo; consultado 2005, octubre). *Fundación de Lucha Contra el Cáncer de Mama 'María Gabriela Carrillo' (Funcamama)*. [En red].

Disponible en:

[http://www.apalancar.org/organizaciones/detalle.asp?buscar=apoyo%20en%20ca%20de%20mama&id\\_org=2443](http://www.apalancar.org/organizaciones/detalle.asp?buscar=apoyo%20en%20ca%20de%20mama&id_org=2443)

Apalancar (publicado 2005, octubre; consultado 2005, octubre). *Unidas contra el Cáncer de Mama (Unicam.)*. [En red]. Disponible en [http://www.apalancar.org/organizaciones/detalle.asp?buscar=apoyo%20en%20ca%20de%20mama&id\\_org=3497](http://www.apalancar.org/organizaciones/detalle.asp?buscar=apoyo%20en%20ca%20de%20mama&id_org=3497)

Apalancar (publicado 2005, octubre; consultado 2005, octubre). *Fundación Amigos de la mujer con cáncer de mama (Famac)*. [En red]. Disponible en [http://www.apalancar.org/organizaciones/detalle.asp?buscar=apoyo%20en%20ca%20de%20mama&id\\_org=3499](http://www.apalancar.org/organizaciones/detalle.asp?buscar=apoyo%20en%20ca%20de%20mama&id_org=3499)

Asamblea Nacional Constituyente. (1999). *Constitución de la República Bolivariana de Venezuela*. Caracas: Imprenta Nacional.

Asamblea Nacional (publicado 2005, diciembre; consultado 2005, diciembre). *Labor legislativa. Ley Orgánica de los Derechos de las Mujeres para la Equidad e Igualdad de Género*. [En red]. Disponible en: <http://www.asambleanacional.gov.ve/ns2/leyes.asp?id=536>

Belch, G., y M. Belch (2004). *Publicidad y promoción perspectiva de la comunicación de marketing integral*. México: Mc Graw Hill.

Bestani, R. (1994). El rol del especialista en información en la investigación científica. *Comunicación*, N° 88, 47-50.

Bruno, Marlo (publicado 2005, julio; consultado 2005, noviembre). *El rol del periodismo en el sistema de salud. En La Iniciativa de Comunicación* [En red]. Disponible en: <http://www.comminit.com/la/pensamientoestrategico/pensamiento2005/pensamiento-79.html>

Calvo H., Manuel. (1982). *Actualización tecnológica e información. El periodismo científico: misiones y objetivos*. Madrid: Nitre.

Carta de Ottawa (publicado 1998, septiembre; consultado 2006, marzo). *Comunicación y promoción de la salud. En Revista latinoamericana de comunicación Chasqui* [En red]. Disponible en: <http://chasqui.comunica.org/coe.htm>

Castro et al., (publicado 2003; consultado 2006, marzo). *Comunicación en Salud: Lecciones Aprendidas y Desafíos en el Desarrollo Curricular*. OPS, Washington. [En red]. Disponible en: [http://www.comminit.com/la/downloads/Lecciones\\_Aprendidas.pdf](http://www.comminit.com/la/downloads/Lecciones_Aprendidas.pdf).

Coe, Gloria (1998). *Comunicación Social y Salud de los Trabajadores*. Caracas: Mimeo.

Corporación Yo Mujer (publicado 2005; consultado 2005, octubre). *Talleres*. [En red]. Disponible en: [http://www.corporacionyomujer.cl/cont\\_ser.html](http://www.corporacionyomujer.cl/cont_ser.html)

Declaración de Yakarta sobre la promoción de salud en el siglo XXI (publicado 1997; consultado 2006, marzo). En Ministerio de sanidad y consumo de Madrid [En red]. Disponible en: <http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/glosario/yakarta.htm>

Epstein, Isaac. Asociación Latinoamericana de Investigadores de la Comunicación. [publicado sin fecha; consultado 2005, noviembre]. *Comunicación y Salud*. [En red]. Disponible en:

[http://www.eca.usp.br/alaic/boletin16/Comunicaci%F3n%20y%20Salud%20\(M%20Guardia\)%20.htm](http://www.eca.usp.br/alaic/boletin16/Comunicaci%F3n%20y%20Salud%20(M%20Guardia)%20.htm)

Fernández del M, J. (1983). *Modelos de comunicación científica para una Información periodística especializada*. España: Editorial Dossat, S.A.

Fernández, María Luz (publicado 2003, julio; consultado 2005, noviembre). *Comunicación y salud*. En Manuel Ángel Calvo [En red]. Disponible en:

<http://www.saludycuidados.com/numero5/editorial5.htm>

Figueroa, R. (1999). *Cómo hacer publicidad: un enfoque teórico práctico*. México: Pearson Educación.

Fuerza Informativa Azteca (publicado 2004; consultado 2005, octubre). *Inauguran la campaña "A tiempo contra el cáncer de mama"*. [En red]. Disponible en: <http://www.todito.com/paginas/noticias/159145.html>

García, J. Revista Razón y Palabra. (publicado 2004, agosto; consultado 2005, noviembre). *Comunicación, Calidad de Vida y Evaluación en Programas de Salud*. [En red]. Disponible en:

<http://www.cem.itesm.mx/dacs/publicaciones/logos/anteriores/n40/jgarcia.html>

Henney, J y De Vita, V (1987). Tomo II. *Cáncer Mamario*. En E.Braunwald, K. Isselbacher, R. Petersdorf, J. Wilson, J. Martin y A. Fauci (Eds.), *Harrison: Principios de Medicina Interna*. México: Interramericana McGraw Hill.

Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (publicado 2005, julio; consultado 2005, julio). *Página Principal*. [En red]. Disponible en: <http://www.ivss.gov>

Kickbusch, Ilona (publicado 2004; consultado 2006, marzo). *La nueva agenda de la Salud. En La Iniciativa de la Comunicación*. [En red]. Disponible en: <http://www.comminit.com/la/pensamientoestrategico/pensamiento2004/pensamiento-22.html>.

La Iniciativa de Comunicación (publicado 2002, octubre; consultado 2005, noviembre). *La Iniciativa de Comunicación hoy: Consorcio de Cuidado Comunitario – Texas, USA*. [En red]. Disponible en: <http://www.comminit.com/la/descripciones/lapdseeuu/descripciones-879.html>

La Iniciativa de Comunicación (publicado 2005, enero; consultado 2005, noviembre). *La Iniciativa de Comunicación hoy: Charlas en el Salón de belleza - Estados Unidos*. [En red]. Disponible en: <http://www.comminit.com/la/descripciones/lapdseeuu/descripciones-2001.html>

Mendelsohn, J (1987). Tomo I. Principios de las Neoplasias. En E. Braunwald, K. Isselbacher, R. Petersdorf, J. Wilson, J. Martin y A. Fauci (Eds.), *Harrison: Principios de Medicina Interna*. México: Interramericana McGraw Hill.

MSDS (publicado 2002; consultado 2006, marzo) *Plan estratégico social. El desarrollo de un pensamiento estratégico en las políticas públicas por la calidad de vida y salud*. OPS- OMS. [En red]. Disponible en: [http://www.ops-oms.org.ve/site/venezuela/docs/Plan\\_Estrategico\\_Social.doc](http://www.ops-oms.org.ve/site/venezuela/docs/Plan_Estrategico_Social.doc)

Océano grupo editorial. (1.994). *El Manual Merck de diagnóstico y terapéutica*. Barcelona, España: Océano/Centrum. Novena edición.

Organización Aporrea. (publicado 2003, junio; consultado 2005, junio). *Reedición de un golpe social en salud contra la campaña de desinformación*. [En red]. Disponible en: <http://aporrea.org/dameletra.php?docid=3365>

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (publicado 1998, septiembre; consultado 2006, marzo). *Comunicación y promoción de la salud. En Revista latinoamericana de comunicación Chasqui* [En red]. Disponible en: <http://chasqui.comunica.org/coe.htm>

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (publicado 2004; consultado 2006, marzo) *Venezuela Situación general y tendencias* [En red]. Disponible en: [http://www.paho.org/Spanish/DD/AIS/cp\\_862.htm](http://www.paho.org/Spanish/DD/AIS/cp_862.htm).

Organización Panamericana de la Salud (OPS) Y Organización Mundial de la Salud (OMS) (2005, junio). *Análisis preliminar de la situación de salud de Venezuela*. [En red]. Disponible en: <http://www.ops-ms.org.ve/site/venezuela/ven-sit-salud-nuevo.htm>

Ortega, E. (1999). *La comunicación publicitaria*. Madrid: Ediciones Pirámide.

Paredes, Samuel (publicado 2004; consultado 2006, marzo). *Reflexiones acerca de la comunicación y la promoción de la salud: redescubriendo o retornando a la realidad*. Consorcio de Universidades del Perú-Proyecto CHANGE. Lima, Perú. [En red]. Disponible en: <http://www.comminit.com/la/pensamientoestrategico/pensamiento2004/pensamiento-21.html>

Paoli, J. (1996). *Comunicación e información. Perspectivas teóricas*. México: Trillas.

Portal de la Comunicación (publicado 2005, noviembre; consultado 2005, noviembre). *Portal de la Comunicación*. [En red]. Disponible en <http://www.portalcomunicacion.com>

Provea (2005) *Informe anual 2004-2005. Situación Anual de los Derechos Humanos en Venezuela*. En. [En red]. Disponible en: [http://www.derechos.org.ve/publicaciones/infanual/2004\\_05/salud.pdf](http://www.derechos.org.ve/publicaciones/infanual/2004_05/salud.pdf)

Proyecto Basics II (publicado 2002, noviembre; consultado 2006, marzo). Comunicación y salud: Lecciones aprendidas y desafíos en el desarrollo curricular [En red]. Disponible en: <http://www.changeproject.org/pubs/icareportsp.pdf>

Puntos de Encuentros-Nicaragua (publicado 2002, noviembre; consultado 2006, marzo). Comunicación y salud: Lecciones aprendidas y desafíos en el desarrollo curricular [En red]. Disponible en: <http://www.changeproject.org/pubs/icareportsp.pdf>

Robbins, S.; Kumar, V. (1990). *Patología Humana*. 4ta. Edición. México: Interamericana, Mc Graw-Hill.

Saussure, F. (1975). *Curso de lingüística general*. Buenos Aires: Losada.

Serrano, Carmen R (2003). *Estrategias de cooperación con los países. Informe de situación sobre desarrollo de recursos humanos en salud*. OPS-OMS. [En red]. Disponible en:

[http://www.ops-oms.org.ve/site/venezuela/docs/Recursos\\_Humanos.doc](http://www.ops-oms.org.ve/site/venezuela/docs/Recursos_Humanos.doc).

Senosalud (publicado 2005, octubre; consultado 2005, octubre). *Boletín electrónico dedicado al cáncer de mama*. [En red]. Disponible en: <http://www.senosalud.org>

Serrano, Carmen R (publicado 2003, octubre; consultado 2006, marzo). *Estrategias de cooperación con los países. Informe de situación sobre desarrollo de recursos humanos en salud*. OPS-OMS. [En red]. Disponible en:

[http://www.ops-oms.org.ve/site/venezuela/docs/Recursos\\_Humanos.doc](http://www.ops-oms.org.ve/site/venezuela/docs/Recursos_Humanos.doc).

Taylor, SJ y Bogdan, R. (1996). *Introducción a los métodos cualitativos de Investigación*. España: Paidós.

Uranga, W., Femia, G., y Díaz, H. (publicado 2002; consultado 2006, marzo) “Acerca de la práctica social de los comunicadores. Consideraciones teóricas, metodológicas y políticas. Una mirada sobre comunicación y salud”, ponencia presentada en el II Congreso Nacional de Comunicación y Salud, La Paz, 28 al 30 de octubre de 2002. [En red]. Disponible en

[www.cpcb.org/Archivo%20-PDF/Washin%20uranga.pdf](http://www.cpcb.org/Archivo%20-PDF/Washin%20uranga.pdf).

Wells, W., Burnett, J., y Moriarty S. (1995). *Publicidad principios y prácticas*. México: Prentice Hall.

# **ANEXOS**

### **Breve reseña de entrevista a personal del IVSS**

La información que se presenta a continuación fue obtenida a través de conversaciones personales con personal del Instituto Venezolano del Seguro Social, ubicado en Altigracia (Guerrero y Luces); y el Hospital Domingo Luciani, de El Llanito (Martínez). Aunque estas personas no son las más idóneas para dar información estadística, se acudió a ellas para obtener una idea general sobre los procedimientos para retirar los medicamentos del Seguro y el número de personas que normalmente hacen estos trámites.

El personal mejor calificado para dar esta información se encontraba atendiendo a gran cantidad de pacientes y no fue posible conseguir entrevistas con estos.

Mayra Guerrero (Conversación personal, junio 6, 2005), encargada de brindar información a las personas que acuden a este centro, asegura que tanto los pacientes cotizantes como los no cotizantes, pueden recibir tratamiento gratuito para el cáncer con sólo presentar ciertos requisitos que no implican mayor complejidad. Este proceso de consignación y entrega de medicamentos puede tardar entre 24 horas y 20 días, según la urgencia.

Guerrero, agregó que además existe la figura de donaciones para aquellas personas con gran escasez económica que ni siquiera pueden consignar los requisitos. En estos casos lo que se requiere es un informe médico y los récipes validados por el IVSS, procedimiento que se realiza en Especialidades Médicas, detrás del Banco Central de Venezuela.

Según el doctor José Luces (Conversación personal, junio 6, 2005) , encargado de la Unidad de Atención al Paciente de Altigracia, 500 personas realizan este procedimiento todos los meses. Una vez aprobado el trámite, los pacientes son

remitidos a la misma unidad pero ubicada en el Hospital Domingo Luciani, donde 10 mil personas retiran sus medicamentos todos los meses, según afirma el señor Martínez (Conversación personal, junio 6, 2005), encargado de la vigilancia del área y del control de pacientes que entran y salen de la misma.

La Nueva Seguridad Social cumple con los Venezolanos



*60 años*

Venezolano:

### ¿Sabes como tramitar Medicamento de Alto Costo?

El IVSS garantiza tratamiento de Alto Costo a pacientes que requieran medicamentos para tratar enfermedades de: Cáncer, Esclerosis múltiple, Hemofilia, Transplantados, Esquizofrenia, Déficit de crecimiento, Dializados, Befaro, Espasmo, Distrofias, Enfermedad de gaucher.

#### ¿Quienes pueden solicitarla?

**Si eres paciente cotizante...** Sabias que puedes obtener este beneficio con tan solo presentar los siguientes recaudos:

- Poscer 550 cotizaciones.
- Copia de Cédula de Identidad.
- Tarjeta servicio o forma 14-02 de no tenerla, solicitar corte de cuenta individual.
- Libreta de pensión y/o carnet, Copia de la primera hoja de la libreta donde aparecen los datos del paciente y la hoja donde esta reflejado el último depósito.
- Ficha de Quimioterapia, Original y Copia
- Informe Médico (Forma 15-30), Original y Copia.
- Recipe del IVSS, Original y copia, uno por cada medicamento.
- Si el paciente es menor de edad: Copia de la Partida de Nacimiento y Copia de Cédula de Identidad del representante.
- En caso de que el paciente no pueda realizar los trámites personalmente, debe enviar: Copia de Cédula de Identidad, Pé de vida, Autorización por escrito, de un familiar directo para que realice el trámite.
- Si el paciente reside en el interior del país deberá entregar la forma 17-45 firmada y sellada por el Director y el Regente de la Farmacia (del Hospital o Centro Ambulatorio adscrito al IVSS).
- Los recaudos consignados no deben poseer enmiendas, errores, borrones, ni remarques y deben ser elaborados por el mismo médico tratante.
- Es de vital importancia que en los recaudos aparezcan los números telefónicos del paciente o de sus familiares directos.

#### ¿Donde puedes acudir?

Esq. de Altigracia, Edificio Sede del IVSS, PB Unidad de Atención al Paciente.  
Telf.: 0212 8011236. Caracas-Venezuela.

Todos los servicios  
son completamente gratuitos  
Dirección Fármaco-Terapéutica

Instituto Venezolano de los Seguros Sociales  
Ministerio del Trabajo Gobierno Bolivariano

La Nueva Seguridad Social cumple con los Venezolanos



**Venezolano:**  
**¿Sabes como tramitar Medicamento de Alto Costo.**

*Discrecional*  
El IVSS garantiza tratamiento de Alto Costo a pacientes que requieran medicamentos para tratar enfermedades de: Cáncer, Esclerosis múltiple, Hemofilia, Transplantados, Esquizofrenia, Déficit de crecimiento, Dializados, Beparo, Espasmo, Distrofias, Enfermedad de gaucher.

**¿Quienes pueden solicitarla?**

**Si no eres paciente cotizante...** Sabias que puedes obtener este beneficio con tan solo presentar los siguientes recaudos:

- Copia de Cédula de Identidad.
- Ficha de Quimioterapia, Original y copia.
- Informe Trabajo Social, Original y copia.
- Informe Médico, Forma 15-30, Original y copia.
- Récipe del IVSS, uno por cada medicamento solicitado, Original y copia.
- Si el paciente es menor de edad: Copia de la Partida de Nacimiento y copia de Cédula de Identidad del representante.
- En caso de que el paciente no pueda realizar los trámites personalmente, debe enviar: Copia de Cédula de Identidad, Fé de vida, Autorización por escrito de un familiar directo para que realice el trámite.
- Los recaudos consignados no deben poseer enmiendas, errores, borrones, ni remarcques y deben ser elaborados por el mismo médico tratante.
- Es de vital importancia que en los recaudos aparezcan los números telefónicos del paciente o de sus familiares directos.

**¿Donde puedes acudir?**

Esq. de Altigracia, Edificio Sede del IVSS, PB Unidad de Atención al Paciente.  
Telf.: 0212 8011236. Caracas-Venezuela.

**Todos los servicios  
son completamente gratuitos  
Dirección Fármaco-Terapéutica**

Instituto Venezolano de los Seguros Sociales  
Ministerio del Trabajo - Gobierno Bolivariano



**Área Socio-económica**

Trabaja:	Si:	No:	Empresa donde Labora:	Teléfono:
Dirección:				
Ocupación:		Ingreso Mensual:		
Tiempo que Labora en la Empresa:				

**Relación Mensual de Ingresos y Egresos**

Ingresos		Egresos	
Salario o Sueldo Mensual		Alimentación	
Otros Ingresos		Vivienda	
<b>Total Ingresos</b>		Servicios Básicos	
Otros Ingresos del Grupo Familiar		Transporte	
<b>Total Ingresos Grupo Familiar</b>		Educación	
Disponibilidad Bs.		Medicinas	
		Otros	
<b>Total</b>		<b>Total</b>	

**Nombre y Dirección de un Familiar:**

Nombre:	
Dirección:	
Teléfono:	

**Área Psicosocial:**

--	--	--

**Diagnóstico Social:**

--	--	--

Lic. Emilia Malavé de Briceño  
Trabajadora Social

REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA



Ministerio de Salud y Bienestar Social  
 Dirección de Salud Poblacional  
 Instituto de Oncología y Hematología

**INFORME MÉDICO**

Se hace constar que la paciente Jerónima Calderón de Carrasquel, 49ª, portadora de la Cédula de Identidad N° 6.460.456, Historia Clínica N° 016-406 con diagnóstico Carcinoma Mama Derecha St. II, amerita tratamiento con quimioterapia régimen: Cisplatino 70mgrs/m2 + Taxotere 75mgrs/m2 D1 + Anzemet 100mgrs/día D1 + Dexametasona 16mgrs/día + Dexametasona 4mgrs V0,D0,D1,D2 + Emend cáp/día (por 3 días) + Granocyte 34 amp/día/s.c (por 4 días), cada 22 días por 6 ciclos.

Informe que se expide a petición de la parte interesada en la ciudad de Caracas, a los diecinueve días del mes de diciembre del 2005.

*W. Guédez*  
**Dr. Nelson F. Guédez G..**  
**ONCOLOGÍA MÉDICA**  
**C.I.No. 2.603.913**  
**Mat. 14053**

**Dr. NELSON F. GUÉDEZ GUZMAN -**  
**MEDICINA INTERNA**  
**ONCOLOGÍA MÉDICA**  
**C.I. 2.603.913 - CARACAS, 14.053**



MGS/abc

El informe médico de Jerónima Calderón consiste en el tratamiento para seis ciclos de quimioterapia. Actualmente, la paciente recibe los medicamentos indicados, por medio del IVSS. A continuación se muestra una tabla con el costo de las medicinas que sumadas representan el monto que la Sra. Calderón tendría que desembolsar cada 22 días, por 6 meses.

<b>Medicamento</b>	<b>Costo</b>
Cisplatino de 70 mg.	46.710,00
Taxotere 75 mg.	1.680.287,00
Anzemet 100 mg.	54.599,00
Dexametasona 16 mg.	4.356,00
Dexamaetasona 4 mg.	1.701,00
Emend cápsulas	139.095,00
Granocyte 34	297.248,00
Total	2.223.996,00

Nota: precios según en el Banco de Drogas Antineoplásicas (BADAN), suministrados por Jenny Mosquera el 28 de agosto de 2006.

Informe médico correspondiente a un diagnóstico de cáncer de mama, que evidencia la terminología utilizada por los especialistas.

Caracas, 22 de Agosto de 2006.  
Unidad de Patología Mamaria.

Nombre: Maria Elena Molina      Edad: 42 años      CI: 9.258.776

Motivo de Consulta: referida de Oncología Médica.

Enfermedad Actual: Paciente femenino de 42 años de edad, con diagnósticos de Ca de mama derecha (adenocarcinoma infiltrante tipo ducto lobulillar) estadio IIIb (T4b N1 M0) multifocal (3 tumores?) RE y RP negativos, CerbB2 2+ y TBC pulmonar (tratada en Neumonología HUC), quien recibió tratamiento triple desde febrero hasta el 01/08/06 con régimen FAC x 6 ciclos (Última: 12/07/06), con excelente tolerancia, obteniéndose respuesta parcial (Qt interrumpida por 2 meses para poder indicar tratamiento para TBC - baciloscopia negativa. Tratamiento VO por 6 meses desde Febrero hasta Julio)

Antecedentes personales y quirúrgicos: los mencionados en EA.

Antecedentes Gineco-obstétricos: Menarquia: 15. IIG IIP. 1er parto: 17 años.

Antecedentes familiares: Padre: | Ca. ?

Examen Físico: Luce en BsCsGs, afebril, hidratada. Mamas pequeñas, asimétricas a expensas de MD en la cual se evidencia a la inspección retracción de CAP y CIE en un área de 40mm que coincide a la palpación con área dura, mal definida, adherida al plano superficial. Hacia CSE a 4 cm del CAP se palpa nódulo redondeado, de 8mm blando, no doloroso, móvil, de bordes bien definidos. Axila derecha con ganglio de consistencia aumentada de 20mm aprox. MI, AI y FSCs libres.

Mamografías:

(18/10/05) Dr. Oscar Martínez - Don Bosco: "MD: imagen nodular de aspecto especulado en la UCI de 35 mm retrayendo CAP. Regiones axilares sin anomalías." BIRADS 0.

(26/06/06) Dr. Oscar Martínez - Don Bosco: "MD: marcada retracción del CAP e imagen nodular retroareolar, que al comparar con estudios anteriores se observa disminución de su tamaño en aproximadamente 20%, linfático axilar con grado de sospecha no muestra cambio significativo. Se práctico US mamario unilateral confirmando los hallazgos mamográficos."

Ultrasonido mamario: Dr. Oscar Martínez - Don Bosco (20/10/05) "MD: tres imágenes nodulares la de mayor tamaño subareolar media de 29 x 19 mm, CSE de 8 mm y en UCE de 7 mm. La mayor de ellas, palpable subareolar con calcificaciones en su interior. Dos linfáticos en la región axilar de 16 mm y 11 mm."

Estudios Complementarios:

Ca-15.3 (30/06/06) 39,1 U/ml (N: 6,4 - 58)

Gammagrama óseo: Dra. Aisa Manzo (10/11/05): Aumento de reacción osteoblástica en cráneo, maxilar inferior arcos costales séptimo posterior izquierdo adyacente a la articulación costovertebral y noveno anterolateral derecha, sacro.

TAC tórax (26/12/05) Enfermedad intersticial de patrón micronodular fino de probable origen granulomatoso. Presencia de cavidad en hemitórax bilateral a correlacionar con clínica. Presencia de nódulos pulmonares no calcificados sin descartar origen secundarios de los mismos, por lo que se recomienda TAC de alta resolución.

TAC de Cráneo: (05/12/05) Sin evidencia de alteraciones.

Gram de esputo y cultivo: (24/01/06) No Bacilo tuberculoso.

Rx de tórax: (00/08/06): Normal (Dr. Guedez)

Ecsonograma Abdominal: (16/08/06): DLN.

Impresión Diagnóstica:

1.- Adenocarcinoma infiltrante tipo ducto lobulillar de MD, estadio IIIb (T4b N1 M0).

Sugerencia Terapéutica: Se lleva a reunión a la Unidad de Patología Mamaria sugiriéndose MRM derecha.

Dra. Isabel García Fleury

Dra. Adriana Pesci Feltri

Unidad Patología Mamaria

La siguiente información corresponde a las entrevistas a especialistas en el Hospital Clínico de Caracas, el 31 de mayo de 2006, con la finalidad de obtener datos sobre los aspectos psicológicos y clínicos de las pacientes y los familiares con cáncer de mama y recomendaciones para la campaña informativa.

**Dra. Susana Urbani Nouel, psiquiatra del Servicio de Radioterapia del HUC**

- Yo recibo a la paciente cuando ya está siendo tratado por el Servicio.
- La diferencia entre psiquiatra y psicólogo es que el primero medica, y el segundo hace pruebas clínicas.
- La mayoría de las pacientes no vienen porque quieren, sino porque lo manda el médico tratante o lo solicita el familiar. Lo primero que hago cuando la recibo es ver si tiene o no criterio para verse conmigo, luego se le hace seguimiento.
- En la primera sesión se hace el diagnóstico clínico y psicodinámico; en las siguientes, el tratamiento.
- Cada paciente es diferente: se habla del sueño con los que no quieren dormir, por ejemplo.
- Una de las situaciones comunes de las pacientes es el proceso de duelo, el cual demuestran a través de la rabia, la negación... Va y vuelve... Rabia y tristeza. El duelo no se medica; sólo la ansiedad. El duelo lo escucho, lo interpreto, lo comprendo y lo hago comprender. El duelo hace que algunas pacientes le tomen rabia al personal médico, por ejemplo.
- La otra situación común es la negación: “Yo no sé, a mí no me dijeron nada, ellos manejan todo con un misterio”.
- La paciente tiene que saber su diagnóstico; a excepción de aquella que no lo quiere saber y de hecho lo manifiesta, a ella no hay que decirle nada.
- La mayoría de las veces hay contacto con el familiar. Algunas pacientes vienen solas.

- Algunas familias se unen más por la enfermedad; otras, se separan: el cáncer pone en relieve la estructura de la familia.
- La consulta dura entre 30 y 40 minutos; generalmente, 30.
- La información que la paciente recibe depende de la forma que ella tiene de enfrentar la enfermedad: a mayor manejo de información, mejor forma de manejo de la enfermedad. No es “qué”; sino el “cómo”. Salir del problema depende de qué se le dice y cómo; y luego, cómo lo afronta la paciente.
- Uno no puede convencer a nadie. Uno le pone cosas en las manos a la paciente. Nadie puede ser obligado a ser tratado.
- Hay mucho miedo a los efectos secundarios.
- Hay que informar a la paciente sobre la reacción que la paciente tendrá con el tratamiento, para obtener mejor comprensión y por lo tanto mejoría de la enfermedad.
- Hay pacientes que vienen y me dicen “Yo sé que me voy a morir y quiero dejar todo listo”.
- A la que viene y dice que se quiere suicidar, le digo que eso es mentira, si estás aquí es porque estás buscando ayuda.
- No hay que usar palabras técnicas. Hay que movilizar el término afectivo: “Acuérdate de que fulana tuvo cáncer y que no se le detectó a tiempo, por eso se murió”.
- Hace falta una campaña para que el personal de salud aprenda cómo decirle el diagnóstico a la paciente.

**Dra. Thais Morela Rebolledo, médica oncóloga, jefa del Servicio de Radioterapia y Medicina Nuclear**

- Quien hace el diagnóstico es el cirujano. La paciente llega aquí para hacerse la quimioterapia posquirúrgica. Cuando la paciente llega al servicio es por que ya tiene su biopsia hecha.
- ¿Cómo dar mala noticias al paciente y a los familiares? Tema del congreso de oncología de este año.
- Como sacarse la cédula, uno tiene que hacerse su mamografía.
- Lo primero que hay que hacer es quitarle al cáncer la etiqueta de que es incurable. Hay que verlo desde una nueva orientación: cuando hay un diagnóstico precoz, se puede salir adelante. Esa leyenda de que el cáncer es igual a muerte, hay que eliminarla. Esto en el caso de detección temprana. Si la detección es en estado avanzado, se debe tratar de mejorar la calidad de sobrevivida.
- Las pacientes deben saber que existe el IVSS, y que las no cotizantes pueden usar el Sumed, que es del MSDS. Nosotros firmamos informes para cualquier organización que las ayude.
- Cuando me entrevisto con mis pacientes, me gusta que venga la familia, porque los familiares tiene que entender que esta es una empresa que los involucra a todos.
- El paciente entiende dependiendo de su nivel de instrucción. Yo a mis pacientes al principio no les digo la palabra “cáncer”, les digo que tiene un tumor y les sugiero ayuda psicológica. En el HUC tenemos un servicio de psicooncología que funciona desde hace 3 años. Eso no existe en los privados.
- Lo ideal es detectar el carcinoma *in situ*, que es el momento de tratamiento perfecto.
- Algunas palabras comunes usadas al hablar sobre cáncer son “tumor”, que significa cáncer, al igual que “ruptura de barrera”; pues “barrera” es lo que se conoce como *in situ*, que es carcinoma. “Infiltrar” es meter.

**María Alejandra Carvallo, psicóloga del Servicio de Radioterapia del HUC**

- La paciente recibe su diagnóstico de su médico tratante, que podría ser el ginecólogo. Llega a Radioterapia y se hace la interconsulta.
- Si se ve a una paciente llorando o triste, se le ofrece la ayuda y se le dice que hay un servicio psicología y psiquiatría para ella.
- Nosotros podemos ayudar a dar la mala noticia; pero no la damos; eso lo hace el médico.
- Lo primero que hay que hacer es escuchar, evaluar los miedos.
- Nuestro trabajo es ayudar a las pacientes con diagnóstico terminal a prepararse para la muerte.
- Síntomas comunes: insomnio, inapetencia, deseos de morir o de vivir.
- La paciente, en general, está bastante informada, porque ahora viene aquí gente de todos los estratos, el de clase media (30%) busca mucho en internet.
- El familiar también recibe apoyo y dice qué está haciendo o no la paciente.
- Algunas pacientes necesitan que las acompañen a la consulta. Sólo acompañamiento.
- Cualquier sitio es idóneo para dar la información de cáncer. Método 1: de boca en boca; 2: chequeo anual; 3: medios de comunicación social. Las campañas de prevención están fallando porque la paciente tiene unas constantes ideas de negación: “Eso le pasa a las demás”. La mayoría de las pacientes pasan por su etapa de negación, que es un mecanismo de defensa que utiliza la persona porque su yo interno no puede aceptar la realidad; esto sirve por un período de tiempo.
- El otro caso común es la manía, que se caracteriza por un tono alegre en el manejo de los mismos argumentos del paciente que está en etapa de negación: “Yo no tengo nada. Yo vengo a hacerme mis cosas para complacerlos a ellos (familiares)”.
- En el HUC hubo una iniciativa, que fue como un club de conversación entre pacientes, para el mejor manejo de las fantasías, como la de la muerte.

- El cómo de la campaña se debe llevar al punto afectivo, pues todo el mundo tiene algún conocido con cáncer de mama.
- El duelo es importante, porque significa pérdida, pérdida de salud. Hay que tener tolerancia.
- En nuestra sala de espera se han hecho bingos cantados, se han dictado clases de peluquería y de maquillaje.
- La muerte hay que verla distinto: hay que vivir cada día con intensidad, esta vida es un período transitorio, la muerte es una salida para acabar con el dolor. Hay que ayudar a la elaboración del duelo, hacer lo que haya que hacer... pedir perdón, llorar, hacer cosas pendientes.



**EDITORIAL LATINA C.A.**

RIF-J-00012221-0

NIT-000951340-0

CARACAS, 21 AGOSTO DE 2006.

**SEÑORA  
CAROLINA ACUÑA  
PRESENTE.-**

**REF.: 8960.  
TELF.: 0414-3181892**

**ASUNTO: PRESUPUESTO VARIOS**

**TRABAJO: DIPTICOS.**  
CANTIDAD: 10.000 (DIEZ MIL)  
TAMAÑO: 18X21 (ABIERTO)  
MATERIAL: GLASE 150 GR.  
COLORES: 4X4  
ENCUADERNACIÓN: DOBLADOS.  
**PRECIO: Bs. 1.259.000,00 + IVA**

**TRABAJO: AFICHES.**  
CANTIDAD: 250.  
TAMAÑO: ¼ PLIEGO  
COLORES: 4X0 + PLASTIFICADO BRILLANTE UNA CARA.  
**PRECIO: Bs. 598.000,00 + IVA**

ATENTAMENTE,

**MARIA MARTIN  
GERENTE GENERAL.**