



UNIVERSIDAD CATÓLICA ANDRÉS BELLO
FACULTAD DE HUMANIDADES Y EDUCACIÓN
ESCUELA DE COMUNICACIÓN SOCIAL
COMUNICACIONES PUBLICITARIAS

DISEÑO DE UNA ESTRATEGIA PARA INCENTIVAR LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO

Trabajo de Investigación presentado por:
Amanda MORENO MARTINS

A la escuela de Comunicación Social
como un requisito parcial para obtener el Título de Licenciada.

Tutora:
Elsi ARAUJO REYES

Caracas, Septiembre 2007

A Dios y a todos los que hicieron este proyecto posible...

AGRADECIMIENTOS

Escribir los agradecimientos se corren dos riesgos: sonar a discurso de Miss Venezuela u olvidar mencionar a alguien, intentaré no caer en ninguna de estas faltas.

Quiero darle gracias a Dios por darme fuerzas para superar los obstáculos que se presentaron este año, a mi mamá por ser mi apoyo incondicional y por creer en mí cuando dudo de mi misma. A mi papá por darme fuerzas desde el principio y a lo largo de la carrera. ¡Los quiero muchísimo!.

A mi abuela Juanita por estar conmigo y ayudarme siempre, demasiado bella. A mi abuela Chabela quién por razones de la vida no puede acompañarme físicamente en este momento tan especial pero que siempre estará a mi lado.

A mis hermanitos por ser tan lindos, especialmente a José Francisco que aparte de ser mi hermano es mi mejor amigo (N.T.V.A.M. jeje)

Elsi, gracias por enseñarme tanto, por haberme acompañado en esta aventura y por la paciencia. Fue un placer conocerte y tenerte como tutora.

¡A mis amigos, que son lo máximo! Carolina, nos conocemos de hace como mil años (no voy a decir cuántos porque una vez que se cae la cédula no hay vuelta atrás jaja) Gracias por tu amistad. Cynthia, Hen, y Javi, los quiero como no tienen idea, los cuatro son como hermanos para mi (snif, snif).

Meche y Pao, gracias por ser mi familia estos años en nuestra versión criolla de friends (creo que no hace falta aclarar quién es quien jeje) Las quiero chicas.

Carmen, fue genial compartir contigo la mención, te aprecio mucho amiga. ¡Larga vida a la Dupla! Gracias a Mariana y a Daniela por ser tan panas, son

una nota.

Jesús, Desi y Beatriz un millón (de gracias, vale aclarar). A mi tía Mary por preguntarme siempre como va la tesis. A mis primos David y Migue, disculpen las embarcadas por la tesis, aunque sabemos que valió la pena. Ecka, Jorean “se fue el toro” jaja.

A la profesora Nivia Cuevas por recalcaros la importancia de una buena estrategia.

GRACIAS A TODOS...

Y sí olvidé algún nombre sepan que el cariño es el mismo y para demostrarlo aquí les dejo un espacio para su nombre:

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN.....	15
II. MARCO TEÓRICO.....	17
1.1 El Cáncer.....	17
1.1.1 El origen del cáncer.....	20
1.1.2 Elementos para la prevención del cáncer.....	24
1.1.3 La naturaleza hereditaria del cáncer.	26
1.1.4 La Psicología y el Cáncer.....	27
2.1 El cáncer de cuello uterino.....	30
2.1.1 Factores de Riesgo.....	31
2.1.2 Métodos para la detección del cáncer de cuello uterino.....	36
2.2 El Virus del Papiloma Humano (VPH).....	44
2.2.1 Medios de contagio.....	45
2.2.2 El VPH y el Cáncer de cuello uterino.....	46
2.2.3 El VPH en Venezuela.....	49
3.1 Definición de mercadeo	50
3.2 El proceso de marketing.....	50
3.3 El mercadeo social.....	52
3.3.1 Elementos esenciales a considerar en las campañas sociales.....	53
3.3.2 El producto social.....	55
3.3.3 Las “siete puertas” al cambio social	57
3.3.4 El mercadeo social dirigido a la salud.....	58
3.3.4.1 Fases del proceso de la comunicación en pro de la salud.....	60

3.3.5 ¿Por qué fracasan las campañas de mercadeo social?.....	61
III. MARCO REFERENCIAL.....	63
4.1 Universidad Católica Andrés Bello.....	63
4.1.1- Fundación.....	63
4.2. Identidad y Objetivos de la UCAB.....	64
4.3 La UCAB como organización.....	66
4.3.1 Estructura Organizacional.....	67
4.3.1 .1- El Canciller y el Vice-Canciller.....	69
4.3.1.2 El Consejo Fundacional.....	69
4.3.1.3 El Consejo Universitario.....	70
4.3.1.4- El Rector.....	70
4.4 -Situación Actual.....	70
4.5 Perfil del Ucabista.....	73
4.5.1 El joven moderno.....	73
4.5.2.-El Joven Venezolano.....	74
4.5.2.1- Los Rezagados.....	75
4.5.2.2- Los Tutelados.....	75
4.5.2.3- Los Emancipados.....	75

4.5.2.4- Los Movilizados.....	76
4.5.2.5- Los Desarraigados.....	76
4.5.2.6- Los Integrados.....	76
4.6 El estudiante Ucabista.....	77
IV. MÉTODO.	78
5. 1 Descripción del Problema.....	78
5.2. Objetivos.....	78
5.2.1. Objetivo General.....	78
5.2.2. Objetivos específicos.....	79
5.2.3. Preguntas de la investigación.....	79
5.3. Tipo y diseño de investigación	79
5.3.1. Fuente de datos.....	80
5.3.2. Variables.....	81
5.3.3. Conceptualización.....	81
5.4 Operacionalización.....	82
5.4.1. Unidades de análisis.....	85
5.4.1.1. Estudiantes UCAB.....	85
5.4.2.2. Doctores expertos en el área y la descripción de los doctores....	85

5.5. Muestreo.....	86
5.5.1 Estudiantes UCAB.....	87
5.5.2 Doctores expertos en el área.....	87
5.6 Instrumentos de medición.....	87
5.6.1 Entrevista semiestructurada.....	87
5.6.2 Encuesta.....	88
5.6.3 Validación de los instrumentos.....	89
5.7. Procedimiento.....	89
V. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.	91
5.1 Resultados obtenidos de la unidad de análisis 1.....	91
5.2 Resultados obtenidos de la unidad de análisis 2.....	98
5.2.1 Edad y lugar de nacimiento.....	98
5.2.2 Estado Civil.....	98
5.2.3 Carrera y año que cursan.....	98
5.2.4 Número de Hijos.....	99
5.2.5 Conocimiento del cáncer de cuello uterino.....	99
5.2.6 Principal causa de muerte de las mujeres en Venezuela.....	100
5.2.7 Conocimiento de medidas preventivas.....	100
5.2.8 Historial de cáncer en la familia y conocimiento del cáncer de cuello uterino por los familiares.....	101
5.2.9 Datos de las visitas al médico.....	102
5.2.10 Conocimiento del VPH y medidas preventivas.....	102
5.2.11 Informacion recibida sobre el cáncer de cuello uterino en la UCAB.....	103

5.2.12 Importancia que dan a recibir información sobre el cáncer de cuello uterino.....	104
5.2.13 Actividades recomendadas.....	104
5.2.14 Relación entre la edad y el conocimiento del cáncer de cuello uterino.....	105
5.2.15 Relación entre la edad y el conocimiento del grupo etario Afectado en mayor proporción por el cáncer de cuello uterino.....	106
5.2.16 Relación entre la edad y la selección de la primera causa de muerte de las mujeres en Venezuela.....	110
5.2.17 Relación de la edad con el conocimiento de medidas para prevenir el cáncer de cuello uterino.....	113
5.2.18 Relación entre la edad y la regularidad con la que acuden a consulta médica.....	114
5.2.19 Relación entre la edad y el conocimiento del VPH.....	116
5.2.20 Relación entre carrera y conocimiento del cáncer de cuello uterino.....	118
5.2.21 Conocimiento de la primera causa de muerte en las mujeres de Venezuela por escuela.....	119
5.2.22 Conocimiento de métodos para prevenir el cáncer de cuello uterino.....	121
5.2.23 Relación entre el estado civil y el conocimiento del cáncer de cuello uterino.....	122
VI. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	123
VII. DISEÑO DE LA ESTRATEGIA DE COMUNICACIÓN.....	127
7.1 Antecedentes.....	127

7.2.Objetivo de la Comunicación.....	127
7.3. Público Objetivo.....	128
7.4 Público Secundario.....	128
7.5 Características del público objetivo.....	128
7.6 Base estratégica.....	129
7.7 Tácticas.....	130
7.7.1 Fase de intriga.....	130
7.7.2 Fase de acercamiento.....	131
7.7.3 Fase informativa.....	131
7.8 Concepto de campaña.....	132
7.9 Tono de la comunicación.....	132
7.10 Piezas.....	132
7.10.1 Afiches.....	132
7.10.1.1 Versión: Uno Cards.....	133
7.10.1.2 Versión: Gallinita Ciega.....	133

7.10.1.3 Versión: Piedra papel o tijera.....	133
7.10.1.4 Versión: Coco	133
7.10.2 Dummies.....	134
7.10.3 Folletos.....	134
7.10.4 Volantes.....	134
7.11 Responsables de la campaña.....	134
7.12 Duración.....	136
7.13 Presupuesto.....	136
VIII. CONCLUSIONES.	137
IX. RECOMENDACIONES.	139
IX. BIBLIOGRAFÍA.	140
X. ANEXOS.	147

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Número de Alumnos Ingresados por Sede.....	71
Tabla 2: Distribución de los Alumnos Ingresados por Carreras.....	72
Tabla 3. Matriz de análisis.....	92
Tabla 4. Frecuencia y Porcentajes de las Carreras Cursadas por las Encuestadas.....	102
Tabla 5. Edades de las Encuestadas que señalaron que el Cáncer de Cérvix Afecta Principalmente a Niñas.....	108
Tabla 6. Edades de las Encuestadas que señalaron que el Cáncer de Cérvix Afecta Principalmente a jóvenes.....	109
Tabla 7. Edades de las Encuestadas que señalaron que el Cáncer de Cérvix Afecta Principalmente a adultas.....	110
Tabla 8. Edades de las Encuestadas que señalaron que el Cáncer de Cérvix Afecta Principalmente a ancianas.....	111
Tabla 9. Edades de las Encuestadas que señalaron no saber a quienes afecta el Cáncer de Cérvix.....	112
Tabla 10. Edades de las Mujeres que Afirmaron Conocer Como Prevenir el Cáncer de Cuello Uterino.....	115
Tabla 11. Relación Ente Edad y Análisis de Sangre Como Método Para Detectar el VPH.....	118
Tabla 12. Relación Ente Edad y el Examen Ginecológico Como Método Para Detectar el VPH.....	119
Tabla 13. Relación Ente Edad y el Examen General Como Método Para Detectar el VPH.....	120

Tabla 14. Frecuencia de Selección del Cáncer de Mama como Principal Causa de Muerte en las Mujeres Venezolanas por Escuelas.....	121
Tabla 15. Frecuencia de Selección del Cáncer de cuello uterino como Principal Causa de Muerte en las Mujeres Venezolanas por Escuelas.....	122
Tabla 16. Frecuencia de Selección del Cáncer de pulmón como Principal Causa de Muerte en las Mujeres Venezolanas por Escuelas.....	122
Tabla 17. Frecuencia de Selección del Cáncer de Piel como Principal Causa de Muerte en las Mujeres Venezolanas por Escuelas.....	123
Tabla 18. Relación Entre el Estado Civil y el Conocimiento del Cáncer de Cuello Uterino.....	124

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Organigrama de la Universidad Católica Andrés Bello.....	68
Figura 2. Distribución de alumnos por escuelas de acuerdo al género.....	71
Figura 3. Conocimiento de grupo afectado mayoritariamente por el cáncer de cuello uterino.....	103
Figura 4. Métodos preventivos indicados por la muestra.....	104
Figura 5. Estudios para detectar el Virus del Papiloma Humano (VPH) y frecuencia de respuestas.....	105
Figura 6. Actividades sugeridas por las estudiantes y sus porcentajes de frecuencia.....	106
Figura 7. Conocimiento del cáncer de cuello uterino por edad.....	107
Figura 8. Edades de quienes señalaron el cáncer de mama como la principal causa de muerte en Venezuela.....	113
Figura 9. Edades de quienes señalaron el cáncer de cuello uterino como la principal causa de muerte en Venezuela.....	113
Figura 10. Edades de quienes señalaron el cáncer de pulmón como la principal causa de muerte en Venezuela.....	114

Figura 11. Edades de quienes señalaron el cáncer de piel como la principal causa de muerte en Venezuela.....	114
Figura 12. Frecuencia por edad de las mujeres que asisten regularmente al médico.....	116
Figura 13. Regularidad con la que acuden al médico de acuerdo a la edad.....	117
Figura 14. Conocimiento del VPH de acuerdo a la edad.....	117
Figura 15. Conocimiento del cáncer de cuello uterino por escuelas.....	121
Figura 16. Relación por escuela del conocimiento de métodos para prevenir el cáncer de cuello uterino.....	123

I. INTRODUCCIÓN

El Cáncer de cuello uterino representa un serio problema de salud en Venezuela en donde constituye la primera causa de muerte en las mujeres. En países donde se han implementado campañas de salud pública en relación a esta malformación, el número de casos clínicos ha disminuido significativamente.

La principal barrera es la educación, debido al desconocimiento presente en el target acerca del desarrollo de este tipo de lesiones que se caracterizan por su lenta evolución y por lo sencillo que resulta detectar los primeros cambios celulares antes de la aparición de tumores con la práctica de una citología anual.

Con el desarrollo de campañas de comunicación que lleguen a la población femenina así como la implementación de estrategias efectivas se pueden contrarrestar los problemas que impiden a las mujeres asistir a la consulta ginecológica.

Es fundamental incluir en las comunicaciones que este tipo de cáncer no debe ser visto como una sentencia de muerte ya que se puede curar en su totalidad cuando es detectado en etapas iniciales.

En la investigación que se presenta a continuación se realizó una investigación exploratoria de tipo no experimental para conocer, a través de una encuesta, la información que maneja la muestra de la población que fue estudiada en cuanto al tema del cáncer de cuello uterino, los factores de riesgo y de prevención del mismo. La muestra estuvo conformada por 246 estudiantes de sexo femenino de la Universidad Católica Andrés Bello.

También se consultaron tres especialistas en ginecología a través de una entrevista semi estructurada con el fin de conocer su perspectiva en cuanto a este tipo de cáncer, la información existente en el país al respecto entre otros elementos siguiendo los lineamientos de la investigación.

En el presente trabajo se encontrará la información que sirvió como punto de partida la cual consiste en las características del cáncer en general y en particular del cáncer de cuello uterino, posteriormente se trata el tema del mercadeo con énfasis en el mercadeo social dirigido a los programas de salud.

Se muestran elementos del entorno en el cual se pondría en práctica la estrategia el cual es la sede de la UCAB en Caracas. Adicionalmente se muestra la descripción del público objetivo.

Una vez recolectados y procesados ambos instrumentos se analizaron los resultados para distinguir los elementos a emplear en las comunicaciones al momento de diseñar una estrategia. El concepto de la campaña y el tono de la comunicación de esta investigación fueron planteados considerando los elementos encontrados en los instrumentos así como información del target o publico objetivo.

II. MARCO TEÓRICO

1.1 El cáncer

El Cáncer es una afección definida por Belcher (1995 p. 20) como “una enfermedad maligna formada por la multiplicación desordenada de las células de los tejidos u órganos que crecen mediante infiltración, invasión, destrucción y penetración de los tejidos circundantes”

El Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas (1993) considera que esta malignidad es una anomalía de células, transmitida de la célula madre a las células hijas y que se caracteriza por la reducción del crecimiento y la función celular lo que conlleva a la formación no controlada de tejidos.

James Wilkinson, en su libro *La Guerra contra el Cáncer* (s.f.) expone lo siguiente:

El cáncer empieza por una sola célula villana que se divide para producir dos células cancerosas, que se dividen entonces para producir otras dos células cancerosas. Pronto hay una pequeña masa de células cancerosas que forman un tumor. El tumor es extremadamente pequeño en esta etapa. (...)Para cuando el tumor ha llegado al tamaño de la cabeza de un alfiler, y pesa quizás un milésimo de gramo, consiste ya en como un millón de células.” (p. 72)

Para Ziegeler (s.f., c.p.García, Fernandez y Tibola 1996) este padecimiento es un tejido que crece espontáneamente y que es completamente inútil a las necesidades del organismo. Oberling (1961) opina que esta alteración se caracteriza

por la pérdida de la memoria celular respecto a la síntesis de las proteínas características de los órganos de los cuales forman parte.

Otra característica de las células cancerosas es que presentan lo que se denomina inhibición por contacto. En un estudio señalado por Wilkinson (s.f.) se encontró en unas células normales estudiadas en láminas de vidrio que su crecimiento se detenía al hacer contacto entre ellas mientras que en las células que presentan anormalidad, el crecimiento no se detiene.

La velocidad con la que se forman los tejidos o tumores originados por el descontrol celular varían de acuerdo a la frecuencia con la que se dividan las células por lo tanto se les identifica de distintas maneras; según la Agencia para el Registro de Sustancias Tóxicas y Enfermedades (ATSDR por sus siglas en inglés) (s.f.), estas son algunas denominaciones:

o Tumores benignos:

- Papiloma: masa protuberante que se forma en la piel, especie de verruga.
- Adenoma: tumor que crece en las glándulas y en torno a las mismas.
- Lipoma: bulto que se encuentra en un tejido adiposo.
- Osteoma: formación maligna de origen en el hueso.
- Mioma: tejido que se forma en el tejido muscular.
- Angioma: malformación compuesta generalmente de pequeños vasos sanguíneos o linfáticos, como las marcas de nacimiento.
- Nevus: pequeña formación cutánea de una variedad de tejidos, por ejemplo un lunar.

o Tumores malignos

- Carcinomas: se originan en la piel o en el epitelio, nombre con el cual se conoce al recubrimiento de las células de un órgano. Los carcinomas constituyen el tipo más frecuente de cáncer. Entre los lugares más comunes para la aparición de carcinomas son la piel, la boca, el pulmón, los senos, el estómago, el colon y el útero.
- Sarcomas: son cánceres del tejido conectivo y soportivo, es decir, de tejidos blandos de todos los tipos. Los sarcomas se encuentran en cualquier parte del cuerpo y frecuentemente forman crecimientos secundarios en los pulmones. Esta alteración celular maligna puede llevar a una multiplicación no controlada de tejidos, no sólo en sus órganos de origen sino que también lo hace invadiendo otros a través de un proceso conocido como metástasis como lo explica Rieber (1977).

La invasión del cáncer hacia otras zonas u órganos puede producirse por la formación de células malignas en tejidos próximos al afectado, aunque también puede darse el caso de desprendimiento de las células cancerosas en el torrente sanguíneo llevando éstas a tejidos cercanos de acuerdo al Instituto Nacional del Cáncer de Estados Unidos (2007).

Esta Organización acota que las formaciones cancerígenas se les denominan como la parte del cuerpo en la cual se iniciaron añadiendo el término metastásico; por ello, si un cáncer tiene origen en la mama pero con la metástasis el tejido afectó el pulmón también se denomina cáncer de mama metastásico.

Oberling (1961) explica que el cáncer en sí mismo no es doloroso y puede evolucionar durante largos períodos de tiempo sin causar el menor trastorno evi-

dente lo cual, en algunos casos, hace imposible su detección temprana aumentando la posibilidad de que este invada otros tejidos a través de la metástasis.

1.1.1 El origen del cáncer

El Dr. Mariano Zomeño (2000), médico especialista en oncología radioterápica expone en su sitio web que el primer registro de estas tumoraciones se encuentra en el papiro de Edwin Smith, procedente de Egipto que data de aproximadamente de 1.600 años antes de Cristo.

Este papiro representa una prueba documental de los conocimientos médicos de la época, como comenta el Licenciado José Antonio López en su trabajo para la Scientific Electronic Library Online de Cuba (2002) ya que en él se hacen observaciones de anatomía como la ubicación del corazón y la medición del pulso.

Hipócrates describió la sintomatología del cáncer en el paciente e introdujo los términos carcinoma y sarcoma. La primera distinción de los tumores de acuerdo a su naturaleza la hace Galeno, con lo cual, de acuerdo a Oberling (1961), se da inicio al estudio del cáncer ya que consideró que esta enfermedad se originaba por un exceso de bilis negra y que una vez formado no tenía cura.

Oberling (1961), ofrece una serie de teorías por medio de las cuales se ha intentado explicar la formación del cáncer:

- Teoría Irritativa: en la segunda mitad del siglo XIX, los clínicos Broussais y Billroth denunciaron que la inflamación crónica de los tejidos cutáneos era el agente activador del cáncer.

- Teoría embrioniana: en 1829, Lobstein y Regamier formularon esta teoría en la cual atribuían el origen de los tumores a la proliferación de células embrionarias presentes en el individuo adulto.
- Teoría microbiana o parasitaria: con los descubrimientos de Pasteur a finales del siglo XIX se encontró solución a muchas enfermedades y científicos como Rappin esperaban encontrar el origen de las formaciones cancerígenas en las bacterias.
- Teoría de la mutación: las mutaciones aparecen normalmente sin causa aparente, son cambios bruscos en la célula que será transmitido a sus hijas provocando así la multiplicación de las células con anomalías.

En el trabajo *Mujer y Cáncer: una aproximación al estudio de la representación social del cáncer en mujeres con cáncer de cuello uterino* por Fernández, García y Tibola (1996) se presentan las siguientes teorías:

- La teoría de los factores endógenos o mutación de los genes: los factores genéticos son responsables de que se origine y desarrolle el tejido canceroso por una anomalía en el proceso de división celular. Al respecto Wilkinson (s.f.) sostiene que posiblemente “lo que causa el cáncer sea un mecanismo interruptor que falla. Puede ser que el gen que controla el desarrollo canceroso se encuentre presente todo el tiempo en el núcleo pero sea reprimido.” (p. 71)
- Teoría de los factores exógenos: esta teoría plantea que los elementos externos al organismo propician la alteración celular. Entre estos destacan los rayos ultravioleta y sustancias químicas a las cuales atribuyen también la aparición de otras enfermedades. Otro factor externo que mencionan es la presencia de los virus oncogénicos en el desarrollo del cáncer de cérvix. “Los médicos

creen que hasta el 80% del cáncer es provocado por el medio ambiente. Algunos de los peligros del medio ambiente son muy conocidos, aunque saber cuáles son y evitarlos son dos cosas distintas” (Wilkinson s.f. p. 25)

- Teoría Psicosomática: algunos autores como el Dr. José Shavelzon (1978) hablan de la influencia de los procesos psicológicos del individuo en la aparición de tejidos cancerígenos en los mismos, este proceso es conocido como la psicogénesis del cáncer. Esta teoría psicosomática no es nueva, el autor indica que esta causa es la más antigua.

Galeno (s.f. c.p. Shavelzon 1978) llegó a la conclusión tras analizar a sus pacientes que las mujeres con tendencias melancólicas eran más propensas que otras a desarrollar tejidos cancerígenos. En 1961 Dixon y Stern realizaron un estudio psicológico a más de seis mil mujeres con cáncer y determinaron que, en su mayoría, presentaban inestabilidad emocional por conflictos familiares, por lo general maritales.

Pero a pesar de estos descubrimientos los psicólogos no poseían elementos suficientes para aportar soluciones a estos desórdenes dejando de lado los conceptos psicosomáticos.

Para el año 1926, el libro publicado por Elida Evans titulado Estudio psicológico del Cáncer refresca el debate de la condición psicosomática de la enfermedad al estudiar a 100 pacientes y atribuir al paciente típico el haber “perdido una parte importante de sus relaciones emocionales previamente al desarrollo de la neoplasia” (p. 16)

Si bien se hallaron elementos que podrían indicar relación entre ambos procesos, no quedaba clara la influencia de estos estados emocionales en el proceso

anomalía celular hasta que Foque (1931) plantea que el estado psíquico del individuo influye en el sistema inmunológico y estos elementos despiertan la receptividad en la célula a los factores precancerígenos externos.

Fernández et al. (1996) agregan que la correlación entre estrés, tanto físico como emocional, con el funcionamiento apropiado del sistema inmunológico; sentimientos como la cólera, depresión y desesperanza “activan mecanismos bioquímicos a nivel del hipotálamo, hipófisis y glándulas suprarrenales y esto lleva a una supresión del sistema inmune haciendo al individuo susceptible a desarrollar cáncer u otras enfermedades” (p. 30).

También existe una hipótesis formulada por Harold Blum (1959) basada en un factor que interfiere en el proceso de división celular llamado TEM, el autor aclara que este término no tiene ningún significado en particular sino que es utilizado denominar estas partículas a las cuales cataloga como indeterminadas y hereditarias que se encuentran presentes en la célula y se activan en algún momento y afectan la síntesis acelerando la reproducción de las mismas.

En la actualidad no se maneja una teoría específica comprobable que explique el por qué del hecho por el cual estas células dejan de funcionar de manera correcta, pero se toman en cuenta factores que pueden hacer propensas a las personas de desarrollar cáncer.

1.1.2 Elementos para la prevención del cáncer

La prevención es definida por López (s.f.) como un “conjunto de medidas destinadas a evitar la aparición de una enfermedad (prevención primaria) o a detectarla precozmente (prevención secundaria)” (p. 15).

Leavel y Clark (1965) consideran importantes tres niveles de prevención para el cáncer: el nivel primario, el secundario y el terciario.

Respecto a la prevención primaria, Higashida (1997 c.p. Coronel, Domínguez, Parra y Valencia 2003) acota que esta es la más importante debido a que se realiza en un período en el cual la enfermedad no está presente o se encuentra en un período de inicio o prepatogénico, pudiendo así evitar su formación debido a que se permite tomar acciones antes que avance el padecimiento y sea más difícil y costoso de erradicar del organismo del paciente.

Dentro de la prevención primaria se contemplan dos aspectos: el fomento de la salud y la protección específica.

- El fomento de la salud: este elemento es considerado en la carta de Ottawa (1986 c.p Coronel et al. 2003) y se refiere a las medidas educativas necesarias para propiciar mejoras en la salud física, mental y social, logrando así el bienestar integral de la comunidad facilitándole las condiciones mínimas para que se satisfagan las necesidades básicas de los individuos y del grupo social. Se les deben indicar métodos de prevención de enfermedades, síntomas de los mismos, así como los factores que pueden predisponer su aparición y prácticas para mejorar su salud.

- La protección específica según López (1992 c.p. Coronel et al.2003) indica que los objetivos de esta son la “protección contra padecimientos específicos, uso de métodos positivos comprobados y de eficacia medible” (p. 23) Lo cual no es otra cosa más que aplicar los instrumentos adecuados una vez que es detectada la enfermedad para evitar su propagación o evolución.

Para prevenir el cáncer se deben conocer los factores que se consideran predisponen al individuo al desarrollo de esta afección, la Agencia para el registro de Sustancias Tóxicas y Enfermedades (ATSDR por sus siglas en inglés) menciona las siguientes (s.f.):

- Consumo de tabaco.
- Dieta poco saludable.
- Agentes infecciosos como el Virus del Papiloma Humano o VPH.
- Exposición a elementos químicos en el sitio de trabajo.
- Un estilo de vida sedentario.
- La obesidad.
- El consumo de alcohol y drogas.
- Factores hereditarios.
- Las enfermedades de transmisión sexual (ETS) que en la mujer incrementan la posibilidad de desarrollar cáncer de cuello uterino.

Esta agencia explica la correlación de 30% entre el consumo de tabaco y una dieta poco saludable en la aparición de todos los cánceres.

En cuanto a los factores mencionados como agentes que pueden propiciar la aparición de lesiones celulares existe aceptación de los mismos por médicos e instituciones mundiales. La Asociación Española contra el cáncer (2005) en su

sitio web sostiene que, aproximadamente, entre 75% y 80% de las tumoraciones cancerígenas se originan por los agentes externos que actúan en el organismo; al ser externos implica que el individuo tiene la posibilidad de modificar dichas conductas.

1.1.3 La naturaleza hereditaria del cáncer.

Entre los factores que predisponen a la aparición del cáncer resalta la herencia a pesar de que no se conoce con exactitud el papel que desempeña esta en la anomalía de la producción celular.

Según Oberling (1961) este factor es una de las causas que infunde temor en las personas respecto al cáncer. Dicho autor menciona registros de casos como los citados por Paulsen (1924) en los cuales los padres de una familia junto con seis de sus siete hijos padecieron de cáncer gástrico, pero estos casos no son comunes puesto que son mayores los casos de familias en las cuales el cáncer no se manifiesta en descendientes directos de la persona afectada.

Contrastando esta idea del factor hereditario de estas lesiones, el Dr. Francis Roe (c.p. Wilkinson s.f.) señala que debido a lo común de la enfermedad es prácticamente inevitable que sea padecida por varios miembros de una familia. Calculó además en doce la posibilidad de que en una familia de ocho por lo menos cuatro de sus miembros contraigan algún tipo de cáncer en algún momento de sus vidas.

Harold Blum (1959) en su libro *Carcinogenesis by ultraviolet light* plantea la hipótesis de la existencia de la tendencia hereditaria pero que se activan mediante

un agente externo que aumenta la cantidad de enzimas del compuesto celular en su proceso reproductivo.

Al respecto, el Instituto Nacional del Cáncer en Estados Unidos en su sitio web (2006 diapositiva 35) afirma lo siguiente:

El cáncer no se considera como una enfermedad que se hereda debido a que la mayoría de los casos de cáncer, quizá el 80 a 90 por ciento, ocurren en personas sin historia familiar de la enfermedad. Sin embargo, la probabilidad de que una persona desarrolle cáncer puede ser influida por la herencia de ciertos tipos de alteraciones genéticas. Estas alteraciones tienden a aumentar la susceptibilidad del individuo para desarrollar cáncer en el futuro.

Lo recomendado por médicos es considerar tanto el factor hereditario como otros factores que predispongan la aparición de esta enfermedad, no como una sentencia sino como una alerta para realizarse chequeos médicos preventivos regularmente.

1.1.4 La Psicología y el Cáncer.

Venon Coleman (1995 c.p. Fernández, García y Tibola 1996) señala lo siguiente:

La gran mayoría de las personas relacionan la palabra cáncer con la palabra más aterradora del diccionario, debido a la imagen pública que representa, el cáncer se considera terrible, sin tomar en cuenta que en la mayoría de los casos es posible su control y curación (p.31).

El Dr. Schaverlzon (1978) explica que el cáncer es percibido como una amenaza a la propia identidad por los factores negativos asociados a la percepción

aún cuando con los avances en el campo de la medicina esta enfermedad no debería ser un peligro de muerte.

Considerando los puntos que hacen del chequeo médico preventivo un elemento fundamental para evitar la detección del cáncer en una etapa temprana, es necesario conocer los elementos que interfieren en las mujeres para no realizar esta práctica de manera frecuente y en algunos casos no hacerlo nunca.

En un estudio citado por Wilkinson (s.f.) para averiguar por qué las mujeres que corren más peligro no se atienden revelaron un surtido variado de razones. Entre algunas opiniones se encontró que no tienen tiempo o no tienen fe en las clínicas o no advierten la importancia de las pruebas. Algunas no toleran nada que tenga que ver con clínicas o médicos porque les recuerda la enfermedad.

En el artículo de Miranda y Valenzuela (2001) *¿Por qué no me hago el Papanicolau? Barreras psicológicas de mujeres de sectores populares de Santiago de Chile*, se expone el caso de una campaña para promover la realización del Papanicolau, que a los dos años de su puesta en práctica no lograba los objetivos de atención propuestos al inicio así que el Departamento de comunicaciones se dedicó a buscar cuales eran las razones por las que el público meta no estaba acudiendo a las jornadas preventivas, los resultados se citan a continuación:

Se encontraron las siguientes barreras psicológicas para la acción: miedo, a obtener un resultado adverso, al dolor del examen o a la falta de higiene del material (espéculo); pudor, porque el examen fuese tomado por un varón o por la presencia de personas extrañas en el box de atención; creencias erróneas, que es sólo para mujeres jóvenes, en edad sexual activa, que el PAP corre el DIU [Dispositivo Intrauterino] y errores de información, contenidos en un folleto oficial en que se señalaba que el PAP sirve para prevenir el cáncer y no para detectarlo precozmente (p. 75)

Las comunicaciones fueron modificadas para considerar estos temas y combatir dichas barreras en la percepción del estudio de Papanicolau por el público femenino al cual estaba dirigida la campaña. En este caso se tomó como referencia el Modelo de Creencias en salud o Health Belief Model.

Este modelo surge en los años 50 para estudiar los procesos psicológicos que interfieren con la toma de decisiones referentes a la salud y “originalmente incluía el estudio de la percepción beneficios del examen, pero con el tiempo el modelo se amplió hasta incluir la evaluación de creencias sobre acciones de prevención” (Miranda y Valenzuela, 2001 p.76)

El sistema no establece patrones de conducta determinados para que una persona adopte acciones para el beneficio de su salud correspondientes a una afección determinada. En este tema se pueden denotar diferencias entre autores, por ejemplo, Green (s.f.) acota que existen tres pasos:

- El primero es que una persona sienta que su salud esta en riesgo o padece de una enfermedad sin notar los síntomas.
- Luego considera las consecuencias de dejar que la enfermedad continúe su curso y cómo afectaría esto su desenvolvimiento cotidiano y la comparación de los costes por descartar la enfermedad y el atacar la misma cuando ya esté desarrollada.
- Por último, que la persona puede estar expuesta a un factor decisivo, como información al respecto, que lo haga pasar de considerar la decisión de practicarse la evaluación médica correspondiente para detectar o descartar la enfermedad.

Soto (1997) expone los siguientes como los cursos de acción en este modelo:

- La percepción de que un determinado problema es importante o grave para considerar su descarte.
- La percepción de ser vulnerable a dicha afección. “la percepción de riesgo al que uno se expone o ha estado expuesto puede suponer otro factor condicionante del comportamiento” (Soto 1997 p. 19)
- La percepción de que la acción a tomar producirá un beneficio a un coste personal aceptable

Miranda y Valenzuela (2001) incluyen la percepción de las barreras de acción, lo cual implica conocer los elementos que percibidos como inconvenientes o riesgos al tomar medidas recomendadas para prevenir la salud, como la citada previamente de temor a contraer una infección al momento del examen ginecológico.

La importancia de conocer estos procesos psicológicos es el analizar la actitud que existe respecto al cáncer y a la realización de los estudios preventivos y de control para así saber que elementos reforzar en las comunicaciones hacia el público.

2.1 El cáncer de cuello uterino

Antes de explicar las características de esta malformación Fernández, García y Tibola (1996) señalan los elementos que conforman la anatomía genital femenina, estos se presentan a continuación.

La vulva, la vagina, el útero, las trompas de falopio y los ovarios. (...) El útero es un órgano musculoso periforme con una longitud de 7 -8 cm de diámetro. El útero se subdivide en tres partes; cuerpo, cuello, e istmo. Este último une al cuerpo del cuello uterino. (p.42)

El cuello uterino, también conocido como cérvix, es un canal ubicado en la parte inferior del útero. Del Regato (1970 c.p Fernández, García y Tibola 1996) describe a este como una estructura cilíndrica que se divide en dos partes: la supravaginal y la intravaginal.

El cáncer es la alteración en el funcionamiento de las células, en este caso afectan las de esta zona del cuerpo femenino. De acuerdo al Instituto Nacional del Cáncer de Estados Unidos en su sitio web (2004), las células que se encuentran en la superficie del cuello uterino pueden parecer anormales pero esto no quiere decir que sean cancerosas aunque algunos científicos consideran estos cambios como pre-cancerígenos.

Este tumor en particular presenta una característica que es su larga evolución, la cual puede tomar entre 10 o 15 años desde la primera aparición de los cambios en la morfología celular de acuerdo a estudios de Sociedad Anticancerosa de Venezuela (s.f.)

2.1.1 Factores de Riesgo

Como toda enfermedad, existen ciertos elementos o factores que predisponen al desarrollo de esta, conociendo estos se puede disminuir el riesgo individual de cada individuo. A continuación se exponen aquellos señalados por Sánchez (2002):

- Inicio precoz de relaciones sexuales.

- Riesgo individual de cáncer.
- Edad.
- Escolaridad.
- Falta de comunicación sobre el tema.
- Temor a la enfermedad.
- Uso de anticonceptivos orales.
- Enfermedades de transmisión sexual (ETS)
- Tabaco
- Multiparidad o tener muchos hijos.

Para González (1998 c.p Coronel et al 2003) el factor de riesgo determinante es:

Es el inicio de las relaciones sexuales a una edad temprana, particularmente en el grupo de edad que va de los 15 a los 17 años. Esto se debe a cambios biológicos en el epitelio cervical lo que lo hace más susceptible a los carcinógenos (p. 28)

El Instituto Nacional del Cáncer de los Estados Unidos (2002) aporta que, tras una investigación sobre los factores de riesgo, encontraron que aquellas mujeres que iniciaron su vida sexual a temprana edad así como aquellas que han tenido muchas parejas desarrollan un riesgo mayor de padecer esta enfermedad pero atribuyen este factor a la probabilidad.

El riesgo individual de desarrollar cáncer es punto de debate en la sociedad médica debido a que no se ha determinado la condición de heredable de esta enfermedad, autores como Blum (1959) explican que este factor puede ser transmitido de generación en generación pero de manera pasiva y se necesita de un elemento externo que lo active.

En cuanto al fumar, de acuerdo al sitio web del Abramson Cancer Center de la Universidad de Pennsylvania (2006) potencia al doble la posibilidad de desarrollar este tipo de anomalía. En el portal cibernético de la Health Library (2003) esto se debe a que los químicos contenidos en el cigarrillo no sólo afectan a los pulmones sino que son llevados a distintas partes del cuerpo por el torrente sanguíneo; afirman que componentes del cigarro han sido encontrados en la mucosa vaginal de mujeres con cáncer de cérvix.

La Asociación Profesional en Salud Reproductiva (s.f.) en su dirección electrónica recomienda que la edad para iniciar el despistaje de cáncer de cérvix a los tres años de haber comenzado a tener relaciones sexuales y a más tardar a los 21 años. En Venezuela la edad promedio de la presencia de esta enfermedad entre los 50 a los 55 años (Isla, 2002) y se observa que el “57,6% de los casos se encuentran entre los 30 y los 49 años” Capote (s.f. p. 3)

La importancia de realizar la detección a una edad temprana es para evitar que se desarrolle el cáncer de cuello uterino, debido al lento progreso de este padecimiento lo cual permite tomar medidas al mínimo cambio inicial.

La Federación Colombiana de Asociaciones de Obstetricia y Ginecología (2004) establece respecto a la multiparidad que el riesgo en aquellas mujeres con más de dos hijos es 80% mayor que aquellas que sean nulíparas. No se maneja una teoría concreta que demuestre por qué ocurre esto, pero se cree que “la inmunosupresión del embarazo o su influjo hormonal aumentan la susceptibilidad a la infección por VPH”(Dangond, Díaz, Ortíz y Serrano 2004, Paridad)

En un estudio realizado en el Hospital Central de Carabobo (Arandia y Mederos 1993 c.p. Coronel et al 2003) mediante el cual se buscaba determinar la influencia de las enfermedades de transmisión sexual en el desarrollo de lesiones

en el cuello uterino se tomó como muestra 54 mujeres en edad reproductiva a las que se les practicó un examen ginecológico.

El estudio arrojó los siguientes resultados: 13% de mujeres presentó colposcopías atípicas de las cuales el 71% había iniciado su vida sexual en la adolescencia.

Mediante entrevistas a un grupo de mujeres, los especialistas en salud del Christie Hospital de Manchester Inglaterra encontraron que: “El 56% de las mismas dijo que se había dado cuenta de que la hemorragia postmenopáusica podían indicar cáncer y, sin embargo, esas mismas mujeres demoraron una y media más a la visita del médico que aquellas que experimentaron hemorragias pero no se dieron cuenta de que podrían significar cáncer” (Wilkinson s.f. p.20)

Este fenómeno lo atribuyeron al temor inevitable de enfrentarse con la posibilidad de tener una enfermedad a la cual se le considera como incurable, pero encontraron además que muchas pacientes sentían temor a ser “ridiculizadas por el médico. Más de 100 de las 800 enfermeras entrevistadas durante una encuesta dijeron que el temor al ridículo jugaba un papel importante para convencer a las mujeres de no procurar asistencia médica” (Wilkinson s.f. p. 21)

Otros elementos a considerar por algunos autores son el nivel de desarrollo del país y la posición socioeconómica de la mujer. López (1986 c.p. Fernández et al. 1996) señala que de acuerdo a las estadísticas mundiales, la frecuencia de cáncer de cuello uterino dependerá de las regiones y características culturales.

Así se encuentra que en los países industrializados, en las zonas con mayor índice de desarrollo es baja la incidencia de cáncer de cuello uterino. Mientras en países con condiciones opuestas, es decir, subdesarrollados, es más frecuente.

Una encuesta, cuya fecha no aparece citada en el texto, fue realizada en Merseyside Inglaterra para conocer las actitudes de la población femenina que habita esta zona respecto al cáncer arrojó como resultado:

Que existían ignorancia y pesimismo corrientes acerca de la enfermedad, en especial entre los grupos socioeconómicos más bajos y los ancianos. La encuesta demostró que la cuarta parte de las mujeres creía que el cáncer es incurable, el optimismo respecto de la enfermedad disminuía a medida que aumentaba la edad". (Wilkinson s.f. ,p.21)

En cuanto a las características culturales, Doll (1978 c.p. Fernández et al. 1996) señala que la incidencia de esta anomalía en las células del cérvix es muy baja en las mujeres pertenecientes a la religión judía y en algunas poblaciones musulmanas, esto se atribuye a la práctica de la circuncisión en los hombres con lo cual se reduce el esmegma prepucial reduciendo un posible foco infeccioso.

En el trabajo titulado Prevención del Cáncer Cervical en las comunidades de escasos recursos (2000) desarrollado por la revista Outlook se expone que el cáncer de cuello uterino es una afección que ocupa mundialmente el segundo lugar como el cáncer más común entre las mujeres, pero en los países en vía de desarrollo está de primer lugar. Las tasas más altas de incidencia de esta alteración se han registrado en las mujeres de América Latina y es la principal causa de muerte en dicha zona.

Al respecto, la Asociación Española contra el cáncer en su sitio web (2007, Incidencia) emite lo siguiente:

Hay grandes diferencias entre los países más y menos desarrollados: mientras en estos últimos es el segundo tumor en frecuencia, tras el cáncer de mama, en los países desarrollados su frecuencia ha disminuido drásticamente en las últimas décadas. En muchos países del tercer mundo, el cáncer de cérvix es la primera causa de mortalidad por cáncer entre las mujeres, por delante incluso del cáncer de mama.

De acuerdo a un trabajo del Departamento de Educación de la Sociedad Anticancerosa de Venezuela (s.f.) en el país fallecen diariamente tres mujeres a causa de esta enfermedad a pesar de que esta puede ser curada de realizarse un diagnóstico oportuno.

El realizar un chequeo ginecológico frecuentemente podría reducir este índice de decesos debido a que esta afección puede ser curada en su totalidad cuando es detectada en sus inicios de acuerdo a González (2005) quien también acota que de realizar esta práctica, el 80% de las muertes por esta causa puede evitarse.

Capote (s.f.) en su estudio realizado sobre la incidencia de este tipo de cáncer en Venezuela propone una mayor cobertura de la práctica de la citología así como de mejores programas de información sobre la importancia de esta práctica.

“Conocer las complicaciones del cáncer cervicouterino, permite concientizar a la población femenina para que esta sea auto-responsable de su salud y de la de sus familiares; al igual que estas serían agentes multiplicadores dentro de la sociedad” (Coronel et al. , 2003, p.23).

2.1.2 Métodos para la detección del cáncer de cuello uterino

La falta de información sobre el cáncer de cérvix puede conllevar a la concepción de éste como una enfermedad sin cura, como otros mitos perjudiciales para la salud de las mujeres.

En el artículo *Prevención del cáncer cervical en las comunidades de Escasos Recursos*, publicado por la revista OutLook (2000) se presenta un estudio realizado en México, en el cual se exponen barreras mencionadas por una muestra de mujeres para no solicitar exámenes de descarte del cáncer cervical entre las que se encuentran: “la falta de información acerca del cáncer cervical o de la prueba de PAP, la percepción de que el cáncer era una enfermedad mortal que no se podía prevenir” (p 6)

Esta tipología de cáncer es la primera causa de muerte por enfermedades en las mujeres venezolanas a pesar de ser una de las más fáciles de detectar pues su desarrollo es lento, a diferencia de otros tipos de cáncer, y al ser detectado en su etapa inicial existe menor posibilidad de que esta progrese, según acota Capote (s.f.).

Este tipo de cáncer no presenta sintomatología en su etapa inicial por lo que pueden pasar años antes de que se presenten indicios de su desarrollo, paradójicamente se puede detectar desde sus inicios de anomalía celular a través de distintos métodos.

Para descartar y detectar cualquier anomalía se realiza principalmente el Papanicolau, este examen es conocido también como PAP, su nombre deriva del Dr. George Papanicolau quien fue el inventor de esta técnica que consiste en el estudio morfológico de los extendidos celulares.

En un folleto informativo titulado *Latinoamérica contra el Cáncer* emitido por la Asociación de Ligas Iberoamericanas contra el Cáncer (ALLIC) (s.f) el PAP “Es uno de los métodos más eficaces para detectar si hay células anormales en el cuello uterino. Es una prueba sencilla, rápida y barata” (p.6) Klimovsky y Matos(1996) acotan que a pesar de lo eficaz de este método no existen los suficien-

tes programas de salud en los que se motive a las mujeres a solicitar este examen.

En el sitio web de Saint Vincent Hospital de Estados Unidos (2003) se informan las siguientes consideraciones para la realización de este estudio: no se debe tener la menstruación, preferiblemente se debe realizar dos semanas después del último día de sangrado, no se deben usar cremas ni duchas vaginales por lo menos en el período de 72 horas previa al realización de la prueba así tampoco se deben tener relaciones sexuales 24 horas antes.

Este “estudio citológico es sencillo, rápido, económico, no doloroso y fundamentalmente útil por la gran seguridad de sus resultados” (Montilla, s.f, p. 2). La prueba se realiza de la siguiente manera:

- Se introduce un instrumento para abrir la vagina llamado espéculo, el cual permite al doctor o enfermera inspeccionar visualmente.
- Luego con un hisopo de madera o plástico se toman muestras de las células en la superficie del cuello uterino raspando suavemente la superficie.
- La muestra tomada se coloca sobre un portaobjetos de vidrio con fijador y es enviado al laboratorio para su análisis.
- Con la muestra se debe agregar además la siguiente información: Identificación de la paciente, datos clínicos comunes: edad, fecha de la última menstruación, si es o no menopáusica, si está embarazada, entre otros, resultados de informes previos, datos clínicos específicos: Picor, ulceración, tumoración sospechosa, cuerpo extraño, hemorragia, etc.

Los resultados de las muestras obtenidas a través de las pruebas ha originado clasificaciones distintas, lo cual de acuerdo a César Lacruz, citopatólogo del Hospital Universitario Gregorio Marañón de Madrid (2003) ha llevado a:

Controversia respecto a los términos que deben ser utilizados para designarlas [a las lesiones] lo que ha originado con el paso del tiempo una larga y a veces confusa terminología, utilizándose diferentes denominaciones para una misma lesión o, más rara vez, nombrando con el mismo tiempo lesiones diferentes.(p. 1)

Rubin (1910 c.p. Lacruz, 2003) utiliza el concepto cáncer incipiente para denominar el cambio en el crecimiento y espesor del tejido, dos años más tarde Kermauner y Schottländer (1912 c.p. Lacruz, 2003) hablan de carcinoma temprano para referirse a los cambios en el epitelio cervical.

La expresión carcinoma temprano luego fue reemplazada por carcinoma in situ de Broders (1932 c.p. Lacruz 2003) este término continúa vigente para clasificar los niveles de tejidos anormales obtenidos en los resultados de la prueba de Papanicolau.

En el Primer Congreso Internacional de Citología que se llevó a cabo en el año 1961 se acuerda que los términos que servirían para describir las lesiones en el cuello uterino serían: carcinoma invasor, carcinoma in situ y displasia, éste último fue clasificado a su vez de acuerdo a sus características como: leve, moderada y severa o grave. Un inconveniente de acuerdo a Lacruz (2003) fue el no poder llegar a un consenso de las características clave de cada uno de estos estados.

En 1967, Richart propone el término neoplastia intrapitelial cervical, conocida también por sus siglas NIC (o CIN en Inglés), durante más de 20 años este término fue considerado adecuado, pero publicaciones posteriores señalaron fallas en la seguridad de sus diagnósticos (Lacruz, 2003).

Por la falta de aceptación de los especialistas por dicha escala surge del Instituto Nacional de Cáncer de Estados Unidos en Bethesda un nuevo sistema “en el que se unificaron criterios y se adoptaron recomendaciones que la experiencia general acumulada aconsejaban” (Lacruz, 2003, p.6), este sistema fue llamado Bethesda.

En esta escala se catalogan Lesiones Intraepiteliales Escamosas (S.I.L. por sus siglas en inglés) que pueden ser de alto o bajo grado y a pesar de ser conocido en todo el mundo no todos los países lo implementan para los resultados del PAP.

Los resultados del PAP analizados bajo la matriz de Papaniclau podrían ser:

- Negativo o Normal: cuando las células se encuentran normales. Cuando las células están ligeramente anormales, lo cual puede ser ocasionado por una leve inflamación es conocido como Irregular o Anormal , para estar seguros de este resultado se manda a repetir la prueba luego de un plazo de tiempo determinado por el doctor tratante (Sociedad Anticancerosa de Venezuela s.f.)
- Cuando el resultado es Sospechoso o Displasia indica una modificación celular la cual puede ser clasificada como displasia leve; estas células están en la superficie y se debe repetir la prueba al cabo de cierto tiempo. De ser mayor la concentración de dichas células anormales se procede a aplicar tratamiento con láser; de ser displasia grave se observan cambios en la superficie del cuello uterino y se evalúan posibles planes de tratamiento. Es importante destacar que la displasia no es cáncer pero hay que seguir su evolución, pues así como puede mejorar también podría empeorar de acuerdo al folleto informativo del Departamento de Educación de la Sociedad Anticancerosa de Venezuela. (s.f.)

- De ser positivo el PAP, puede clasificarse como Carcinoma In Situ o Cáncer Invasor. El primero es un cáncer se encuentra en la capa superior de los tejidos. El invasor es considerado un tumor maligno y que en una etapa invadirá los tejidos sanos que se encuentren cerca del afectado (Sociedad Anticancerosa de Venezuela s.f.)

Con el sistema Bethesda se trabajan tres categorías generales para emitir los resultados, (Contreras y Prado, 1999):

- Dentro de los límites normales (estos se reportan como resultados negativos).
- Cambios celulares benignos.
- Células epiteliales anormales.

Los cambios celulares benignos para Contreras y Prado (1999) pueden ser por dos causas, la primera una infección y la segunda por cambios reactivos los cuales pueden estar asociados con: inflamaciones, atrofia con inflamación, radiación, dispositivos intrauterinos entre otros.

Las células escamosas son las células delgadas planas que forman la superficie del cérvix. En el Sistema Bethesda, esta categoría se divide en dos grupos: de acuerdo al Instituto Nacional del Cáncer de Estados Unidos (2005):

- ASC–US: son las células escamosas atípicas de significado indeterminadas. Las células escamosas no tienen una apariencia del todo normal, estos cambios son leves pero aún no se puede decir con seguridad a que se debe este cambio en la célula ya que este se puede dar por alguna infección como la del VPH.

- ASC—H: en este caso las células escamosas atípicas incluyen lesiones intraepiteliales escamosas de alto grado. Los cambios no son leves y no existe una causa concreta que explique dichos cambios en el estudio médico. Existe un riesgo de que estas células se conviertan en precancerosas.
- AGC—O: células glandulares atípicas se encuentran en el cuello uterino o en el revestimiento del útero y producen mucosidad, en este caso la anomalía en las células es notorio para los especialistas.
- AIS: estas siglas significan la presencia de un adenocarcinoma endocervical in situ. Estas células son precancerosas y se desarrollan en el tejido de las glándulas.
- LSIL: lesión intraepitelial escamosa de bajo grado, estas lesiones son causadas por el Virus del Papiloma Humano o VPH, se describen como lesiones de bajo grado aquellas en las que se observan cambios leves en la morfología celular del cérvix.
- HSIL: es una lesión intraepitelial escamosa de alto grado. En este caso las alteraciones celulares son muy notorias y existe las probabilidades de desarrollar cáncer invasor son altas.

Velázquez (c.p. Palacios, 2007) indica que de los cambios celulares el que tienen mayor incidencia entre el 85% y el 90% son los carcinomas de células escamosas.

El Ministerio de Sanidad y Asistencia Social de Venezuela (1997) en el trabajo de la reunión de *Consenso sobre el Manejo de Lesiones Intraepiteliales de Cuello Uterino* señala la importancia de resaltar las citologías en dentro de los

programas de prevención y control tanto para la población como para los profesionales de la salud.

De realizarse con cierta regularidad el PAP una vez iniciada la vida sexual de las mujeres se podría evitar que la anomalía avance. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, se puede afirmar “que si una mujer se somete a un examen de citología vaginal cada tres años desde los 25 años hasta los 65 años de edad; disminuye en un 90% la probabilidad de morir de cáncer de cuello uterino” (Anónimo ,1993)

De acuerdo a la Sociedad Anticancerosa de Venezuela (s.f.) otros métodos con este fin son: la colposcopia, que es un instrumento con un lente de aumento para visualizar ciertas lesiones. Este estudio se realiza por lo general con un PAP positivo y sin lesiones visibles.

De no encontrar lesiones se procede a la conización, método que consiste en extraer tejidos quirúrgicamente en forma de cono. Las lesiones de cuello también pueden ser visualizadas ocularmente con la inspección visual con ácido acético.

Otro método es la citología en líquido, en la que la muestra extraída es sometida a un proceso en el que se elimina la mucosidad permitiendo una mejor visualización del tejido.

Los costos también muestran una diferencia significativa para Isla (2002) ya que realizar estudios preventivos a una mujer en un lapso de cinco años resulta 26 veces más económico que tratar a una mujer en la que ya haya sido detectado el cáncer de cérvix.

2.2. *El Virus del Papiloma Humano (VPH)*

El Virus del Papiloma Humano, o VPH, es una enfermedad de transmisión sexual. García (1998 c.p. Márquez y Montilla, 2001) define este tipo de afecciones como “cualquiera de la serie de enfermedades que puedan transmitir se por el estrecho contacto físico que se produce durante la actividad sexual” (p. 4)

La Sociedad Anticancerosa de Venezuela (s.f.) indica que las lesiones por este virus:

Se presentan como masas rosadas o del color de la piel, suaves y húmedas y pueden ser planas o elevadas, pequeñas o grandes, múltiples o sencillas. Las verrugas pueden producir ardor, picazón, coitos dolorosos y en el caso de la mujer flujos vaginales o hemorragias inusuales” (Sociedad Anticancerosa de Venezuela,(p.1)

El VPH por lo general no causa síntomas visibles. Isla (2002) menciona que en algunas personas este virus puede conllevar al desarrollo de verrugas genitales, semanas o incluso meses después del contacto sexual.

Steinberg y Auburn (1993 c.p Burguillos 2002) describen al Virus del Papiloma Humano como “el agente etiológico más importante de los tumores epiteliales tanto benignos como malignos. Cada tipo de VPH está asociado con un tejido específico, un tipo de lesión característica y con una probabilidad diferencial de progresión hacia el cáncer” (p.14)

Márquez y Montilla (2001) hacen una pequeña reseña histórica de la aparición de este virus en lo que destaca su origen, el cual remonta al año 25 a.C. por Celsus quién observó la presencia de verrugas genitales en algunos de sus pacientes.

Posterior a el hallazgo de Celsus, los médicos griegos y romanos relacionan las verrugas del VPH con el sífilis, concepto que se mantiene hasta 1793 cuando Bath demuestra que no hay relación entre ambos padecimientos.

Estas formaciones verrugosas se relacionaron con las producidas por la gonorrea en 1872; estudios posteriores demostrarían lo contrario. Márquez y Montilla (2001) agregan, que en 1894 ya se conocía el origen infeccioso de las verrugas, en el año 1907 se detecta que es producida por un virus. Actualmente se conoce como una enfermedad de transmisión sexual asociada, en muchos casos, con el cáncer de cuello uterino.

2.2.1 Medios de contagio

Algunos expertos afirman que el único medio de contagio del VPH es mediante el contacto sexual pero de acuerdo a González (s.f.) existen otras vías de contagio las cuales son:

- Autoinoculación o traspaso de microorganismos de una persona a la otra por medio del contacto genital con los dedos.
- Bidetes o bañeras utilizadas por personas contaminadas.
- Esterilización inadecuada de instrumental médico-quirúrgico durante exámenes ginecológicos, exploraciones endoscópicas.
- Sillas, mesas ginecológicas, sabanas, batas utilizadas por pacientes.
- Exploración digital del ano y genitales utilizando un mismo guante.
- Contaminación transplacentaria durante el embarazo o en el momento del parto natural al extraer al bebe por una región infectada.

De acuerdo a la Sociedad Anticancerosa de Venezuela en uno de sus trabajos respecto a este virus (s.f.) no está bien establecido en los estudios la transmisión del VPH por vías que no impliquen el contacto sexual.

Para la Asociación de Profesionales de la Salud reproductiva en su dirección de internet (s.f), hay dos cosas que pueden reducir el riesgo de contagio del VPH las cuales son: limitar las parejas sexuales y utilizar condón en los encuentros sexuales.

A pesar de esta recomendación hay registros que demuestran que “los condones bajan el riesgo de contraer VPH pero no siempre protegen completamente debido a que no cubren la totalidad del área que se pone en contacto entre los genitales durante las relaciones sexuales” Sociedad Anticancerosa de Venezuela (s.f., p. 2)

2.2.2 El VPH y el Cáncer de cuello uterino.

El Virus del Papiloma Humano comprende un grupo de más de 100 tipos de los cuales aproximadamente 15 pueden propiciar el desarrollo de cáncer (Asociación Europea del Cáncer Cervical ,2005) por este motivo este virus es clasificado de dos formas, los de bajo riesgo y los de alto riesgo de acuerdo a su capacidad de propiciar o no lesiones cancerígenas.

Distintas Organizaciones han clasificado las lesiones de bajo riesgo de distintas maneras, como se presenta a continuación: Para la Sociedad Anticancerosa

de Venezuela (s.f.) y la Revista Panamericana de la Salud (2003) estos son :16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68 y 69

No se han encontrado factores concluyentes de como el VPH actúa en el desarrollo de las lesiones malignas en el cuello uterino, en el artículo Actualización sobre la historia del virus del Papiloma Humano en Venezuela y su relación con el cáncer cervical (2006) se menciona que la pérdida de la proteína celular es una de las características de esta lesión en el cérvix, factor que se vincula con el Virus del Papiloma Humano.

No obstante, Laboratorios Merck desarrollaron una vacuna considerando los siguientes tipos como alto riesgo 6, 11, 16 y 18. Esta vacuna se conoce con el nombre de Gardasil y previene la aparición del los VPH previamente mencionados y no funciona como medicamento en las pacientes que ya padecen de este virus. Al no proteger de todas las clasificaciones sugieren que se continúen realizando los chequeos médicos preventivos.

El ginecólogo y obstetra especialista en Biología de la Reproducción y director de Fertilab Juan Aller (s.f., c.p. Hernández 2006) indica que en el hombre la posibilidad de desarrollar cáncer en el órgano reproductivo es muy baja , por lo que considera que no es necesaria su vacunación. Sin embargo, el presidente de la Sociedad Anticancerosa de Venezuela, Fernando Guzmán (2003) señala que los hombres deberían conocer su responsabilidad en la aparición del cáncer de cuello uterino, por ser portadores del virus del VPH que en algunos casos es causante de la lesión.

Aller (s.f.) destaca que la edad conveniente para inmunizarse está entre los nueve y los 12 años. Este tema ha levantado controversias en cuanto a la edad apropiada para aplicar esta vacuna pues, de acuerdo al artículo por Milojevic

(2007) esta inyección ha generado controversia en algunas madres, quienes expresan que esto incita a iniciar la actividad sexual precozmente en las niñas vacunadas.

El Dr. Kevin Aula (s.f. c.p. García 2006) profesor asociado al Departamento de Ginecología y Obstetricia de la Escuela de Medicina de la Universidad de Emory, es uno de los investigadores que participó en el diseño de dicho fármaco y expresó: que la vacuna que previene ciertas cepas del VPH es un hallazgo importante para la prevención del cáncer de cuello uterino y las verrugas genitales.

Marcela Águila (2007) en el artículo para el canal de noticias en internet SwissInfo indica que de acuerdo a un comunicado de la Comisión Federal para las Vacunas (CFV) se estima que aproximadamente el 70% de las personas sexualmente activas tengan VPH.

Otro factor a considerar el precio de la vacuna. Hernández (2006) en su artículo Tres dosis contra el VPH, informa que el costo de la vacuna es de 120 dólares por cada ampolla aplicada, el tratamiento en total consiste en tres dosis en un período no mayor a tres meses, a pesar que esta vacuna no se comercializa aún en Venezuela, tomando estos costos como referencia, inmunizarse con Gardasil tendría un costo aproximado de 774.000 Bs. en base al costo por dólar regulado de 2.150 Bs en el año 2007.

Para la Comisión Federal de las Vacunas en Suiza, este es un punto relevante de discusión por lo que proponen planes gubernamentales para realizar jornadas masivas de vacunación pues consideran que por su costo, sólo es accesible a las familias con posibilidad económica, sobre todo si en el núcleo familiar hay más de una mujer.

2.2.3 El VPH en Venezuela

El canal de noticias Globovisión (2007) en su sitio web cita a Freddy Febres Balestrini (s.f.), director científico de la Unidad de Fertilidad de la Clínica Leopoldo Aguerrevere, quien destaca que la importancia de detectar el virus del papiloma humano (VPH) en una etapa temprana está en evitar la aparición del cáncer de cérvix y asocia ciertas cepas de este virus con el desarrollo de estos tejidos anormales en un 99%.

Herrera (2001) explica en su artículo titulado *Un virus que se oculta entre las sabanas*, que en nuestro país el Virus del Papiloma Humano o VPH se encuentra en gran proporción en la población femenina. De acuerdo a un estudio citado por Herrera (2001) el cual fue realizado dentro de la Universidad Central de Venezuela a estudiantes de dicha alma mater aproximadamente 60% de las mujeres están infectadas con alguno de los tipos del virus de papiloma humano.

Estas cifras de contagio de este virus en la población joven coincide con un estudio de la Universidad de San Francisco, en Estados Unidos, el cual señala que debido al alto índice de propagación del VPH, “el 55% de las jóvenes sexualmente activas no infectadas por VPH se contagiarán en un período de 36 meses” (Isla, 2002, p. 7)

Otro estudio para determinar la incidencia del VPH realizado por Blanco, Carvallo, Paz y Ojeda (2004) en el Hospital Universitario Ángel Larralde del Estado Carabobo mediante consultas ginecológicas, incluyendo el estudio del PAP en el período comprendido entre el 2001 y el 2004 se obtuvo que de la muestra evaluada el 83,49% obtuvo diagnóstico positivo respecto a la presencia de VPH.

Las edades de las pacientes evaluadas para dicha investigación oscilaron entre los 16 y los 70 años, la mayor incidencia estuvo en el grupo con edades comprendidas entre los 26 y 35 años de edad. Al ser consultadas sobre el número de parejas sexuales que tenían en el momento el 44, 69% respondió que mantenía relaciones con uno sólo, el 14,04% aseguró tener dos parejas y el 18,41% dijo tener tres parejas sexuales.

3.1 Definición de mercadeo.

La Asociación Argentina de marketing (2007) en su sitio web, define al marketing como una ciencia socioeconómica que se centra en estudiar las relaciones que se dan entre los consumidores y los productores de bienes, servicios e ideas, esto con la finalidad de desarrollar los procesos y herramientas que se aplicarán para satisfacer las necesidades y expectativas de las partes involucradas.

Para Kotler (2000) el mercadeo es “un proceso social a través del cual individuos y grupos obtienen lo que necesitan y lo que desean mediante la creación, oferta y libre intercambio de productos y servicios valiosos con otros”(p. 8)

3.2 El proceso del marketing

El proceso del marketing está dividido en cuatro etapas (Armstrong y Kotler 2003):

- Análisis de las oportunidades de marketing.
- Selección de mercados meta.
- Desarrollo de la mezcla de marketing.

- Administración de las labores realizadas.

Un análisis de las oportunidades de marketing implica conocer a la empresa y a su entorno, Armstrong y Kotler (2003) señalan los siguientes como los ámbitos a evaluar: el marco político o legal, el demográfico/económico, el tecnológico/natural y el sociocultural y cómo afectan estos la relación con proveedores, intermediarios, competidores y público.

Armstrong y Kotler (2003) reseñan que el término mercado hace referencia al grupo de “clientes, productos y necesidades” (p. 61), estos tres elementos son esenciales en el diseño de estrategias para informar al público actual o potencial características de un producto o servicio adecuado para satisfacer sus necesidades o deseos.

Estas divisiones del mercado en grupos permiten conocer las necesidades del target, por ende se conocen los elementos que se pueden utilizar para llegar a estos de forma efectiva sin que esto genere gastos de tiempo y energía ya que permite el diseño de mensajes clave para cada tipo de audiencia.

Luego de conocer al público y los objetivos de mercado trazados por la compañía se esboza la estrategia de forma general y luego de manera específica indicando las tácticas o pasos a tomar para alcanzarlos. Los autores mencionados anteriormente se refieren a la mezcla de marketing como “el conjunto de herramientas tácticas controlables de marketing que la empresa combina para producir la respuesta deseada en el mercado meta” (p.63)

Estas tácticas pueden estar basadas en cualquiera de las cuatro P's del mercadeo, o en la implementación de varias, estas son: producto, precio, promoción y plaza.

Administrar las estrategias permite conocer si todos los pasos previos fueron los correctos, y de no ser así se puede examinar donde estuvieron las fallas y corregirlas. A continuación se presenta el orden señalado por Armstrong y Kotler (2003): Ante nada se fijan las metas, es decir, se plantea de forma clara: *¿Qué se quiere lograr? o ¿A dónde se quiere llegar?*

Luego se mide el desempeño: es contar con los elementos para conocer lo que sucede con el plan, los autores señalan que se logra respondiendo a la pregunta *¿Qué está sucediendo?*

Posteriormente se evalúa el desempeño medido, esta etapa consiste en determinar si funciona y porque funciona, así como las fallas encontradas, y por último se seleccionan medidas para corregirlas.

3.3 El mercadeo social.

Para Kotler y Roberto (1993), la mercadotecnia social es una estrategia que busca crear un cambio en la conducta de un grupo determinado de individuos empleando para ello los elementos tradicionales de mercadeo aplicados a este fin.

Los autores mencionados indican que la mercadotecnia enfocada al cambio social implica diseñar, poner en práctica y controlar programas con el fin de llegar a un grupo determinado de destinatarios. Dichos programas se adaptarán al target considerando sus creencias y actitudes.

El fin de las campañas de causa social consiste en provocar o modificar conductas, mediante varias herramientas, como pueden ser: la distribución de productos (como condones o pastillas anticonceptivas), préstamo de servicios, proyec-

ción de una imagen o institución, pero principalmente, comunicando ideas. (Ibarreche y Namakforoosh, 1983)

En cuanto a la comunicación de dichas ideas estas pueden ser: directas o indirectas, ejemplos de la primera podrían ser visitas a domicilio, jornadas de vacunación, acudir a los centros de salud u otros eventos que involucren la relación interpersonal. Las comunicaciones indirectas son aquellas en las que el mensaje se transmite a través de medios. (Ibarreche y Namakforoosh, 1983)

3.3.1 Elementos esenciales a considerar en las campañas sociales.

Toda campaña debe tener elementos básicos, en cuanto a las campañas sociales, Kotler y Roberto (1993) determinaron los siguientes como los centrales en estos casos, estos son los siguientes:

- Causa: Es el objetivo que los agentes de cambio consideran, ofrece una respuesta al problema social, no hay causa sin objetivo.
- Destinatarios: Individuos que se consideran los objetivos o target de las comunicaciones.
- Canales: Las vías que se utilicen para transmitir el mensaje.
- Estrategia de cambio: Direcciones escogidas para introducir los elementos clave del mensaje al público objetivo.

Lazarfeld y Merton (s.f. ,c.p Kotler y Roberto, 1993) identificaron las siguientes condiciones para que una campaña con fines sociales tenga éxito:

- Monopolización: Es fundamental asegurar el predominio de una campaña de información en los medios de comunicación, asegurando que no se emitan mensajes contrarios a los objetivos que persigue la campaña.
- Canalización: “En el caso de publicidad comercial, es efectiva porque su tarea no es inducir nuevas actitudes básicas ni crear nuevos patrones de conducta, sino canalizar las actitudes y conducta existentes en una u otra dirección” (p.21).
- Complementación: Al utilizar las comunicaciones indirectas, o a través de los medios, con la comunicación cara a cara se espera una mejor respuesta en los resultados esperados en la comunicación y el público está más propuesto a aceptar los cambios que le son propuestos.

Wiebe (s.f. c.p Kotler y Roberto 1993) luego de estudiar las condiciones de éxito en las campañas de mercadeo social, llegó a la conclusión de que mientras mayor sea el parecido de esta con una de productos comerciales, mayor éxito tendría en la fijación e implementación del mensaje. Además planteó cinco factores que permiten la fijación del concepto de la campaña desde la perspectiva del público, estos son los siguientes:

- La fuerza: O la intensidad de la motivación que tienen las personas respecto a una meta antes de recibir el mensaje y también se refiere al grado de estimulación que se dará al mensaje.
- La dirección: Es el medio y la manera en la que se expondrá el mensaje para ocasionar una respuesta positiva.
- El mecanismo: Es un ente al cual el individuo puede acudir para poner en acción la motivación generada por el mensaje.

- Suficiencia y compatibilidad: Se refiere a la capacidad del mecanismo en llevar a cabo la labor que le corresponde.
- Distancia: Es el estimado que tiene el individuo destinatario de el costo, monetario o no, de llevar a cabo el cambio que se le propone.

En cuanto al costo, Kotler y Roberto (1993) acotan que en este tipo de campañas, el individuo puede tener una actitud positiva hacia la información propuesta, pero puede que no llegue a la acción por el gasto de tiempo o molestias asociadas a la misma, por ejemplo, Ibarreche y Namakforoosh (1983) destacan que muchos pacientes de escasos recursos prefieren asistir a un médico particular y pagarle por sus servicios que acudir a un hospital o institución pública, explican que esto se debe a la pérdida de tiempo asociado a estos.

Uno de los principales obstáculos al desarrollar una estrategia de mercadeo social está en intentar cambiar radicalmente las conductas, de acuerdo a Kotler y Ricardo (1993) al ser más radicales tienden a tener menor éxito en el objetivo, los autores concluyen que “es posible inducir cambios en los valores induciendo primero cambios en la conducta, ya que nuevos patrones de conducta pueden definir nuevas formas de ver las cosas”(p.29)

3.3.2 El producto social.

Para Ibarreche y Namakforoosh (1983) en la mercadotecnia enfocada al comercio se estudian las necesidades y los deseos del público y se diseñan productos y servicios que los satisfagan, en la medida en que lo hagan recuperan la inversión. Cuando se trata de la mercadotecnia social el producto en sí viene siendo ideas y conductas que busca, sean adoptadas por un grupo determinado de individuos de acuerdo a Kotler y Roberto (1993).

Estos autores describen en su libro *Mercadotecnia Social* (1993) tres tipos de productos sociales: idea, práctica y objeto tangible.

La idea se puede manifestar de tres formas:

- Como una creencia.
- Como una actitud.
- Como un valor

La creencia es la percepción que tiene un individuo sobre un hecho u objeto sin hacer evaluaciones al respecto, estos investigadores ponen como ejemplo las frases: “el cáncer puede evitarse si se detecta a tiempo,(...) fumar es peligroso para su salud”(p.34)

Las actitudes son las evaluaciones o juicios que puede hacer una persona sobre un tema determinado, estas pueden ser positivas o negativas. Kotler y Roberto (1993) mencionan que aquellos niños que han sido embarazos planificados tienden a ser mejor atendidos por sus padres y familiares que aquellos que no lo son.

Por último, los valores son aquellas ideas que permiten categorizar un hecho como justo o injusto, como por ejemplo los derechos humanos o los derechos del niño.

La práctica se distingue en dos categorías:

- Acto.
- Conducta.

Como acto, se conocen aquellas actividades que se realizan aisladas, es decir, que el realizar una no indica que existirá una continuidad en la misma a futuro, como ir a votar o a una jornada de vacunación, en cambio, la práctica por conducta implica es establecimiento de patrones conductuales en el individuo, como dejar de fumar.

El tercer y último tipo de producto social planteado es el objeto tangible, estos son aquellos elementos o herramientas físicas que pueden ser empleados para llevar a cabo una campaña social, como es el caso de condones u otros métodos anticonceptivos.

3.3.3 Las “*siete puertas*” al cambio social.

Les Robinson(2004) plantea que la educación es un elemento generador de cambio social, pero explica que el problema no radica siempre en la falta de conocimiento del público hacia un tema determinado, como ejemplo cita entrevistas que realizó a personas con problemas de drogadicción, quienes estaban conscientes en que lo que hacían era dañino.

El concepto de las *siete puertas* o siete pasos para el cambio social fue postulado por Robinson (2004) para desarrollar las estrategias de mercadeo en este ámbito. Las *siete puertas* son: Conocimiento, deseo, habilidades, optimismo, facilitación, estímulo y refuerzo, bajo este concepto de cambio el autor plantea el superar obstáculos más allá de limitarse a ofrecer la información.

A continuación se explica cada *puerta*:

- Conocimiento: Las personas deben saber que hay un problema y que también existe una solución práctica y viable. Se debe mostrar las consecuencias

personales de no tomar acción así como los beneficios de adoptar nuevas actitudes siempre en términos con los que se puedan relacionar.

- Deseo: Hacer que la gente visualice estos cambios pero de una forma menos racional y más emocional. Estimular con la imaginación las emociones. Robinson (2004) indica que este paso es muy bien manejado por las agencias de publicidad.

- Habilidades: A diferencia del paso anterior, este es enteramente racional. Se visualizan los pasos a tomar para llegar al objetivo planteado de una manera sencilla.

- Optimismo: Llevar al público objetivo la idea de que el éxito es muy probable con los cambios sugeridos y que no es una propuesta inalcanzable.

- Facilitación: Mostrar fuentes externas de servicio o apoyo que permitan llevar a cabo la acción.

- Estimulo: El autor define este paso como la ayuda para salir del hábito o la rutina que se siguen de manera inconsciente, en el texto se indica que estos estímulos pueden ser en forma de amenaza o inspirando a las personas a través de la interacción social.

- Refuerzo: Un mensaje no puede lograr el objetivo de la campaña por sí solo, necesita refuerzo de otros medios.

3.3.4 El mercadeo social dirigido a la salud.

En el libro *Making health communication programs work* (s.f) las comunicaciones de salud son definidas como “el estudio y uso de estrategias de comunica-

ción para informar e influir decisiones individuales y colectivas que realcen la salud” (p. 2)

De acuerdo a este libro hay ciertas cosas que este tipo de comunicaciones puede y no puede hacer, estas son las siguientes:

Lo que se puede lograr con este tipo de comunicaciones:

- Incrementar el conocimiento de un problema en particular de salud y la solución al mismo.
- Influir en las percepciones, creencias y actitudes que pueden cambiar normas sociales.
- Guiar a la audiencia a la acción.
- Enseñar o demostrar actitudes saludables.
- Reforzar elementos como el conocimiento, las actitudes o el comportamiento.
- Mostrar los beneficios que recibirá con el cambio de comportamiento sugerido.
- Motivar a las personas para que tomen una posición determinada ante un problema de salud.
- Incrementar la demanda o el apoyo a los servicios de salud.
- Refutar mitos y conceptos malinterpretados.
- Consolidar las relaciones organizacionales.

En el texto también se menciona que al combinar las comunicaciones con otras estrategias se pueden lograr los siguientes objetivos:

- . • Cambios sustanciales en el individuo para adoptar y mantener con el tiempo el cambio de comportamiento saludable que se le enseña.
- Superar barreras o problemas que impidan o limiten el acceso a los servicios de salud.

En contraparte, hay ciertos elementos que se escapan de una campaña de comunicación para la mejora de la salud como por ejemplo:

- Compensar con información el servicio inadecuado prestado en centros de salud.
- Mantener los cambios en las actitudes modificadas a largo plazo en casos complejos sin apoyarse en un programa para ese período.

3.3.4.1 Fases del proceso de la comunicación en pro de la salud.

En el texto *Making health communication programs work* (s.f), también conocido como *Pink Book*, sugieren dividir en cuatro etapas el ciclo continuo de estas comunicaciones y ver si se pueden aplicar a los casos particulares de cada producto social, el primero consiste en planificar el desarrollo estratégico, luego se desarrolla y se prueban los conceptos y los materiales, el tercer paso es implementar el programa, para finalizar se evalúa la efectividad del mismo.

La base de toda estrategia es la planificación, por eso la importancia de los dos primeros pasos de este proceso, cuando una campaña esta bien diseñada permite comprender el problema para así determinar el enfoque comunicacional a

emplear, como lograr el acercamiento al público y diseñar un plan que asegure el logro de los objetivos planteados

Al implementar el plan se espera llegue al público objetivo y sea interpretado de la manera esperada, en la evaluación se miden resultados para saber si fue así y se pueden presentar elementos que no fueron previstos pero que pueden ser útiles para una segunda etapa de la estrategia.

3.3.5 *¿Por qué fracasan las campañas de mercadeo social?*

Algunos autores señalan que las campañas de índole social, que buscan mejoras en la calidad de vida de un grupo o comunidad pueden fallar, o no cumplir los objetivos planteados inicialmente, debido a fallas de segmentación o diseño de mensaje, tal como puede ocurrir en las campañas comerciales, o puede ser por resistencia a cambiar la conducta que se intenta modificar.

Es posible que las campañas no hayan dado en el blanco a los destinatarios adecuados, que el mensaje de reforma no haya sido lo bastante motivador y que los individuos y grupos o poblaciones objeto de la campaña (los destinatarios) no hayan tenido forma de responder de manera positiva o que la campaña no haya tenido el respaldo económico suficiente. (Kotler y Ricardo, 1993 p.16)

Hyman y Sheatsley (s.f c.p. Kotler y Ricardo 1993) llegaron a las siguientes conclusiones en cuanto a las razones por las que la mayoría de las campañas fallan:

- Siempre se dará la presencia de grupos a los que no llegan las campañas de información, este hecho no tiene relación alguna con la naturaleza de las mismas.
- Si no hay interés de parte de los destinatarios hacia el asunto central de la campaña la respuesta será limitada.
- Cuando se emite información que no es compatible con las actitudes anteriores de la persona, esta tiende a ser menos receptiva hacia la misma, sobre todo si esta información es desagradable.
- La gente llegará a distintas conclusiones a partir de la información adquirida a través de la campaña de acuerdo a sus creencias individuales.

III. Marco Referencial

4.1 Universidad Católica Andrés Bello

4.1.1- Fundación.

En el sitio web de esta institución se reseña que en el año 1.951 se planteó el proyecto de fundar la primera universidad católica de Venezuela por la Conferencia Episcopal, el Sacerdote Jesuita Carlos Guillermo Plaza fue “el promotor e inspirador ideológico de este centro de estudios” (UCAB, 2006 ,Reseña Histórica)

Desde 1.953 pasó a manos de la Compañía de Jesús que es una orden religiosa fundada por San Ignacio de Loyola, sus miembros son conocidos como jesuitas quienes toman votos de obediencia, castidad, pobreza y obediencia al Sumo Pontífice de acuerdo a lo señalado en el portal web de la Provincia Mexicana de la Compañía de Jesús (s.f., Compañía de Jesús).

En agosto de ese mismo año, durante el gobierno de Marcos Pérez Jiménez se decreta el Reglamento Orgánico de las Universidades Privadas y en octubre del mismo año se autoriza el funcionamiento de la Universidad Católica Andrés Bello con las facultades de Derecho e Ingeniería.

A estas dos facultades iniciales se fueron sumando otras progresivamente actualmente cuenta con cinco las cuales son: Ciencias Económicas y Sociales, Derecho, Humanidades y Educación, Ingeniería y Teología. De éstas se subdividen 14 escuelas; Administración y Contaduría, Ciencias Sociales, Economía, Comunicación Social, Educación la cual cuenta con los siguientes departamentos: Biología y Química, Ciencias Pedagógicas, Ciencias Sociales, Filosofía, Física y Matemáticas e Integral y Preescolar. Filosofía, Letras, Psicología, Ingeniería In-

dustrial, Ingeniería Informática, Ingeniería en Telecomunicaciones, Teología, Ingeniería Civil y Derecho.

4.2. Identidad y Objetivos de la UCAB

Como toda organización, la Universidad Católica Andrés Bello (UCAB) tiene objetivos claros que dependen de su identidad. El padre Luis Ugalde, s.j, rector de la UCAB señala los siguientes elementos como rasgos de identidad de las universidades que siguen los lineamientos cristianos, por ende los de esta institución (Universidad Católica, 2007, Pobreza y desarrollo Humano, p.8)

- Antropología solidaria e inspiración abierta a un Dios trascendente, cercano y hermanador, entendido y vivido como Amor personal (...) nos revela el sentido de la vida que encontramos cuando nos abrimos como don hacia los otros.
- Radical afirmación de la dignidad humana. Por la dignidad de ser humano (...) Importante recalcarlo en una cultura en la que tanto vales cuanto consumes o produces.
- Opción preferencial por los pobres. (...) la civilización humana misma debe examinar y aprender a medir su calidad humana por su relación a los pobres, oprimidos y marginados y por su decisión de liberarlos.
- Afirmación de la razón y de los poderes como realidades necesarias para producir los progresos humanos y radicalmente ambiguos (...) Como universidad afirmamos la razón, las ciencias y las diversas formas de los saberes, y buscamos su máximo desarrollo, respetando la naturaleza de cada ciencia y sus leyes intrínsecas. Las necesitamos para desarrollar nuestros países.

- Pluralismo cultural y diálogo religioso. La inspiración cristiana nos lleva a reconocer al otro como otro en su dignidad e identidad.

Ugalde (2007) en el texto *Inspiración Cristiana para la Universidad* agrega que estos elementos de la identidad permiten “leer las sociedades y nuestra contribución a ellas desde la perspectiva de la dignidad humana y específicamente desde la ‘opción por los pobres’ para lograr sociedades más equitativas, dejando atrás la pobreza indigna” (p.6)

Römer (s.f.) menciona en el artículo *El Colegio Grande, Universidad Católica Andrés Bello*, que el estudiante de esta institución se caracteriza por tener una formación crítica y por su solidaridad.

En el artículo 6° del Estatuto Orgánico de la Universidad Católica Andrés Bello (2000), se nombran los siguientes como objetivos de la institución:

1°. La Universidad es fundamentalmente una comunidad de intereses espirituales que reúne a autoridades, profesores y estudiantes en la tarea de buscar la verdad y afianzar los valores trascendentales del hombre.

2°. La Universidad es una Institución al servicio de la Nación y le corresponde colaborar en la orientación de la vida del país mediante su contribución doctrinaria en el esclarecimiento de los problemas nacionales.

3°. La Universidad debe realizar una función rectora en la educación, la cultura y la ciencia. Para cumplir esta misión, sus actividades se dirigirán a crear, asimilar y difundir el saber mediante la investigación y la enseñanza; a completar la formación integral iniciada en los ciclos educacionales anteriores, y a formar los equipos profesionales y técnicos que necesita la Nación para su desarrollo y progreso.

4°. La enseñanza universitaria se inspirará en un definido espíritu de democracia, de justicia social y de solidaridad humana, y estará abierta a todas las corrientes del pensamiento universal, las cuales se expondrán y analizarán de manera rigurosamente científica.

5°. La Universidad Católica Andrés Bello considera como misión específica suya: a) Contribuir a la formación integral de la juventud universitaria, en su aspecto personal y comunitario, dentro de la concepción cristiana de la vida. b) Esforzarse por acelerar el proceso de desarrollo nacional, creando conciencia de su problemática y promoviendo la voluntad de desarrollo. Por lo mismo, concederá especial importancia a la promoción de los recursos humanos y particularmente de la juventud, a fin de lograr la promoción de todo el hombre y de todos los hombres. c) Trabajar por la integración de América Latina y por salvaguardar y enriquecer su común patrimonio histórico-cultural; por la mutua comprensión y acercamiento de los pueblos de nuestro Continente; por la implantación de la justicia social; por la superación de los prejuicios y contrastes que dividen y separan a las naciones, y por el establecimiento de la paz, fundada en hondo humanismo ecuménico. d) Irradiar su acción, especialmente a los sectores más marginados de la comunidad nacional. e) Promover el diálogo de las Ciencias entre sí y de éstas con la Filosofía y la Teología, a fin de lograr un saber superior, universal y comprensivo, que llene de sentido el quehacer universitario.

4.3 La UCAB como organización.

María J. Pereira (s.f. c.p. Krohling 1986), define como organización a aquellas estructuras racionalmente ordenadas destinadas a fines específicos. Idalberto Chiavenato (s.f. c.p. Krohling 1986) las considera entidades sociales, que al igual que las personas, interactúan para alcanzar metas comunes.

Las organizaciones pueden ser abiertas o cerradas por la relación que tiene con el entorno donde las abiertas toman del ambiente elementos y devuelven otros, manteniendo una constante interacción.

Kahn y Katz (1979) describen el proceso de intercambio de una organización y su entorno de la siguiente forma: primero toman del ambiente formas de energía, pueden ser de distintos tipos, como por ejemplo en recursos humanos, materia prima, ideas y necesidades existentes. Luego esto se procesa dando como resultado algo de interés para el entorno. Se considera a la UCAB una organización abierta.

Estos autores también exponen que el intercambio monetario es fundamental en casi todas las instituciones, a diferencia de las universidades y las organizaciones públicas.

En el artículo 3º del Estatuto Orgánico de la Universidad Católica Andrés Bello (2006) se indica que esta es una institución sin fines de lucro, los recursos monetarios para requeridos para su desempeño provienen de las matrículas estudiantiles, donaciones, aportes, y convenios comerciales con otras instituciones.

4.3.1 Estructura Organizacional.

Las jerarquías de mando permiten tener clara la función específica de cada uno de los departamentos de una organización así como los miembros encargados de que se lleven a cabo y son responsables de los mismos.

Los proyectos en función de la misión de la empresa y de acuerdo a su naturaleza, serán destinados al departamento correspondiente. A continuación se

4.3.1.1 El Canciller y el Vice-Canciller.

En el Artículo 7º del Capítulo I del Estatuto Orgánico de la Universidad Católica Andrés Bello (2000) se estipula que en primer orden jerárquico está la figura del Canciller de la Universidad, ejercida por el Arzobispo de Caracas, quien representa al Episcopado Venezolano. El cargo de Vice-Canciller lo desempeña el R.P. Provincial de la Compañía de Jesús en Venezuela.

Las labores del Canciller son las de hacer público el nombramiento del Rector y recibir la profesión de fe que realiza este al momento de tomar el cargo, en los actos solemnes de la Universidad le corresponde ocupar la presidencia y presidir los Actos de Grado de acuerdo al Artículo 10º del Capítulo II de Estatuto mencionado.

El Vice-Canciller, como máxima autoridad de la Compañía de Jesús será el máximo dirigente del Consejo Fundacional de la Universidad, nombrará a tres representantes de la Compañía de Jesús ante el Consejo Funcional y designará al Vice-Rector Administrativo (“Estatuto Orgánico”, 2000)

4.3.1.2 El Consejo Fundacional.

El Consejo Fundacional de la Universidad es un órgano mediante el cual la Compañía de Jesús ejerce la conducción de la UCAB. Está conformado por “el Vice-Canciller,(...) el Rector de la Universidad, dos representantes del Episcopado Venezolano, tres representantes de la Compañía de Jesús, cuatro representantes de los profesores, un representante de la Fundación Andrés Bello y tres miembros nombrados por los anteriores” (Estatuto Orgánico”, 2000)

4.3.1.3 El Consejo Universitario.

Otro consejo es el Universitario, entre sus labores destacan el dirigir y coordinar las labores en cuanto a la enseñanza, la investigación y el resto de las actividades académicas y mantener las relaciones interuniversitarias dentro y fuera del territorio nacional.

El Consejo Universitario está conformado por: el Rector, los Vice-Rectores, el Secretario, los Decanos, el Director General de Post-Grado, cuatro representantes de los profesores (los cuales serán designados por este) tres representantes de los estudiantes, un representante designado por los egresados de la Universidad y tres profesores bajo el nombramiento del Rector. ("Estatuto Orgánico" 2000)

4.3.1.4 El Rector.

Es el órgano ejecutivo, es quién representa a la Universidad en el ámbito legal. Entre sus labores destacan: coordinar las actividades dentro de la institución, cumplir y regular que se cumplan las disposiciones y acuerdos en el recinto universitario.

4.4 -Situación Actual.

"Hoy día estamos en una Universidad es porque esos primeros jesuitas entendieron que el carisma necesita de una institución que lo prolongue en el tiempo y en el espacio"(Montes 2005, p.6)

En la actualidad, la UCAB cuenta con cinco sedes en: Caracas, donde también se encuentra el Instituto de Teología para Religiosos (ITER), Coro, Guayana y Los Teques.

Este fue el número de admitidos por sede en esta Universidad:

Tabla 1. *Número de Alumnos Ingresados por Sede. (Tomada del anuario estadístico 2005-2006)*

Caracas	4999
Coro	201
Guayana	589
Los Teques	157
ITER	17

En el Anuario Estadístico (2006) se muestra la distribución por género de cada escuela para el período 2005-2006, en la sede de Montalbán los resultados fueron los siguientes:

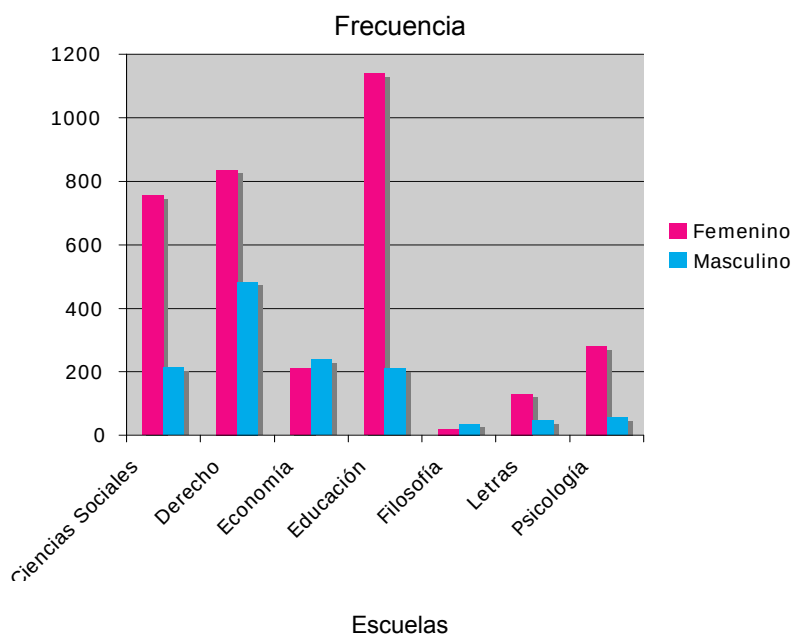


Figura 2. Distribución de alumnos por escuelas de acuerdo al género.

En la sede principal de esta Universidad, la distribución por carreras quedó de la siguiente forma:

Tabla 2: *Distribución de los Alumnos Ingresados por Carreras.*

Administración y Contaduría	540
Comunicación Social	272
Derecho	404
Economía	286
Educación: Mención Biología y Química	51
Educación: Mención Ciencias Sociales	85
Educación: Mención Ciencias Pedagógicas	216
Educación: Mención Física y Matemáticas	36
Educación Integral y Preescolar	239
Filosofía	37
Ingeniería en Telecomunicaciones	707
Ingeniería Industrial	493
Ingeniería Civil	343
Ingeniería Informática	547
Letras	158
Psicología	249
Relaciones Industriales	277
Sociología	53
Trabajo social	6
Total	4999

4.5 Perfil del Ucabista

Antes de describir al estudiante ucabista es necesario tener una descripción del comportamiento de la población juvenil en general.

4.5.1 El joven moderno.

Como generación Y han sido designados las personas con edades que van de los 15 a los 25 años. “Esta generación se distingue por una actitud desafiante y retadora (...) lo cuestionan todo, no quieren leer y sus destrezas de escritura son pésimas” acota el Doctor Fonseca, psicólogo clínico (2003, p.3).

El Dr. Fonseca (2003) aporta que esta generación desarrolla más el hemisferio derecho del cerebro por lo que tienen más desarrollada la creatividad en comparación con la generación anterior a ellos. Este cambio es atribuido por el autor a la presencia de estímulos que no existían como consolas de juego y acceso a televisión por cable.

Las características de esta generación no son aisladas de un país o región geográfica, de acuerdo a un estudio realizado por la empresa Synovate citado por el noticiero digital español 20 minutos (2007) que se basó en 4.400 entrevistas realizadas vía online en jóvenes entre los 18 y los 24 años de edad.

En el año 2003, la revista Producto (c.p. Machado y Troncone, 2005) de encontraron las siguientes características para definir a la generación Y:

- No tienen interés en la política.
- No tienen héroes.
- Asumen la sexualidad con libertinaje.

- No les importa lo que los demás piensen de su apariencia, pero la utilizan para diferenciarse y mostrar la tendencia grupal a la que pertenecen, las cuales son muchas y muy distintas
- Son tolerantes ante otras culturas, tendencias, estilos de vida, costumbres e ideologías.
- Tienen la mente más abierta a los cambios.
- Creen en Dios, pero bajo un concepto más espiritual que como un dogma impuesto.
- Tienen una visión crítica de los medios masivos, pero a la vez son grandes consumidores de estos productos.
- El mensaje escrito (de texto SMS) es su principal medio de comunicación.
- Responden al humor, la creatividad, la ironía y la verdad.
- No creen en el futuro como un concepto a largo plazo, porque las cosas no siempre resultan como se planearon.(p.38)

4.5.2. El Joven Venezolano.

En el año 1997 la Universidad Católica Andrés Bello desarrolló un estudio de la pobreza en Venezuela en el cual se aplicó una encuesta sobre la “situación socio-económica, composición del hogar, situación laboral, historial laboral, percepción de la situación socioeconómica, consumo y riqueza, marcos cognoscitivos, preferencias valorativas, estructura familiar del entrevistado y asociatividad” (Ugalde, España, De Viana, González, Luengo y Ponce, 2004 c.p. Machado y Troncone, 2005 p.35)

La muestra es un grupo de jóvenes caraqueños de los estratos socioeconómicos ABCD, cuyas edades van de los 18 a los 24 años de edad. La población juvenil, con edades comprendidas entre los 15 y los 24 años de edad conformaba

el 19,38% de la población venezolana en el año 2005 de acuerdo al estudio de Principales indicadores demográficos de Datanalisis.

Luego de analizar los datos obtenidos se designaron características a seis categorías que describen a los venezolanos, estas son: los rezagados, los tutelados, los emancipados, los movilizados, los desarraigados y los integrados. A continuación se describirá cada uno.

4.5.2.1 Los Rezagados.

En este grupo de individuos denota una falta de control de la realidad al atribuir lo que ocurre a la acción divina o a la suerte. Sus niveles de desconfianza son altos y tienden a valorar a otras personas por cualidades subjetivas. De los entrevistados, un 12,2% encajó en este prototipo.

4.5.2.2 Los Tutelados.

Tienen cierto parecido con los rezagados, pero sus niveles de confianza son menores. “Dependen del control social para cambiar su situación”(Machado y Troncone 2005 p.35). De la muestra encuestada un 5,1% presentaron estas características.

4.5.2.3 Los Emancipados.

No atribuyen por completo las causas divinas en el acontecer de los eventos sino que confieren a esto un porcentaje. Su nivel de desconfianza es alto y “creen que las leyes no deben ser rígidas, porque a veces es necesario hacer excepcio-

nes” (Machado y Troncone 2005 p.36). El resultado de los jóvenes que concuerdan con este grupo fue de 29,6%.

4.5.2.4 Los Movilizados.

Reconocen tener el control en los acontecimientos, presentan tendencias individualistas, se considera que están en la transición entre lo tradicional y lo moderno y sus niveles de desconfianza son moderados. Se encontró que un 2% de la muestra encaja en este grupo.

4.5.2.5 Los Desarraigados.

Se orientan a lo moderno, al igual que el grupo anterior reconocen el control interno de lo que ocurre, su confianza hacia las instituciones es baja. Resalta su tendencia individualista. El 35,7% de los encuestados concuerda con este patrón.

4.5.2.6 Los Integrados.

Este grupo se considera es el más moderno, presentan mayores niveles de confianza hacia las instituciones y las personas en general y son individualistas. El 15,3% cumplió con estas características.

De acuerdo a estos resultados, se puede concluir que los jóvenes se encuentran principalmente definidos por las características de los grupos denominados desarraigados, emancipados e integrados “lo que en general los define como personas con valores bastante modernos y bajos niveles de confianza, especialmente en las instituciones” (Machado y Troncone 2005 p.37)

El sociólogo Roberto Briceño León (s.f.) en una entrevista concedida a la revista *Producto* (2005), señala que "Los jóvenes en Venezuela no tienen capacidad de ahorro, lo cual los convierte en grandes consumidores, especialmente de productos que les permitan identificarse con un nivel socio económico más elevado" (2005, p.3)

En el mismo artículo, se menciona la tendencia depresiva de los jóvenes de la llamada generación Y Eduardo Jahn (s.f) quien es especialista en neuroquímica explica que "el exceso de conciencia de lo inminente produce depresión" (2005 p.3). Al respecto, Briceño (s.f.) opina que estos tienden a deprimirse porque tiene la firme concepción de que van a vivir peor que sus padres, por esto buscan disfrutar el momento son pensar mucho en el futuro que les depara.

4.6 *El estudiante Ucabista.*

Javier Duplá, en el artículo *La Ucab, una universidad inspirada en la Espiritualidad ignaciana* (s.f.), comenta la influencia que ejerce la misión de la institución por formar profesionales integrales con la búsqueda posterior de los ucabistas en lograr la transformación positiva del país.

El Padre Gonzalo de Villa (2003) describe a los estudiantes universitarios de Latinoamérica como "Urbanos, de clase media, vienen de colegios privados, profesan que son católicos, desorientados, incomprensidos, no conocen mucho de propia realidad, no tienen demasiados intereses políticos, desconfían de la política, distancia ideológica con sus formadores" (2003, p.2)

Harrison González, ex estudiante de esta alma mater es citado en el artículo *El Colegio Grande. Universidad Católica Andrés Bello*, (s.f.) definiendo al estudiante Ucabista como una combinación de estilos, que buscan destacarse en la vida académica y con notable interés en los estudios.

IV. MÉTODO

5. 1 Descripción del Problema

El cáncer de cuello uterino representa un problema en la salud pública en Venezuela, a causa de esta malformación fallecen tres mujeres a diario a pesar de el lento desarrollo que caracteriza a estas lesiones y de lo fácil de su detección.(Sociedad Anticancerosa de Venezuela s.f.)

A través de un chequeo ginecológico con cierta regularidad se pueden detectar los cambios iniciales en las células antes de que se formen las tumoraciones evitando así la aparición de las mismas (González 2005).

El desarrollo de una estrategia de información podría ayudar a la motivación de este target a la implementación de medidas preventivas al impartir un mayor conocimiento de esta afección.

Antes de diseñar la estrategia se deberá conocer la información que maneja la población universitaria respecto al cáncer de cuello uterino, sus causas y como prevenirlo, partiendo de los resultados obtenidos será diseñada una estrategia pertinente.

5.2. Objetivos

5.2.1. Objetivo General

Diseñar una estrategia de comunicación para incentivar la prevención del cáncer de cuello uterino, dirigida a la población femenina universitaria cuyas edades comprenden entre los 18 y los 25 años.

5.2.2. Objetivos específicos

- Determinar qué información que posee el target sobre el cáncer de cuello uterino.
- Desarrollar un mensaje clave.
- Diseñar las piezas comunicacionales.
- Evaluar los medios más convenientes para la exposición de los mismos.

5.2.3. Preguntas de la investigación.

- ¿Conoce el público objetivo la incidencia de este tipo de cáncer en Venezuela?
- ¿Puede el target indicar métodos para prevenir esta afección?
- ¿Qué importancia tiene para la población femenina universitaria recibir información de esta malformación?
- ¿Cuáles son los medios apropiados para informar al público objetivo sobre esta enfermedad?

5.3. Tipo y diseño de investigación

“El diseño de la investigación constituye el plan y la estructura de la investigación y se concibe de determinada manera para obtener respuesta a las preguntas de investigación” (Kerlinger y Lee, 2000, p.403)

En esta investigación se realizará una investigación exploratoria de tipo no experimental. En esta modalidad de estudio las variables no son manipuladas de ningún modo, sino que se analizan las características presentes en los individuos que conforman la muestra.

Kerlinger y Lee (2002) definen este tipo de investigación como “la búsqueda empírica y sistemática en la que el científico no posee control directo de las variables independientes, debido a que sus manifestaciones ya han ocurrido o a que son inherentemente no manipulables” (p.504) Estos autores también consideran que las investigaciones no experimentales son mayormente enfocadas en problemas de importancia social.

5.3.1. Fuente de datos

Los datos son hechos que no tienen estructura ni forma, sino que son generados y almacenados de acuerdo a C. Shoderbek, P. Shoderbek y Kefalas (s.f.). Estos autores explican que cuando se toman estos datos y se les da organización y estructura luego de un proceso de filtrado, se tiene como resultado información, la cual es útil y valiosa.

Con el término fuente se hace referencia a quién genera o facilita estos datos o hechos que luego serán contextualizados a la investigación para obtener información necesaria para el desarrollo de los objetivos (Seijas, 1999).

Existen distintas fuentes de datos; para este estudio se considerarán las de origen bibliográfico y las vivas. Las fuentes bibliográficas son aquellos testimonios que pueden encontrarse en documentos escritos y las vivas son los datos que se obtienen expertos en el tema a consultar a través de entrevistas.

5.3.2. Variables

Para Seijas (1999) las variables son la enumeración de los elementos que serán “cuantificados en la muestra e inferidas a la población” (p. 40). De acuerdo a este autor, estos elementos deben ser la mayor preocupación para el investigador en la investigación.

En este trabajo se manejarán las variables: Cáncer de cuello uterino y estrategia de comunicación.

5.3.3. Conceptualización

Cáncer de cuello uterino: Con este nombre se conocen las lesiones celulares caracterizadas por el descontrol en el crecimiento de las células hasta formar tumores malignos en esta parte del aparato reproductor femenino.

Estrategia de comunicación: Para el profesor e investigador Rafael A. Pérez(2001), la estrategia de comunicación es un conjunto integrado por las tácticas o decisiones que se seleccionan para alcanzar los objetivos planteados por el comunicador, quien debe prever las posibles reacciones que se puedan suscitar en la audiencia y en el entorno.

5.4.1 Operacionalización

Variable	Dimensión	Indicador	Categoría
Perfil	Edad	Años cumplidos	Edad cronológica Fecha de nacimiento
	Lugar de nacimiento	Localidad	Ciudad
	Estado Civil	Estado Civil	Soltera Casada Divorciada
	Estudios en la UCAB	Carrera, mención y año	Carrera, mención y año de estudio
	Familia	Hijos	Si No Cuántos
Conocimiento acerca del Cáncer de Cuello Uterino	Conocimiento	Conoce qué es el cáncer de cuello uterino	Si No
		A quienes afecta esta enfermedad	Niñas Jóvenes Adultas Ancianas No sabe
		Cuál es la principal causa de muerte de mujeres en Venezuela	Cáncer de mama Cáncer de cuello uterino Cáncer de Pulmón Cáncer de Piel
		Conoce como se puede prevenir el cáncer de cuello uterino	Si No Cómo
	Historial familiar	Algún familiar ha padecido algún	Si No Tipo

		tipo de cáncer	Familiar
		En su familia conocen que es el cáncer de cuello uterino	Si No
	Hábitos de visita al médico	Acude regularmente al médico	Si No
		Con que frecuencia	Mensual Trimestral Semestral Anual
		El consultorio está ubicado en una institución pública o privada	Privada Pública
		Acude regularmente al ginecólogo	Si No
		El consultorio está ubicado en una institución pública o privada	Privada Pública
	Causas del cáncer de cuello uterino	Conoce usted que es el virus del papiloma humano	Si No
		Conoce cómo se detecta	Si No
		Sabe usted cuántos tipos de virus de papiloma humano existen	Si No Cuántos
		Conoce usted si existe alguna	Si No

		vacuna contra el virus del papiloma humano	
		El virus del papiloma humano tiene alguna relación con el cáncer de cuello uterino	Si No
	Información recibida en la UCAB	Ha recibido información sobre el cáncer de cuello uterino en la universidad	Si No
		Por cuál medio	El Ucabista Internet Correo electrónico Foros Profesores Estudiantes
		Considera que es importante recibir información sobre el cáncer de cuello uterino	Si No
		Esta dispuesta a asistir a actividades en las que se le informe sobre el cáncer de cuello uterino	Si No
		Qué actividad recomendaría usted	Actividad

5.4.1. Unidades de análisis

5.4.1.1. Estudiantes UCAB

La población de estudiantes de la UCAB se pueden dividir principalmente en dos grupos de acuerdo a su género: masculino y femenino. Luego se categorizan en estudiantes de pregrado o postgrado, en la presente investigación se tomará como muestra a los estudiantes que cursan estudios de pregrado.

Entre las características de este grupo tenemos las siguientes:

- La media de las edades de este grupo oscila entre los 18 y los 25 años.
- Presentan heterogeneidad en sus características.
- Proviene de distintos lugares.
- Egresaron de instituciones de educación públicas o privadas.
- Algunos trabajan y estudian a la vez.
- Utilizan distintos medios para ir a la universidad ,por lo que ingresan por vías distintas
- Están expuestos a distintos medios de acuerdo a sus tendencias musicales y de entretenimiento.
- Tienen distintos estilos de vida dentro y fuera del ámbito universitario.

5.4.2.2. Doctores expertos en el área y la descripción de los doctores.

Serán consultados doctores con postgrado en ginecología, que laboren en instituciones privadas y públicas para conocer de esta forma ambos puntos de vis-

ta. A estos especialistas se les entrevistará para conocer los elementos clave de esta afección en general y como afecta en particular a la población venezolana.

Con la investigación se intentará determinar cuales son los sectores socio-económicos, considerados por estos expertos en medicina como más propensos a desarrollar cáncer de cuello uterino.

También se les consultará acerca de la incidencia del Virus del Papiloma Humano (VPH) en la formación de tumoraciones en el cérvix y los elementos clave a resaltar, de acuerdo al criterio de cada especialista, en la comunicación respecto al tema específicamente al estar dirigida al público juvenil.

5.5. Muestreo.

Salkind (1998 c.p. Cordero y Yoshua 2006) explica que la muestra representa un subconjunto de una población determinada. En esta investigación serán seleccionadas de manera no probabilística de tipo propositivo.

Para Kerlinger y Lee (2002) este tipo particular de muestreo se “caracteriza por el uso de juicios e intenciones deliberadas para obtener muestras representativas al incluir áreas o grupos que se presume son típicos en la muestra” (p.160)

Estos autores indican que el muestreo propositivo se utiliza con frecuencia en los estudios de mercado y que se considera que esta selección comparte características clave de la población.

5.5.1 Estudiantes UCAB.

Se seleccionarán estudiantes de la Universidad Católica Andrés Bello de sexo femenino, con edades comprendidas entre los 18 y los 25 años de edad de las Facultades de Ingeniería y Administración y Contaduría que estén cursando clases de verano.

El total de estudiantes de verano son 1.528, de los cuales 684 son de sexo femenino por lo que conforman la población del estudio, previendo un 95% de confianza en los resultados que se obtendrán, y asumiendo un margen de error de 5% la muestra representativa a evaluar es de 246 mujeres.

5.5.2 Doctores expertos en el área

Se seleccionaron a juicio tres expertos de la salud en el sector específico de la gineco-obstetricia con experiencia en el sector público y el privado.

Se consultarán los siguientes médicos gineco-obstetras:

- Dr. Rafael Azuaje. Médico Gineco-obstetra
- Dr. José Gallardo. Médico Gineco-obstetra
- Dra. Lilian Valdez. Médico Gineco-obstetra

5.6 Instrumentos de medición

5.6.1 Entrevista semiestructurada.

Para conocer la opinión de estos expertos se aplicó una entrevista semiestructurada. Se entiende por entrevista una interacción personal cara a cara en la

cual una persona que plantea a otra una serie de preguntas referentes al tema de investigación (Kerlinger y Lee 2002).

El tener la propiedad de ser semiestructurada implica que se desarrollan algunas preguntas que se consideran cumplen con los objetivos de la investigación, pero que en el desarrollo de la entrevista pueden surgir otras o variar el orden de las mismas.

Este instrumento fue seleccionado por permitir la búsqueda de respuestas a las preguntas planteadas, referentes a la investigación, pero a la vez permite ampliar la información aportada por la fuente a través de otras preguntas o resolver inquietudes que puedan surgir en el desarrollo de la misma.

Se aplicarán una entrevista semiestructurada para los expertos en medicina. Esta consiste en 11 preguntas pero en el transcurso de la aplicación de la misma pueden surgir otras concernientes al tema.

5.6.2. Encuestas.

Para conocer la información que maneja la muestra sobre el cáncer de cuello uterino, como sus causas y medidas preventivas, se utilizará la encuesta la cual es un método de recolección de datos que permite el estudio de poblaciones a través de una muestra significativa de las mismas.

Por lo general se solicitan al inicio de la encuesta datos sociológicos del individuo que lo relacionen con la población antes de proceder con las preguntas pautadas (Kerlinger y Lee 2002).

Esta será aplicada para conocer la opinión del público objetivo de la estrategia de comunicación. El instrumento consta de 22 preguntas en las cuales se evalúan el nivel de conocimiento sobre el cáncer de cuello uterino abarcando el conocimiento de la enfermedad, así como los factores que predisponen a su aparición y medidas preventivas.

La ventaja de la encuesta como método de recolección de datos es, en principio de confianza en los resultados, se considera que al ser de carácter anónimo, el encuestado responderá de manera más aproximada a sus opiniones y creencias al no sentir que puede haber juicio de parte del entrevistador.

Otros elementos a considerar son los de tiempo y dinero comparando el necesario para aplicar la encuesta con otro como la entrevista.

5.6.3. Validación de los instrumentos.

Ambos instrumentos fueron evaluados y validados en base al juicio de los expertos: Profesor Jorge Ezcenarro, quien dicta la cátedra de Metodología y Seminario de Grado en la Universidad Católica Andrés Bello, la Profesora de Comunicaciones Organizacionales de la UCAB Elsi Araujo y la Psicólogo Emilia Araujo.

5.7. Procedimiento

Una vez diseñados los métodos de recolección de datos se procederá a seleccionar tanto el tamaño de la muestra a estudiar como el número de expertos y en cuales áreas serán consultados en la investigación.

Con la lista de expertos, seleccionados a juicio del investigador, se contactarán los mismos para solicitar la cita en la cual se procederá a aplicar la entrevista en su consultorio dependiendo de su disponibilidad de tiempo, una vez aplicada se procederá a transcribirla.

Las encuestas se aplicarán a las estudiantes dentro de las instalaciones de la Universidad Católica Andrés Bello en su sede de Montalbán. Una vez determinado el tamaño de la muestra se procederá a la aplicación y recolección de la encuesta, previa explicación de la finalidad investigativa de la misma y la estricta confidencialidad de los resultados aportados. Al concluir esta etapa se procesarán los resultados para conocer los elementos a comunicar posteriormente.

V. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.

5.1 Resultados obtenidos de la unidad de análisis 1.

Tabla 3. Matriz de análisis

Preguntas	Dr. Azuaje	Dr. Gallardo	Dra. Valdez
¿Qué es el cáncer de cuello uterino?	“es una enfermedad proliferativa de la zona, específicamente llamada el cérvix o cuello uterino que es la parte más inferior del útero”	"son alteraciones celulares anómalas donde hay cambio en la estructura celular(...) son células anómalas, se multiplican más rápido, entonces por eso se forma un tumor "	“es una de las principales causas de muerte en la mujer en Latinoamérica(...) el más frecuente pero el más fácil de diagnosticarse y el de más fácil tratamiento”
¿Cuáles son las causas de esta enfermedad?	"El cáncer de cuello uterino, como todos los cánceres es una enfermedad multifactorial (...) no hay una causa específica aunque últimamente se está dando mucha importancia al virus del Papiloma Humano como la principal(...) causa, pero hay muchos factores implicados como la falta de aseo, la promiscuidad, bueno, e incluso hereditarias	"las causas son múltiples, incluso hay factores, eh hereditarios(...)se pueden considerar factores hereditarios, (...)actualmente le damos más importancia a las infecciones por el Virus del Papiloma Humano, no todas las cepas porque están descritas más de 100 cepas, sino un grupo de estas cepas(...)factores químicos, infecciosos de otra índole, las infecciones crónicas, infecciones a	"las causas principales es la infección por el virus del VPH (...) aunque se dice que nosotros tenemos una predisposición genética, o sea, si hay una persona en línea directa, mamá, hermanas con cáncer de cuello uterino (...) tenemos predisposición a tener cáncer, o a desarrollar cáncer, una predisposición genética.”

	también."	repetición también pueden ocasionar alteraciones celulares"	
¿Cuál es la edad en la que las mujeres son más propensas a sufrir esta enfermedad?	"A partir de la cuarta década de la vida generalmente, pero (...) se han visto casos de mujeres de 20-25 años también se pueden ver en mayores de 60 pero la, digamos la década más importante: los 40-50 años."	"Para ser sincero no creo que haya una edad específica (...) se trata, digamos más de los factores de riesgo que de una edad en la mujer"	"25-64 años, ese es el promedio de edad ¿no? a pesar de que no se escapan(...) jóvenes"
¿Cuáles son los principales factores de riesgo?	"Factores, bueno, la promiscuidad es el principal, claro, hay otros, como te digo, asociados pues al cáncer como tal"	"promiscuidad (...), tenemos mala higiene, infecciones a repetición, (...) incluso factores genéticos (...) básicamente son problemas químicos e infecciosos"	"tenemos la multiparidad, las relaciones sexuales precoces (...) el VPH por supuesto"
En su opinión y basado en su experiencia, ¿cuál es el sector socioeconómico más afectado por esta enfermedad? ¿Por qué?	"definitivamente el cáncer de cuello uterino es una enfermedad social porque se ve sobre todo en (...) la parte de menos recursos"	"Si hay algo más de relación, pero a veces, (...) esa relación está referida al diagnóstico, ya sea precoz o tardío. En condiciones socioeconómicas más bajas el diagnóstico"	"sí, por supuesto (...) generalmente las pacientes de bajo nivel socioeconómico son aquellas pacientes que (...) jovencitas comienzan a tener relaciones se-

		puede ser algo más tardío (...) pues en promiscuidad y eso se puede decir que hay más, o decimos que hay más en las condiciones, clases sociales más bajas, sin embargo pues a la hora de la verdad uno no ve si es así".	xuales por una u otra razón"
¿Cree usted que en Venezuela existen suficientes campañas informativas acerca de este tipo de cáncer?	"digamos muy poca información, a veces de las mujeres, los mismos miedos a veces de las mujeres de hacerse la citología anual que es el principal método para digamos, disminuir la mortalidad por cáncer de cuello uterino"	"De vez en cuando se ven ciertas promociones aunque no sean muy llamativas a nivel de los medios de comunicación social, más en la prensa escrita que aparecen de vez en cuando artículos, sobre todo por el VPH últimamente aparecen con bastante frecuencia. claro no todo el mundo lee la prensa y cuando la leen leen las noticias y las páginas rojas y las páginas amarillas o rosa"	"en Venezuela es la segunda causa de muerte ¿ok?. (...)en los últimos tres años está siendo desplazada por otro tipo de cáncer que es el cáncer de mama en la mujer, porque bueno, se ha intensificado más las, bueno la información sobre el cáncer y el VPH."
¿Considera usted que existe un gran	"realmente en la	Información hay, lo que pasa es que tal	"en los últimos tres años está

desconocimiento de esta enfermedad en la población femenina? ¿Por qué?	población venezolana la primera causa de muerte en la mujer venezolana es el cáncer de cuello uterino cosa que ya debería haber estado superada, como en algunos países desarrollados, pero ¿Qué pasa? (...) digamos muy poca información a veces de las mujeres, (...) a veces de las mujeres de hacerse una citología anual que es el principal método para (...) disminuir la mortalidad por cáncer de cuello uterino ¿Por qué? Porque se descarta o se diagnostica cualquier tipo de lesión a tiempo y se puede tratar.”	vez no llega a todos los estratos sociales”	siendo desplazada por otro tipo de cáncer que es el cáncer de mama en la mujer, porque bueno, se ha intensificado más (...) la información sobre el cáncer y el VPH”
---	---	--	---

¿Qué es el VPH?	“El VPH, o virus, del papiloma humano es una enfermedad de transmisión sexual, tanto en el hombre como en la mujer claro”	Es un virus(...) Se conoce así, como virus del papiloma humano(...) los virus son digamos, gérmenes, intermedio entre las bacterias y los hongos, normalmente no tienen un tratamiento específico, hay diferentes cepas o grupos de este virus(...) no todos están relacionados con el cáncer de cuello uterino, otros incluso, pueden estar pero no causan alteración.	“es una infección, es un virus que va colonizando la vagina, o el cuello uterino o la vulva”
¿Cuáles consideras son las edades en las que se está más propenso a adquirir este virus?	“Las edades varían, depende es de, la cantidad de parejas sexuales que se tengan o se hayan tenido”	“no creo que haya una edad específica”	“depende, de las parejas que se tenga, más de una ya hay riesgo, a qué edad comenzó a tener relaciones”
¿Cuáles medidas recomendaría para la prevención del VPH?	“hay que educar bien a la gente de todas las edades, explicar-	“Aplicar protección durante la relación sexual, utilizar el preservativo sobre	“Evitar las relaciones sexuales precoces en los

	les bien el mensaje”	todo, evitar la promiscuidad. Educación desde el punto de vista sexual”	adolescentes”
¿Por qué se considera el factor de riesgo que más relación tiene con el cáncer de cuello uterino?	“algunos tienen la posibilidad de producir cambios en las células”	“Porque precisamente se ha visto que desarrollan cáncer de cuello uterino en mayor proporción las personas infectadas con este virus”	“llega un momento que al sistema inmunológico no se que le pasa ‘pum’ se hace un desfase y el virus penetra la célula pues, entonces allí es cuando tenemos la segunda fase que son los condilomas (...)son lesiones tumorales”
¿Qué elementos clave de ambas afecciones debe comunicarse a la población femenina a fin de incentivar su prevención?	“hay que informarles en sus términos (...) en sus palabras para que entiendan”	“Decirles que no tengan sexo no es tan táctico, eso es algo que va, ya no son razones sociales ¿no? pero si que se cuiden”	“lo primero son evitar las relaciones sexuales en los adolescentes (...) porque precisamente allí es donde está el problema (...) es un problema que lleva a otro”
En base a su experiencia, ¿cuál o cuáles son los medios de comunicación idóneos para comunicarse con el grupo femenino más afectado?	“las charlas son buenas para eso, hablarles mucho,(...) la televisión y eso funciona pero no es lo mismo”	“no a la televisión como tal sino más a los liceos en eso me orientaría más (...) que es donde podría incluso tener in-	“yo pienso que la televisión sería el medio ideal, porque bueno es más accesible(...) sin em-

tado?		formación sexual como tal ya dentro de las áreas biológicas”	bargo yo pienso que la radio también(...) inclusive charlas”
Qué recomendación final puede dar para el desarrollo de una estrategia de comunicación para incentivar la prevención del cáncer de cuello uterino en jóvenes con edades comprendidas entre 18 y 22 años.	“lo más importante es el concientizar que, una citología anual es igual a no mortalidad por cáncer.”	“educación desde el punto de vista sexual, y eso tiene que iniciar incluso en la familia, evitar la infección y después evitar la propagación”	“podemos utilizar esos medios para dar información sobre este problema que es un problema de salud pública”

5.2 Resultados obtenidos de la unidad de análisis 2.

El instrumento 2 consiste en una encuesta de 22 preguntas que fue aplicada a 246 mujeres estudiantes de la Universidad Católica Andrés Bello para estudiar su conocimiento acerca del cáncer de cuello uterino. Dos de estos instrumentos tuvieron que ser descartados en esta investigación debido a que no fueron respondidas de manera adecuada, por lo que el total varió de 246 a 244.

5.2.1 Edad y Lugar de Nacimiento.

Las edades de las encuestadas van de los 17 a los 42 años, la media es de 21,56. En cuanto al estado de nacimiento, un 32% señaló haber nacido en Caracas, seguido por Carabobo, Bolívar, y Miranda con 7% cada uno.

5.2.2 Estado Civil.

Al preguntarles su estado civil, el 91,4% afirmó ser soltera, del 8,6% restante 4,1 manifestó estar casadas, 1,6 divorciadas y 2,9% no respondió esta pregunta.

5.2.3. Carrera y año que cursan

Las entrevistadas cursan las carreras de Ingeniería y Administración, a la primera escuela mencionada pertenecen un 36,9% de las encuestadas, 61,9% estudian administración y un 1,2% no respondió.

En la tabla 4 se muestran, las frecuencias y respectivos porcentajes por de la carrera y mención de las mujeres a las que se aplicó la encuesta. Cabe resaltar que un 33,6 % no respondió a esta pregunta.

Tabla 4. *Frecuencia y Porcentajes de las Carreras Cursadas por las Encuestadas*

Carrera	Frecuencia	Porcentaje
Administración, men- ción Contaduría	56	23,0%
Administración, men- ción Administración de empresas	21	8,6%
Ingeniería en Teleco- municaciones	30	12,3%
Ingeniería Informática	14	5,7%
Ingeniería Industrial	18	7,4%
Ingeniería Civil	23	9,4%
No Contestó	82	33,6%

Se les pidió indicar el año que cursaban obteniendo que la mayoría cursa los primeros años, específicamente, el 21,3% estudia primer año, 25% el segundo, 25,4% el tercero, 12,7% el cuarto y 6,6% el último año de la carrera. Un 9% no respondió a esta pregunta.

5.2.4 Número de hijos.

El 96,3% no tiene hijos, las encuestadas que informaron tener son primiparas, es decir, tienen uno sólo.

5.2.5 Conocimiento del cáncer de cuello uterino.

Al entrar al tema de la investigación, el cáncer de cuello uterino, el 91,4% de las mujeres encuestadas afirmó conocer qué es esta enfermedad.

Una porción mayoritaria del total considera que esta malformación afecta principalmente a mujeres jóvenes y adultas como se muestra en la siguiente figura.

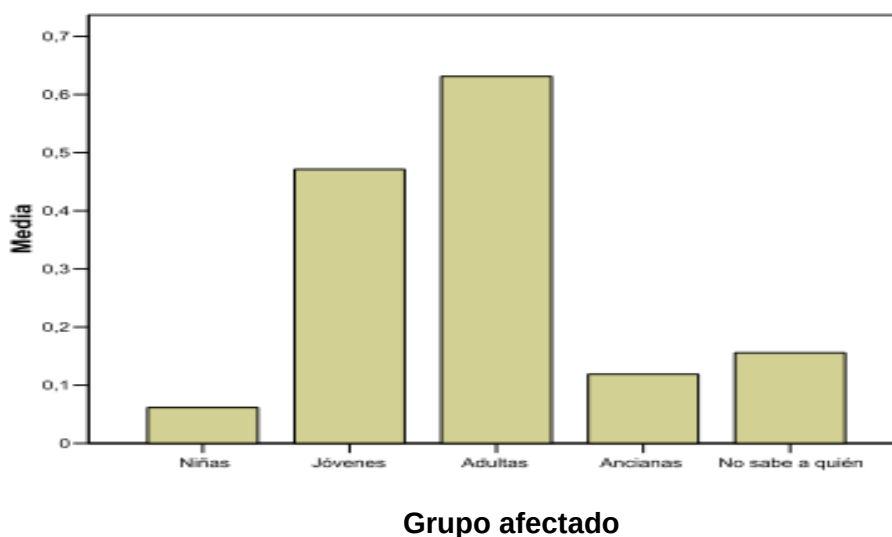


Figura 3. Conocimiento de grupo afectado mayoritariamente por el cáncer de cuello uterino.

5.2.6. Principal causa de muerte de las mujeres en Venezuela.

La principal causa de muerte de las mujeres en Venezuela señalada en la encuesta es el cáncer de mama, seguido en el orden que se indica por el cáncer de cuello uterino, cáncer de pulmón y cáncer de piel.

5.2.7. Conocimiento de medidas preventivas.

Un 66,4% de las ucabistas que respondieron el instrumento admiten no conocer medidas para prevenir las formaciones cancerígenas en el cérvix, el 33, 6% que respondió afirmativo indicó los métodos que se presentan en la figura cuatro.

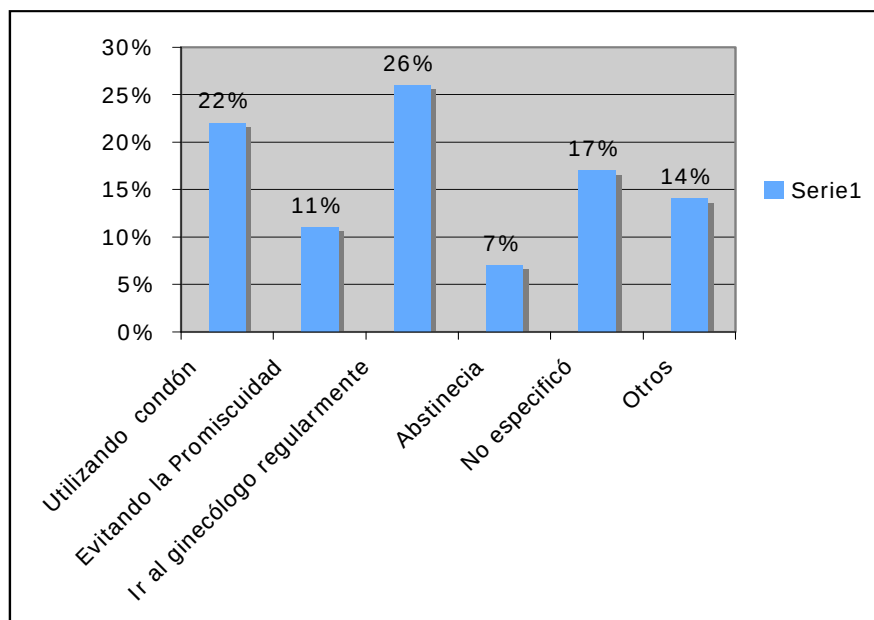


Figura 4. Métodos preventivos indicados por la muestra

5.2.8. Historial de cáncer en la familia y conocimiento del cáncer de cuello uterino por los familiares.

Se buscó conocer adicionalmente si en la familia de las encuestadas había historial de cáncer, un 29,1% respondió de modo afirmativo, de estos casos los familiares afectados fueron los siguientes, se indican de mayor a menor de acuerdo a la frecuencia citada: abuelos, tíos, padres, primos, hermanos, sobrinos y familiares sin vínculo sanguíneo (ahijados, madrinas, padrastros y suegras)

Los tipos de cáncer señalados y su frecuencia se indican a continuación: Mama; 15, leucemia; 8, linfoma y próstata; 7, piel, útero y pulmón; 6, Estómago y Cerebral; 4, otros; 3.

A la pregunta “¿En su familia conocen qué es el cáncer de cuello uterino?” 82,4% respondió que sí y 17,6% que no.

5.2.9. Datos de las visitas al médico.

Mediante otra serie de preguntas se conoció que un 94% no acude con regularidad al médico, el 38,5% de las que sí lo hacen acuden anualmente, 17,2% se realiza estos chequeos semestralmente. En cuanto a la ubicación de los consultorios médicos un 79,5% va a centros privados de salud.

En cuanto a la visita periódica de este grupo a las consultas ginecológicas un 61,9% asegura ir con regularidad, un 33,2% acude anualmente seguido por un 23% que lo hace de forma semestral. 81,6% asiste a consultas en instituciones privadas.

5.2.10 Conocimiento del VPH y medidas preventivas.

Luego se les preguntó sobre el Virus del Papiloma Humano o VPH, 74,2% afirmó conocer que era, pero muchas no acertaron en el método de detección de este virus como se muestra en la figura cinco.

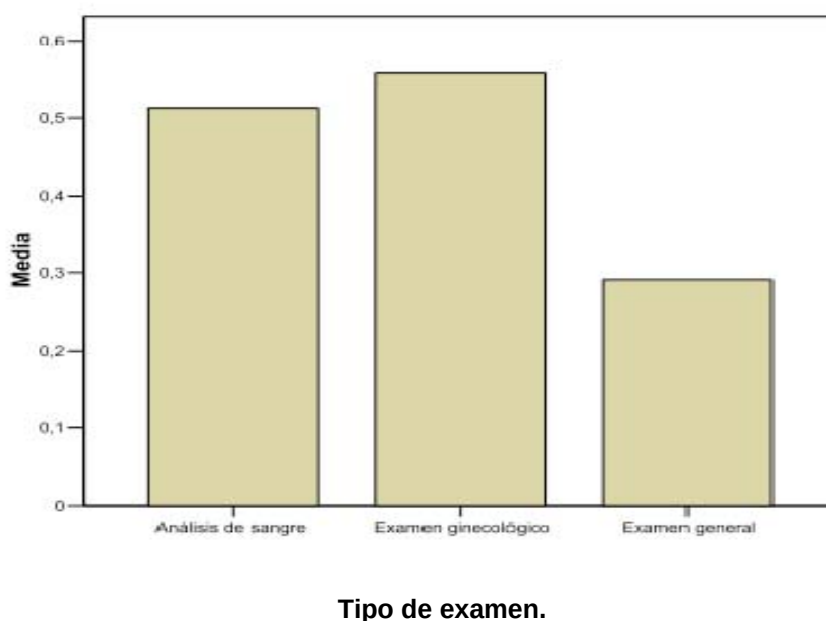


Figura 5. Estudios para detectar el Virus del Papiloma Humano (VPH) y frecuencia de respuestas.

El 73,8% desconoce cuantos tipos de VPH existen, en relación a la vacuna diseñada para prevenir esta enfermedad de transmisión sexual, 88,1% admitió desconocer la existencia de la misma. Al preguntarles si conocían la relación del VPH con el desarrollo del cáncer de cuello uterino el 49,6% dijo desconocer este factor frente a un 50,4% que aseguró conocer este hecho.

5.2.11 Información recibida sobre el cáncer de cuello uterino en la UCAB.

A la pregunta “Ha recibido información sobre el cáncer de cuello uterino en la universidad”, 57% respondió que no, del 43% que dio una respuesta afirmativa señaló que obtuvo la información a través de El Ucabista y foros principalmente.

5.2.12 Importancia que dan a recibir información sobre el cáncer de cuello uterino.

Al preguntarles acerca de la importancia que le otorgaban a recibir información sobre este cáncer ginecológico, 91,8% estuvo de acuerdo. De estos, el 71,7% expresó estar de acuerdo con asistir a actividades para recibir información.

5.2.13 Actividades recomendadas.

Por último se les solicitó recomendar una actividad en las que estuviesen interesadas en participar, obtuvieron mayor frecuencia los foros, charlas o asambleas, los resultados porcentuales obtenidos así como otras actividades sugeridas por las encuestadas se muestran en la en la figura seis.

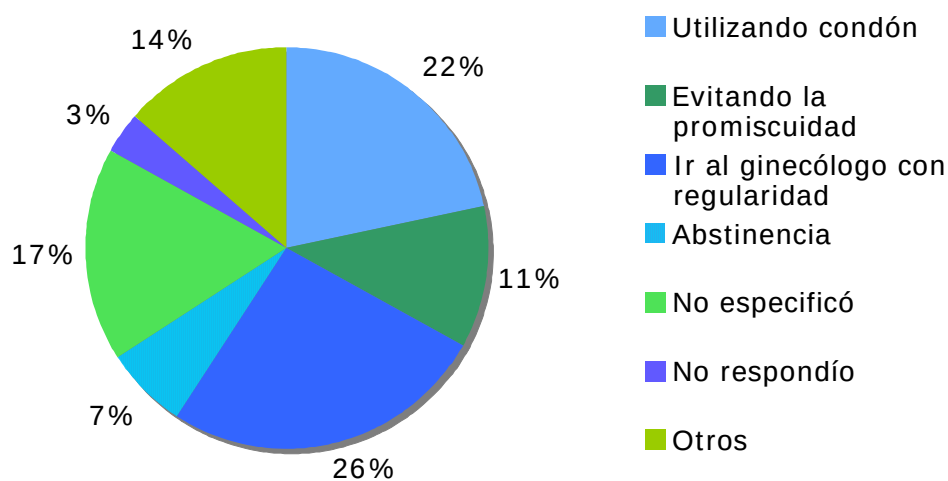


Figura 6. Actividades sugeridas por las estudiantes y sus porcentajes de frecuencia.

5.2.14 Relación entre la edad y el conocimiento del cáncer de cuello uterino.

Otro elemento a estudiar fue sí la edad es determinante de la información sobre el cáncer de cuello uterino, en la figura siete se presentan los resultados obtenidos al combinar estas variables. Se puede resalta que en total 222 mujeres, que llevado a porcentajes es el 91,73% afirmaron conocer que era esta enfermedad.

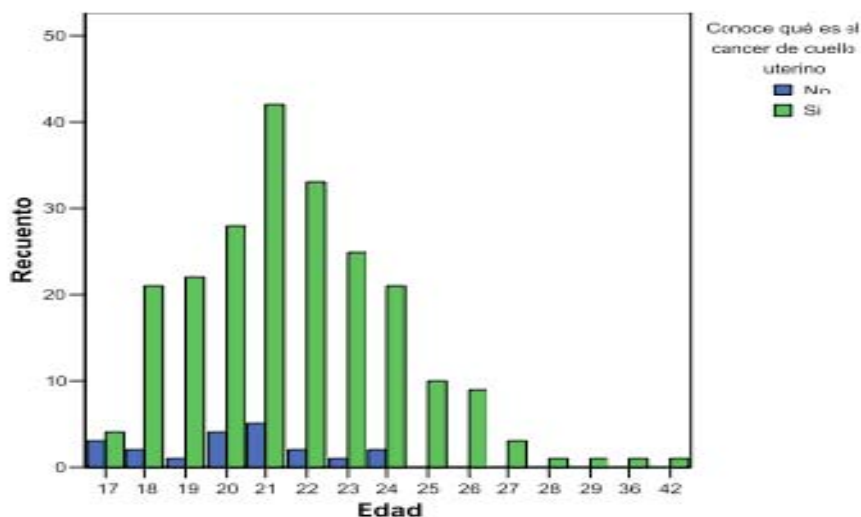


Figura 7. Conocimiento del cáncer de cuello uterino por edad.

Una vez se tienen las cifras de quienes respondieron sí a la primera pregunta y las edades correspondientes de las encuestadas se cruzaron las tablas de la edad con las respuestas de la segunda pregunta, o “¿A quienes afecta esta enfermedad?”.

5.2.15 Relación entre la edad y el conocimiento del grupo etario afectado en mayor proporción por el cáncer de cuello uterino.

En la tabla cinco se muestran las edades de quienes respondieron que esta enfermedad se presenta principalmente en niñas. La tabla está dispuesta de forma tal que se pueda observar la frecuencia total de las encuestadas de cada edad así como la respuesta a la pregunta.

Tabla 5. *Edades de las Encuestadas que señalaron que el Cáncer de Cérvix Afecta Principalmente a Niñas.*

		Niñas		Total
		No	Si	
Edad	17	6	1	7
	18	21	2	23
	19	23	0	23
	20	28	4	32
	21	45	2	47
	22	33	2	35
	23	25	1	26
	24	23	0	23
	25	8	2	10
	26	8	1	9
	27	3	0	3
	28	1	0	1
	29	1	0	1
	36	1	0	1
	42	1	0	1
Total		227	15	242

Mientras 15 manifestaron que las niñas están más predispuestas a desarrollar esta anomalía, 115 veces se señalaron las mujeres jóvenes como más propensas a sufrir este desorden celular.

En la tabla seis se muestran las edades de quienes seleccionaron esta opción. La tabla está estructurada en el mismo formato de la anterior mostrando edad y respuesta con sus respectivas frecuencias.

Tabla 6. *Edades de las Encuestadas que señalaron que el Cáncer de Cérvix Afecta Principalmente a jóvenes.*

		Jóvenes		Total
		No	Si	
Edad	17	5	2	7
	18	9	14	23
	19	12	11	23
	20	18	14	32
	21	29	18	47
	22	20	15	35
	23	14	12	26
	24	10	13	23
	25	4	6	10
	26	4	5	9
	27	1	2	3
	28	1	0	1
	29	0	1	1
	36	0	1	1
	42	0	1	1
Total		127	115	242

Otra de las opciones permitía señalar que las mujeres corrían mayor riesgo de padecer esta malignidad al ser adultas. En la tabla siete se muestran los resultados.

Tabla 7. *Edades de las Encuestadas que señalaron que el Cáncer de Cérvix Afecta Principalmente a adultas.*

		Adultas		Total
		No	Si	
Edad	17	5	2	7
	18	8	15	23
	19	12	11	23
	20	11	21	32
	21	19	28	47
	22	11	24	35
	23	6	20	26
	24	9	14	23
	25	3	7	10
	26	2	7	9
	27	2	1	3
	28	0	1	1
	29	1	0	1
	36	0	1	1
	42	0	1	1
Total		89	153	242

La opción que permitía señalar que las ancianas eran las principales afectadas fue seleccionada como afirmativa 29 veces. En la tabla ocho se enseñan las frecuencias de edades de quienes seleccionaron esta opción como correcta.

Tabla 8. *Edades de las Encuestadas que señalaron que el Cáncer de Cérvix Afecta Principalmente a ancianas.*

		Ancianas		Total
		No	Si	
Edad	17	5	2	7
	18	19	4	23
	19	20	3	23
	20	28	4	32
	21	44	3	47
	22	30	5	35
	23	22	4	26
	24	21	2	23
	25	8	2	10
	26	9	0	9
	27	3	0	3
	28	1	0	1
	29	1	0	1
	36	1	0	1
	42	1	0	1
Total		213	29	242

La última opción en esta pregunta permitió a las encuestadas manifestar que no conocían la distinción del grupo etario que se ve afectado en mayor proporción por esta enfermedad.

En la tabla nueve, que se presenta a seguir, se exponen los resultados obtenidos al contrastar estas respuestas con la edad de la muestra.

Tabla 9. *Edades de las Encuestadas que señalaron no saber a quienes afecta el Cáncer de Cérvix.*

		No sabe a quién		Total
		No	Si	
Edad	17	4	3	7
	18	18	5	23
	19	18	5	23
	20	24	8	32
	21	38	9	47
	22	32	3	35
	23	25	1	26
	24	21	2	23
	25	10	0	10
	26	8	1	9
	27	3	0	3
	28	1	0	1
	29	1	0	1
	36	1	0	1
	42	1	0	1
Total		205	37	242

5.2.16 Relación entre la edad y la selección de la primera causa de muerte de las mujeres en Venezuela.

La variable edad también se contrastó con la opción que seleccionó la muestra como la principal causa de muerte en Venezuela, las opciones eran: cáncer de mama, cáncer de cuello uterino, cáncer de pulmón y cáncer de piel. En la figura 8 se muestran las edades y en que frecuencia seleccionaron las malformaciones en la mama.

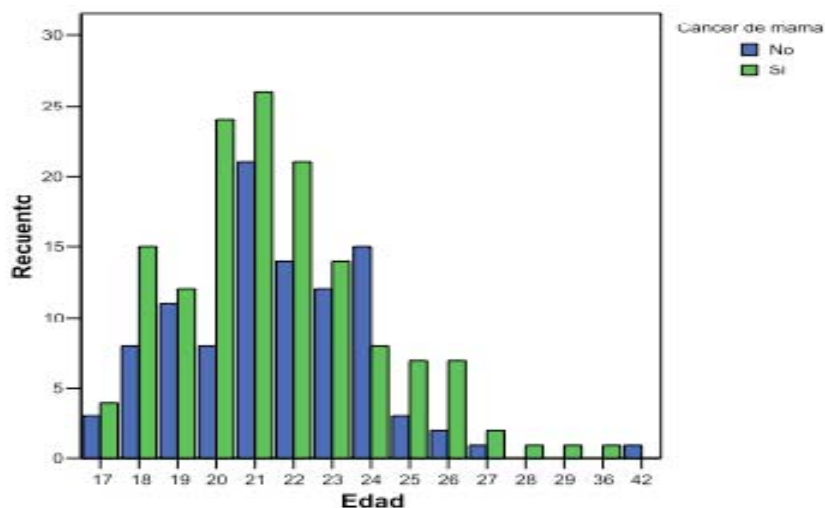


Figura 8. Edades de quienes señalaron el cáncer de mama como la principal causa de muerte en Venezuela.

El cáncer de cuello uterino fue la segunda opción seleccionada en esta pregunta, al ser seleccionada 106 veces. En la figura nueve se exponen los resultados.

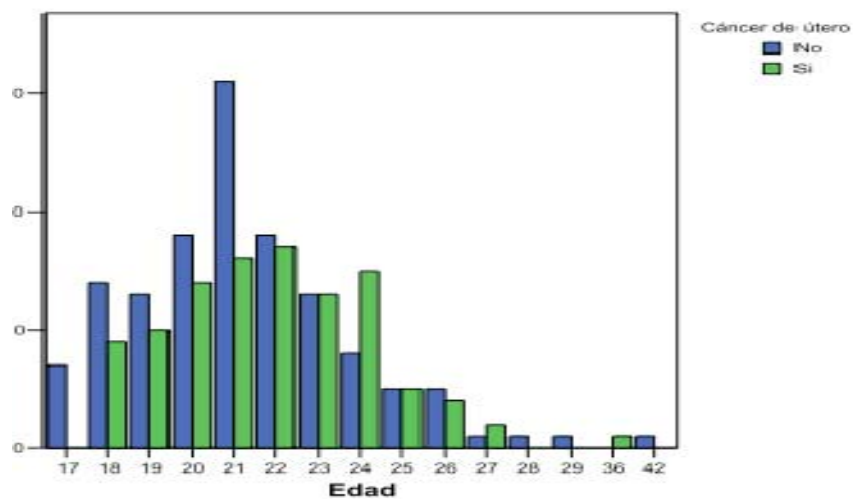


Figura 9. Edades de quienes señalaron el cáncer de cuello uterino como la principal causa de muerte en Venezuela.

Las tumoraciones cancerígenas que se desarrollan en el pulmón fueron seleccionadas por el grupo de 21 años principalmente, como la primera causa de mor-

talidad en las mujeres venezolanas, en la figura 10 se muestran los resultados por edades.

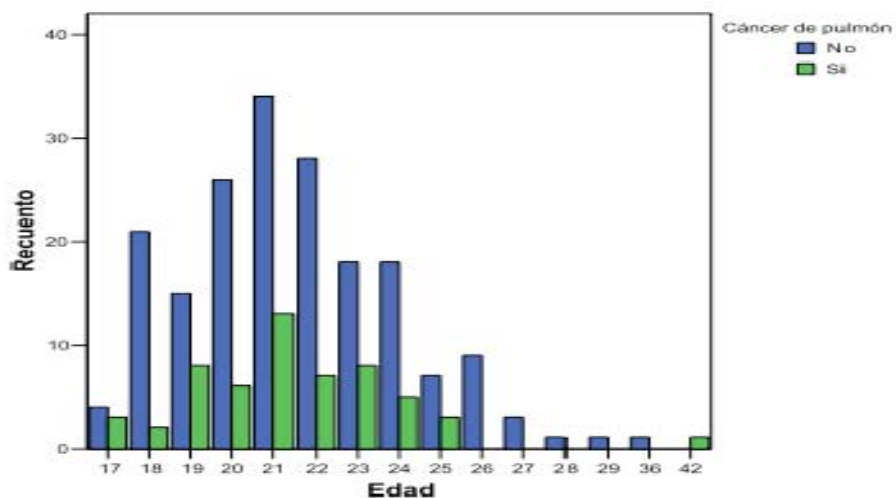


Figura 10. Edades de quienes señalaron el cáncer de pulmón como la principal causa de muerte en Venezuela.

El cáncer de piel fue señalado 18 veces como la fuente primaria de decesos de la población femenina del territorio. En la figura 11 se pueden apreciar las edades de las encuestadas que identificaron el problema con esta opción.

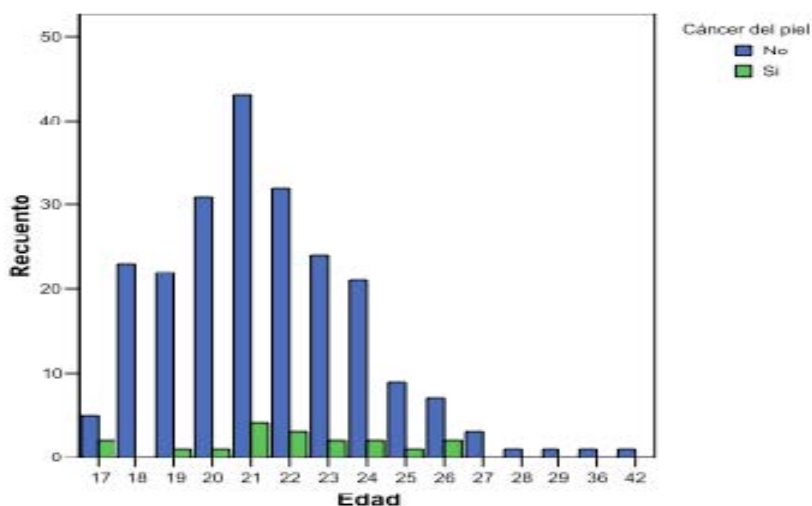


Figura 11. Edades de quienes señalaron el cáncer de piel como la principal causa de muerte en Venezuela.

5.2.17 Relación de la edad con el conocimiento de medidas para prevenir el cáncer de cuello uterino.

Para determinar si la edad de la muestra seleccionada influye o no en el conocimiento que manifiesten las mismas en cuanto a las medidas para prevenir la aparición de lesiones cancerígenas en el cuello uterino, se combinaron ambas variables en una tabla.

Cabe resaltar que únicamente el 33,8% indicó en el instrumento que sí conoce como prevenir esta enfermedad. Los resultados se muestran en la tabla 10.

Tabla 10. *Edades de las Mujeres que Afirmaron Conocer Como Prevenir el Cáncer de Cuello Uterino.*

		Conoce cómo se puede prevenir el cáncer de cuello uterino		Total
		No	Si	
Edad	17	7	0	7
	18	19	4	23
	19	13	10	23
	20	23	9	32
	21	32	15	47
	22	27	8	35
	23	14	12	26
	24	12	11	23
	25	6	4	10
	26	5	4	9
	27	1	2	3
	28	0	1	1
	29	1	0	1
	36	0	1	1
	42	0	1	1
Total		160	82	242

5.2.18 Relación entre la edad y la regularidad con la que acuden a la consulta médica.

Para la investigación también se contrastaron la edad y la pregunta 7, o la regularidad con la que acudían al médico, 65,57% señaló visitar el consultorio médico periódicamente. En la figura 12 se pueden encontrar los resultados.

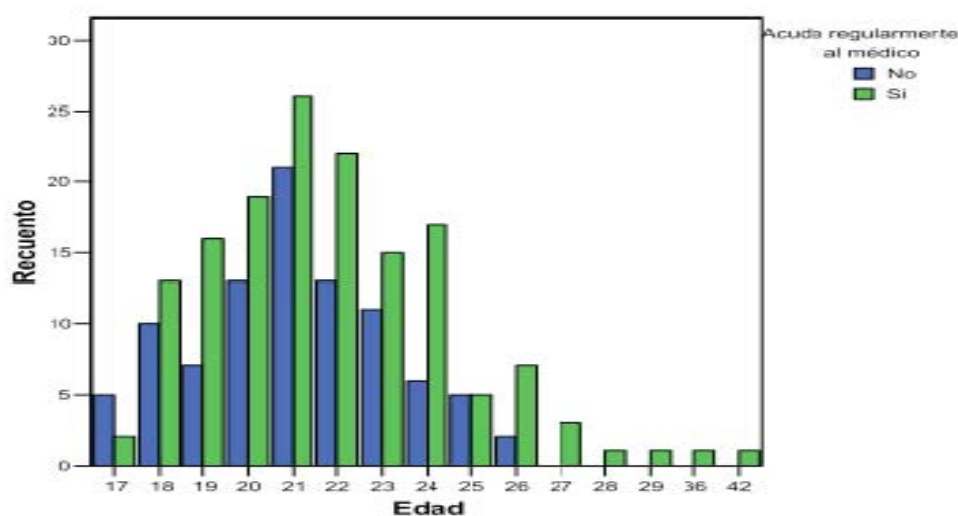


Figura 12. Frecuencia por edad de las mujeres que asisten regularmente al médico.

De responder afirmativamente se le mostraban cuatro opciones de respuesta para que indicaran la frecuencia con la que visitan el consultorio médico. En la figura 13 se observan las frecuencias de las respuestas aportadas y la edad de quienes seleccionaron las mismas.

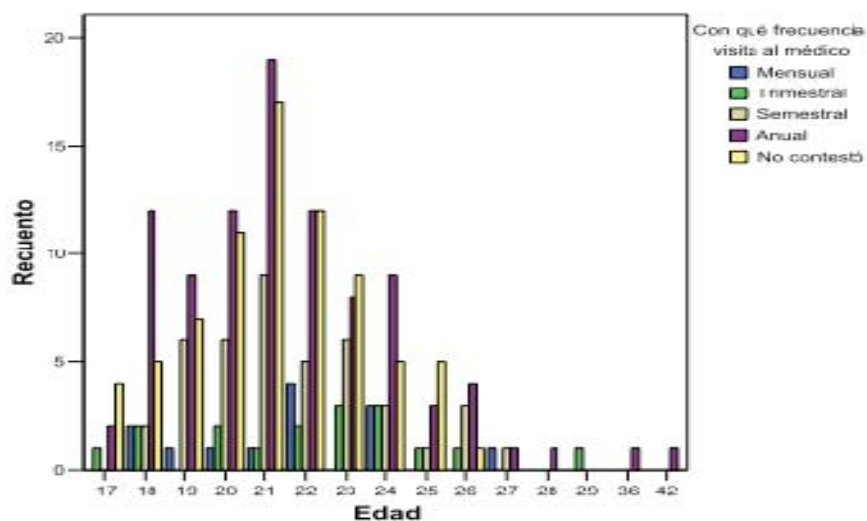


Figura 13. Regularidad con la que acuden al médico de acuerdo a la edad.

5.2.19 Relación entre la edad y el conocimiento del VPH.

Tal como se indicó anteriormente, el 74,2% de la muestra señaló conocer que es el Virus del Papiloma Humano o VPH, en la figura 14 se muestra la relación de esta con la edad.

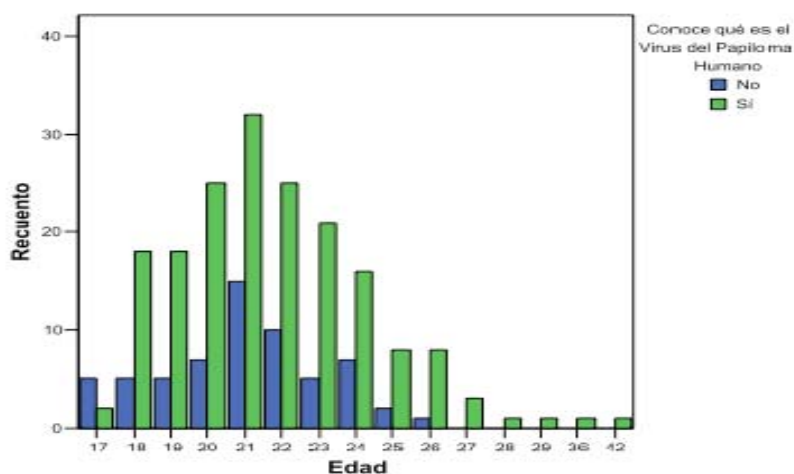


Figura 14. Conocimiento del VPH de acuerdo a la edad

En la pregunta 14, las encuestadas señalaron cómo se detecta el VPH, las opciones a escoger eran tres: mediante un análisis de sangre, un examen ginecológico o un examen general. Dos sujetos dejaron esta pregunta en blanco.

A continuación se muestran las tablas donde se indican los resultados con la edad correspondiente de la muestra.

Tabla 11. *Relación Ente Edad y Análisis de Sangre Como Método Para Detectar el VPH.*

		Análisis de sangre		Total
		No	Si	
Edad	17	5	2	7
	18	13	10	23
	19	8	15	23
	20	12	20	32
	21	23	24	47
	22	17	18	35
	23	15	11	26
	24	11	12	23
	25	4	6	10
	26	5	4	9
	27	2	1	3
	28	1	0	1
	29	1	0	1
	36	0	1	1
	42	1	0	1
Total		118	124	242

En la tabla 12 se muestra la relación entre la edad de las encuestadas con la frecuencia con la que seleccionaron el examen ginecológico como el método a través del cual es posible la detección de Virus del Papiloma Humano o VPH.

Tabla 12. *Relación Ente Edad y el Examen Ginecológico Como Método Para Detectar el VPH.*

		Examen ginecológico		Total
		No	Si	
Edad	17	5	2	7
	18	15	8	23
	19	10	13	23
	20	14	18	32
	21	22	25	47
	22	15	20	35
	23	11	15	26
	24	9	14	23
	25	3	7	10
	26	2	7	9
	27	1	2	3
	28	0	1	1
	29	0	1	1
	36	0	1	1
	42	0	1	1
Total		107	135	242

Se presentó la opción de seleccionar un examen general, o chequeo médico como instrumento para verificar la presencia del Virus del Papiloma Humano. En la tabla 13 se muestran los resultados obtenidos en relación a la edad.

Tabla 13. *Relación Ente Edad y el Examen General Como Método Para Detectar el VPH.*

		Examen general		Total
		No	Si	
Edad	17	3	4	7
	18	15	8	23
	19	18	5	23
	20	21	11	32
	21	39	8	47
	22	25	10	35
	23	15	11	26
	24	14	9	23
	25	7	3	10
	26	8	1	9
	27	2	1	3
	28	1	0	1
	29	1	0	1
	36	1	0	1
	42	1	0	1
Total		171	71	242

5.2.20. *Relación entre carreras y conocimiento del cáncer de cuello uterino.*

La muestra estudiada pertenece a las escuelas de Ingeniería y Administración de la Universidad Católica en su sede principal, como se indicó en la tabla 4, el 31,6% cursan carreras de administración, un 34, 8% de ingeniería y el porcentaje restante no respondió esta pregunta. En la figura 15 se muestran los resultados al cruzar esta información con el conocer o no el cáncer de cuello uterino.

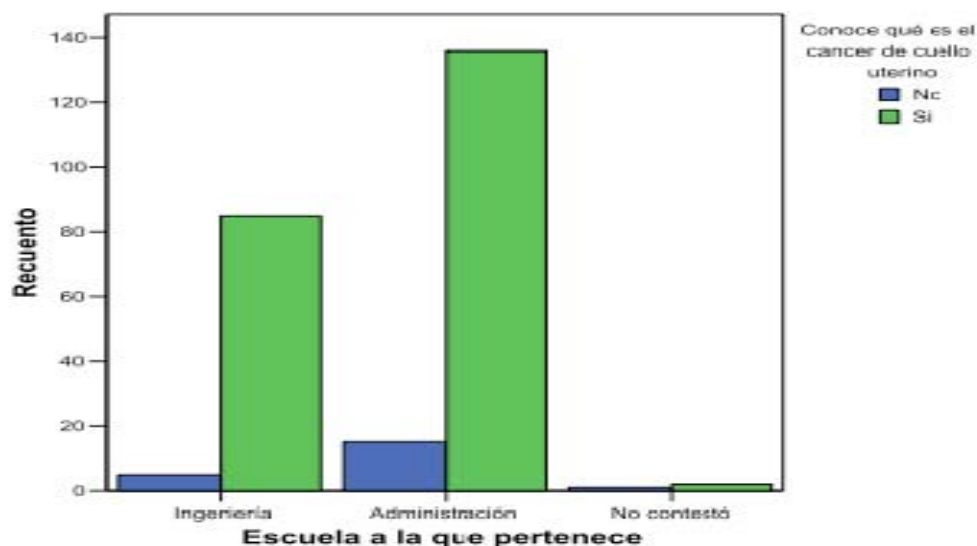


Figura 15. Conocimiento del cáncer de cuello uterino por escuelas.

5.2.21 Conocimiento de la primera causa de muerte en las mujeres de Venezuela por escuela.

Al indicar la principal causa de muerte de las mujeres venezolanas, un 56,6% de las estudiantes de Ingeniería señalaron el cáncer de mama, en Administración el porcentaje obtenido por esta respuesta fue de 60,2%. En la tabla 14 se muestran los resultados.

Tabla 14. Frecuencia de Selección del Cáncer de Mama como Principal Causa de Muerte en las Mujeres Venezolanas por Escuelas.

		Cáncer de mama		Total
		No	Si	
Escuela a la que pertenece	Ingeniería	39	51	90
	Administración	60	91	151
	No contestó	0	3	3
Total		99	145	244

Respecto al Cáncer de cuello uterino, 44,4% de las estudiantes pertenecientes a la Escuela de Ingeniería señaló a este tipo de anomalía como respuesta, con un porcentaje muy cercano, las encuestas de la Escuela de Administración seleccionaron este cáncer en un 43,7%. Los resultados se exponen en la tabla 15.

Tabla 15. Frecuencia de Selección del Cáncer de cuello uterino como Principal Causa de Muerte en las Mujeres Venezolanas por Escuelas.

		Cáncer de cuello uterino		Total
		No	Si	
Escuela a la que pertenece	Ingeniería	50	40	90
	Administración	85	66	151
	No contestó	3	0	3
Total		138	106	244

Al seleccionar el cáncer de pulmón como respuesta, las encuestadas que estudian Ingeniería conformaron un 23,3% y las de Administración mostraron un porcentaje similar de 23,1%. En la tabla 16 se presentan los resultados correspondientes.

Tabla 16. Frecuencia de Selección del Cáncer de pulmón como Principal Causa de Muerte en las Mujeres Venezolanas por Escuelas.

		Cáncer de pulmón		Total
		No	Si	
Escuela a la que pertenece	Ingeniería	69	21	90
	Administración	116	35	151
	No contestó	3	0	3
Total		188	56	244

El cáncer de piel como principal causa de muerte en las venezolanas obtuvo los siguientes porcentajes, de Ingeniería el 4,4% y Administración un 9,2%. En la tabla 17 se pueden encontrar las frecuencias.

Tabla 17. Frecuencia de Selección del Cáncer de Piel como Principal Causa de Muerte en las Mujeres Venezolanas por Escuelas.

		Cáncer del piel		Total
		No	Si	
Escuela a la que pertenece	Ingeniería	86	4	90
	Administración	137	14	151
	No contestó	3	0	3
Total		226	18	244

5.2.22 Conocimiento de métodos para prevenir el cáncer de cuello uterino por carreras.

Se cruzaron las respuestas de las escuelas con el conocimiento de métodos para prevenir las lesiones cancerígenas en el cuello uterino, los resultados se muestran en la figura 15.

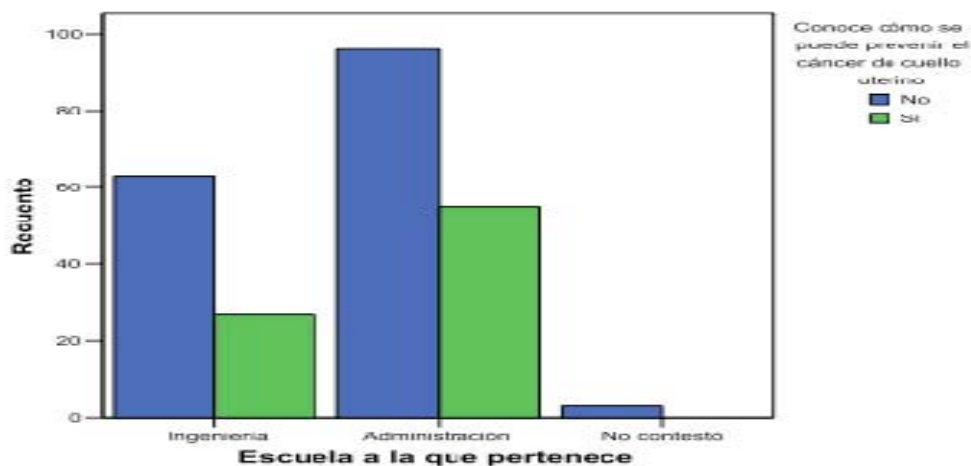


Figura 15. Relación por escuela del conocimiento de métodos para prevenir el cáncer de cuello uterino.

5.2.23 Relación entre el estado civil y el conocimiento del cáncer de cuello uterino.

Como se indicó al principio, en cuanto al estado civil de las encuestadas el 91,4% respondió estar soltera, 4,1% están casadas, un 1,6% manifestó haberse divorciado y el 2,9% restante no respondió esta pregunta. La variable de el estado civil se contrastó con el conocimiento del cáncer uterino, en la tabla 18 se muestran las frecuencias.

Tabla 18. Relación Entre el Estado Civil y el Conocimiento del Cáncer de Cuello Uterino.

		Conoce qué es el cáncer de cuello uterino		Total
		No	Si	
Estado Civil	Soltera	21	202	223
	Casada	0	10	10
	Divorciada	0	4	4
	No contestó	0	7	7
Total		21	223	244

Como se puede observar, de las solteras, el 90,5% señaló conocer que es este tipo de cáncer, en los otros grupos esta afirmación obtuvo un 100%.

VI. Discusión de resultados.

Con los resultados obtenidos tras la aplicación del instrumento 1 se buscó conocer la percepción de los médicos especialistas en lo referente a el cáncer de cuello uterino así como del VPH como ente propagador de este tipo de malformación.

Los especialistas estuvieron de acuerdo en que este tipo de cáncer es una enfermedad multifactorial pero que en la mayoría de los casos hay presencia del Virus del Papiloma Humano en las pacientes, también mencionaron que en líneas generales, las tumoraciones cancerígenas en esta región del cuerpo presentan una evolución lenta.

Este punto de vista es sostenido por la mayoría de las teorías actuales concernientes al tema, aunque no se conoce con exactitud como ciertas cepas de este virus logran modificar las células cervicales a tal punto que se origine el cáncer, es un hecho seguro su incidencia.

La mayoría de los galenos entrevistados indicó que en Venezuela, o no existen las campañas preventivas necesarias o estas no manejaban un mensaje lo suficientemente fuerte, también se contempló la posibilidad de una falla en el medio seleccionado para comunicar el mensaje.

Indicaron que en las mujeres en los niveles socioeconómicos más bajos hay un mayor índice de personas afectadas por el VPH y el cáncer cervical, este factor es atribuido a una mayor presencia de la promiscuidad, información que no llega a estos sectores, desconfianza en los servicios de salud pública, como se presentó en el estudio realizado por Miranda y Valenzuela (2001)

Al preguntarles sobre las edades en las cuales las mujeres están más propensas a desarrollar esta malformación, hubo fallas en cuando a la limitación indicada por los ginecólogos, por indicarlos muy amplios, al decir que desde los 20 a los 60 se tienen mayores probabilidades abarca casi toda la vida de las féminas, por lo que no se puede concluir que la edad es determinante.

El tener más de un hijo es otro de los factores que se considera influye en el desarrollo de las alteraciones celulares debido a que incrementa cierta susceptibilidad en el tejido de esta zona. De las mujeres encuestadas el 96,3% aseguró no tener hijos y las que tienen son primiparas.

Partiendo de las respuestas obtenidas en las entrevistas, las charlas y la información directa al público serían las actividades más propicias, de acuerdo a los doctores, para impartir mensajes de educación sexual y bienestar social. También se mencionaron los medios tradicionales de comunicación masiva como idóneos para la transmisión de los mensajes en pro de la prevención.

El uso de estos medios permitiría un mayor acercamiento entre el público y el mensaje, en un comercial de televisión no hay tiempo suficiente para indicarle al televidente información completa sobre la enfermedad a diferencia de un foro o una charla.

Con los resultados obtenidos a través de las encuestas se puede llegar a las siguientes conclusiones sobre la investigación:

Un total de 91,4% expresó conocer que era el cáncer de cuello uterino, por ende este porcentaje debería conocer también: a quienes afecta, algunos métodos preventivos, que es el Virus del Papiloma Humano y cómo se detecta por ser estos los elementos clave asociados a la enfermedad y así se podrá inferir que conoce de que trata y no que se respondió por asociación, es decir, que saben que es el cáncer en general asocian el término con la zona del cuerpo afectada.

Al analizar con la correlación de Pearson los datos de la pregunta “¿Conoce qué es el cáncer de cuello uterino?” con “¿Conoce como se puede prevenir el cáncer de cuello uterino?” se obtuvo un valor de 0,18 lo que indica que no hay una fuerte relación entre las variables, la selección de una no incidió de una manera significativa sobre la otra sino en algunos casos.

Para conocer la relación entre el conocimiento de este cáncer con la identificación del principal grupo afectado de acuerdo a su edad, la correlación más fuerte fue la de quienes indicaron no conocer a que edad las mujeres están más propensas a desarrollar cáncer de cérvix.

En orden decreciente, las respuestas que señalaban a las jóvenes y a las adultas con una diferencia mínima, la relación entre conocer que es el cáncer de cuello uterino y las jóvenes como las principales afectadas tiene una correlación de 0,289 y 0,280 entre quienes seleccionaron la opción de mujeres adultas.

Al cruzar las tablas de datos entre conocer el cáncer ginecológico objeto de estudio de esta investigación con el conocimiento del VPH se obtuvo una correlación de 0,38, la cual es moderada, es decir, no hay un vínculo muy fuerte entre ellas, la mayor o menor respuesta de una no implica la selección de la otra.

Un 0,25 fue la relación encontrada entre conocer del cáncer cervical y si el VPH tiene algún impacto en la formación de este. Esto implica que de las personas que conocen que es el VPH no muchos saben la relación entre estas.

Bajo el criterio de la correlación de Pearson resalta que tanto los grupos que afirman conocer la enfermedad, como los que dijeron que no están interesados en obtener información sobre este cáncer.

Al considerar la escuela de la que provienen, se puede observar que en ambas escuelas estudiadas, es mayor el porcentaje de quienes afirman conocer este

cáncer y no depende de la carrera que cursen. Esto se puede deber a que no han recibido información en las aulas de clase sino que esta es de fuentes externas, al relacionar la información recibida en la universidad con escuelas el índice es de 0,08, el cual es muy bajo.

La principal causa de muerte de la población femenina en Venezuela señalada por las encuestadas es el cáncer de mama a pesar de que en realidad esta es la segunda, lo que indica que hay desconocimiento sobre la frecuencia de casos que se presentan en el país.

Al preguntarles si conocían métodos para prevenir el cáncer cervical, el 66,4% señaló no saber, por lo que sería necesario suministrarles información al respecto, un 49,6% no conoce la relación entre el VPH y el cáncer de cuello uterino, estas cifras se consideran altas por lo que necesitan información al respecto.

Se intentó conocer sus hábitos de salud en general al preguntarles si asistían con regularidad a hacerse el chequeo médico a lo que un 94% respondió que no, se puede inferir que acuden en caso de dolor o emergencia y no por chequeo.

A pesar que en el alma mater se realizó un foro y apareció información en El Ucabista, un 57% dijo desconocer de estos eventos, se puede inferir que no fueron comunicados lo suficiente o que no fue presentada de manera llamativa.

Hay aceptación por recibir información referente a esta malformación como lo expresó el 91,8%, la mayoría de ellos esta dispuesto a asistir a actividades. Al haber la predisposición a recibir información y asistir a eventos, el mensaje que se emita es para motivarlos más y no a hacerlos cambiar de actitud al respecto.

VII. DISEÑO DE LA ESTRATEGIA DE COMUNICACIÓN.

7.1. *Antecedentes.*

Se realizó un estudio a una muestra de la población femenina de la Universidad Católica Andrés Bello para determinar los conocimientos de este grupo sobre el cáncer de cuello uterino, la mayoría de las encuestadas afirmó conocer que era esta enfermedad, sin embargo sólo un 35% dijo conocer medidas para prevenirla.

Sólo un pequeño porcentaje admitió no estar interesado en obtener información. Las mujeres que si manifestaron interés por obtener información recomendaron en un 63% la implementación de foros, charlas o asambleas, otros medios sugeridos por la muestra son: folletos, trípticos, afiches, información por internet y jornadas médicas entre otros.

7.2. *Objetivo de la Comunicación.*

Dar a conocer información sobre el cáncer de cuello uterino a través de una campaña en la que resalten elementos agradables relacionados a la infancia para contrarrestar así uno de los principales problemas relativos al cáncer en general que es la actitud negativa asociada a la enfermedad.

La población estudiada se puede dividir en tres grupos de acuerdo a la información que manejan: **Considerable**: aseguran conocer que es el cáncer de cuello uterino, conocer medidas preventivas y están al tanto de que es el VPH y la relación del mismo con esta anomalía celular.

Baja: en su mayoría conocen que es el cáncer de cérvix pero no conocen medidas preventivas, no conocen que es el VPH o no saben cómo evitarlo. Y **Errónea:** Aquellas que aseguran conocer que es el cáncer de cuello uterino así como medidas preventivas pero las que señalan son incorrectas. Con esta campaña se espera incrementar estos niveles de conocimiento respecto a este tipo de malformación, en el caso de los que manejan una información considerable se espera aumentar y refrescar la misma.

Fin: Motivar por medio de una campaña a la población femenina Ucabista, a poner en acción los elementos para prevenir esta afección y que adquieran mayor información al respecto.

7.3 Público Objetivo.

La campaña estará dirigida al público femenino universitario perteneciente a la Universidad Católica Andrés Bello, con edades comprendidas entre los 18 y los 25 años.

7.4. Público Secundario.

Mujeres de otras edades que estén expuestas al mensaje.

7.5 Características del Público Objetivo.

Las características a tomar en cuenta del público objetivo son las siguientes:

- Presentan heterogeneidad en sus características psicográficas.

- Algunas trabajan y estudian a la vez, pero en su mayoría dependen de sus padres.
- Tienen distintos estilos de vida dentro y fuera del ámbito universitario.
- Disfrutan la inmediatez sin preocuparse mucho por el futuro.
- Evitan información que les genere estrés.
- Utiliza Base Estratégica n distintos medios para ir a la universidad.
- Están expuestas a distintos medios de acuerdo a sus tendencias musicales y de entretenimiento.

7.6. Base Estratégica.

Se desea incrementar el conocimiento del cáncer de cuello uterino en el target, a través de la divulgación de información de esta afección reduciendo la reacción negativa hacia este tipo de información.

De esta forma se espera que el público objetivo reciba positivamente el mensaje y se sienta motivado a adquirir más información y a implementar medidas preventivas.

La estrategia consiste en elaborar material informativo e interactivo.

7.7. Tácticas.

Brindar información concerniente a esta afección utilizando para ello afiches, folletos, convocar a foros en los cuales se ampliará el contenido impartido por los medios impresos y se responderán las preguntas que surjan el los presentes.

Diseñar los elementos publicitarios que permitan dar a conocer información referente a este tipo de cáncer apoyándonos en el concepto: “El cáncer de cuello uterino no es un juego... Pero si lo fuese tendrías todas las de ganar.”

Se utilizarán diversos elementos de la estrategia para acercarse al público objetivo. En las comunicaciones que se realizan se recomendará a las mujeres la consulta ginecológica.

Las tácticas se pueden organizar por fases de la siguiente forma:

7.7.1. Fase de Intriga.

Se colocarán afiches con la frase: “No es tan rudo como piensas, prepárate para jugar con el...”. En el afiche se mostrará una silueta perteneciente al personaje diseñado. Esta etapa tendrá una duración de dos semanas para que las estudiantes de ambos turnos tengan la oportunidad de estar expuestas al mensaje.

7.7.2. Fase de acercamiento.

Serán removidos los afiches de intriga y se exhibirán los distintivos de la campaña. Se colocarán dummies en los espacios de la universidad, por ejemplo, detrás de los árboles y en las entradas al alma mater. También se entregarán los folletos diseñados.

Para involucrar al target con la campaña, se plantea ubicar en la feria un stand en el que las personas puedan colaborar con mil bolívares y a cambio recibirán una calcomanía, la cual es un sticker con la silueta del personaje de aproximadamente 5x5 cm. la cual podrán pegar en la pared y escribir lo que quieran en ella. Los fondos recogidos estarán destinados a la Clínica de Prevención del Cáncer de Caracas.

7.7.3. Fase informativa.

Realizarán foros en horas cercanas al mediodía para que puedan asistir estudiantes de ambos turnos. Los mismos se realizarán en el auditorio Hermano Lanz ubicado PB del edificio de biblioteca de la UCAB.

El foro será anunciado 2 semanas antes del mismo. Se entregarán volantes con la información de fecha, hora y temas. Se contactarán varios especialistas para que preparen material bajo ciertas consideraciones relativas a la campaña como resaltar lo fácil que es prevenirlo.

Se continuarán entregando folletos.

En el portal web de la UCAB se colocará información de estos foros y se enviará por COMES a los estudiantes. Se contactará a El Ucabista para reportaje.

7.8. Concepto de la campaña.

“El cáncer de cuello uterino no es un juego...Pero si lo fuese tendrías todas las de ganar.”

7. 9 Tono de la Comunicación.

- Cercana
- Confiable
- Divertida
- Amigable

7.10. Piezas.

7.10.1. Afiches:

Todos llevan el Copy con el slogan de la campaña y las imágenes que se describen a continuación.

7.10.1.1. Versión: Uno cards.

Toma subjetiva de unas manos sujetando unas cartas de Uno, se muestran 2 draw 4, 1 skip, 1 reverse. Al frente está el personaje del cáncer quien se muestra seguro de ganar.

7.10.1.2. Versión: Gallinita ciega.

Se muestra al personaje del cáncer en plano general, con los ojos vendados y brazos estirados intentando alcanzar a una joven que se encuentra parada mirando al personaje, luce aburrida mientras lee una revista.

7.10.1.3 Versión: Piedra, papel o tijera.

Plano medio de una joven y “el cáncer de cuello uterino” jugando piedra papel o tijeras, se muestra que la chica gana y en el fondo se muestra la cuenta de 20 a 0 en palitos.

7.10.1.4 Versión: Coco

Se muestra un plano general del personaje intentando asustar a una joven con el siguiente copy :”sí ya no le tienes miedo al coco, mucho menos deberías temerle al cáncer de cuello uterino” seguido del slogan en la parte inferior.

7.10.2. Dummies.

- Se colocarán Dummies “escondidos” detrás de los árboles y en la feria (detrás de algunas columnas)
- Se harán piñatas con la forma del personaje y se colocarán en la feria en horas pico.
- En la entrada para quienes ingresan por carro se colocará el personaje sobre el tubo y el siguiente copy “a la víbora de la mar, por aquí podrá pasar...”. Se aplicará la misma táctica en la entrada peatonal de Antimano.

7.10.3. Folletos.

Se entregaran folletos con información sobre el cáncer de cuello uterino y el VPH, la relación entre ambas enfermedades y cómo prevenirlas. Cada una de estas se ubicara en una columna del tríptico. En el diseño de estos se utilizará una an personaje en la portada con el siguiente copy: “El cáncer de cuello uterino no es un juego, pero si lo fuese, aquí te enseñamos como ganar”

7.10.4 Volantes.

Estos serán diseñados simulando un mapa del tesoro antiguo en tonos naranja. En estos impresos se mostrará información básica como la hora de los foros y el lugar, asi como el nombre de los ponentes.

7.10.5 Foro.

- Se organizará un foro con especialistas que hablen del cáncer de cuello uterino y el VPH mostrando de manera sencilla medidas preventivas de ambos y que resalten la importancia del chequeo ginecológico anual.

- Para seguir el concepto de la campaña en la invitación al foro se diseñará un afiche y un modelo de volante que simule un mapa de tesoro para indicar la dirección del mismo. Estos se colocarán con dos semanas de anticipación.

7.11 Responsables de la campaña

Esta campaña se puede llevar a cabo solicitando apoyo financiero a instituciones interesadas como laboratorios farmacéuticos, Sociedad Anticancerosa de Venezuela, Empresas de cosméticos o productos para mujeres. El apoyo económico puede venir también de agencias de publicidad que colaboren con la impresión del material divulgativo o de los dummies.

La coordinación de la campaña estará encargada de buscar voluntarios para colocar los afiches, servir de protocolo en el foro y como entes propagativos de la iniciativa.

Habrà la figura del coordinador general quien se encargará de supervisar las labores de los voluntarios así como coordinar con los médicos la disponibilidad de los mismos para distar los foros y también de informar a la prensa el cronograma, las actividades de la campaña y la importancia de la misma. Se sugiere que esta persona sirva de moderador o moderadora en el foro.

Se contará con una persona encargada del diseño gráfico de los afiches y dummies. Se buscarán voluntarios para atender el stand, colocar y remover los afiches así como de la logística en los foros y coordinar la fila en el ciclo de preguntas y respuestas.

Entre los voluntarios también servirán de voceros o agentes propagadores de información en su grupo de socialización. La figura de un tesorero que administre los gastos estará presente en la organización de la campaña.

7.12. Duración

Se propone que dure 16 semanas en la campaña de intriga y la publicación de una reseña en El Ucabista.

7.13. Presupuesto.

El régimen cambiario vigente en el país en la actualidad permite a las imprentas calcular su presupuesto en gastos estimados de producción por existir un precio estándar de la divisa registrado en 2.150 bolívares por cada dólar americano, sin embargo, como en algunos casos resulta un inconveniente obtener divisas oficiales estas empresas advierten que los precios varían rápidamente por lo que sugieren solicitar los costos al momento de imprimir y no con anticipación.

Se emplearían 500 afiches, 1000 trípticos, mil volantes, 7000, y 10 dummies, de acuerdo a los presupuestos obtenidos el total oscilaría entre los 5 millones y medio de bolívares.

VIII. CONCLUSIONES

Mediante esta investigación se buscó conocer los elementos necesarios para poder motivar a las mujeres con edades comprendidas entre los 18 y los 25 años a tomar medidas preventivas respecto a esta enfermedad. Para ello se consultaron especialistas para que recomendaran cuales son los mensajes clave a transmitir en base a su experiencia pero también se aplicó un instrumento a la muestra para conocer las fallas de comunicación que existen al respecto.

Se encontró que hay desconocimiento de la enfermedad en la muestra estudiada, señalaron conocer que era la enfermedad, sin embargo no muchas conocían como se puede prevenir o la relación de esta con el VPH.

Queda claro que, el principal problema es de educación y no de fallas en la detección, pues a diferencia de otros tipos de cáncer este puede ser detectado en cuanto se presenten los primeros cambios en la estructura celular, se puede inferir que el problema está en reducir el miedo y otras barreras que limiten a las mujeres a acudir con regularidad al ginecólogo resaltando el mensaje de la prevención como herramienta clave.

Para solventar estas fallas se diseñó una estrategia para ser aplicada en las instalaciones de la Universidad Católica Andrés Bello la cual se basa en utilizar elementos clave de los juegos de la infancia en los cuales se presenta al cáncer como un personaje que no da miedo y con aspecto torpe para bajar de cierto modo la barrera que conduce al rechazo inmediato con elementos relacionados a esta enfermedad.

Se utilizaron colores, que de acuerdo a la Psicología son asociados con optimismo como son la mezcla de naranja, azul verde y naranja. La estrategia incluye foros, los cuales son el punto fuerte en cuanto a comunicación pues, permite impartir mayor información respaldada de la figura de especialistas.

Con el enfoque hacia los elementos de la infancia y los juegos, a parte buscar el acercamiento con el público meta, se busca que la campaña sea recordada por estos elementos y que las personas expuestas comenten la misma.

Esta campaña se diseñó para un período de tiempo mediano o corto para evitar la saturación por sobre exposición a los elementos de la misma. Pero que no sea prolongado no quiere decir que no sea efectivo, las actividades fueron planeadas para ser vistas por alumnas de ambos turnos y que ingresen por distintos accesos a la universidad para que no se pierda el propósito por escoger el medio inadecuado.

Se espera a la vez que las personas expuestas al mensaje de la estrategia, funcionen como entes repetidores del mismo en su grupo de socialización dentro y fuera del recinto universitario.

IX. RECOMENDACIONES

Concretar con anticipación la fecha del foro concretando fecha y hora con los especialistas así como recordarles antes la fecha de nuevo debido a lo imprevisible que pueden resultar sus horarios de trabajo, También se debe asegurar que la fecha no coincida o esté cercana a los puentes por festividades o a los exámenes parciales.,

En cuanto al foro, también es recomendable pedir a cada ponente que prepare material para dos temas, de esta manera, en caso que falte algún exponente no quedará el contenido sin tratar.

Para dar mayor cobertura a la campaña se pueden invitar a medios de comunicación social o enviarles información de lo que se está haciendo y el cronograma de las actividades.

Se puede buscar patrocinio con empresas farmacéuticas o productos de cuidado personal destinados al público femenino,

IX. BIBLIOGRAFÍA

Fuentes Bibliográficas

Blum, H. (1959) Carciogenesis by ultraviolet light. Princeton University, Ney Jersey.

Burguillos, L. (2002) Propuesta de una campaña para la prevención del Virus del Papiloma Humano (VPH) dirigida a jóvenes. Trabajo de Grado de Licenciatura no publicado, Universidad Central de Venezuela. Caracas, Venezuela.

Baron , R. , Byrne, D. (1998) Psicología Social (8va edición) Madrid :Prentice Hall

Cáncer. Enfoque psicológico, (1978) Editorial Galeriva, Buenos Aires.

Capote L. Epidemiología del cáncer de cuello uterino en Venezuela. Monografía no publicada, Sociedad Anticancerosa de Venezuela, Caracas, Venezuela.

Cardenal ,L (1993) Diccionario Terminológico de ciencias médicas.Enciclopedia Salvat.Barcelona

Coronel, A, Domínguez, E. Parra, V. (2003) Programa de información sobre medidas preventivas del cáncer cérvico uterino en su primer y segundo nivel de prevención, dirigido a usuarias que asisten a la consulta de atención integral de la mujer del ambulatorio urbano tipo II Bucaral Valencia, Estado Carabobo. Trabajo de Grado de Licenciatura no publicado, Universidad Central de Venezuela. Caracas, Venezuela.

Darmont, J., Marco, S. Valor y Cáncer: Un estudio comparativo entre pacientes diagnosticados por primera vez, pacientes con cáncer recurrente y pacientes en remisión. Tesis de Grado (1991)

Departamento de Educación de la Sociedad Anticancerosa .Virus de Papiloma humano (V.P.H.) y el Cáncer. Folleto Informativo

Departamento de Salud y Recursos humanos del Instituto nacional del cáncer el Estados Unidos (s.f) Making health communication programs work.

Día nacional de la prevención del cáncer de cuello uterino 26 de marzo 1993 (1993). Monografía no publicada, Sociedad Anticancerosa de Venezuela, Caracas, Venezuela.

Fernández, Y. Tíbola, Y. García, Y. (1996) Mujer y Cáncer: aproximación al estudio de la representación social del cáncer en mujeres con cáncer de cuello uterino. Trabajo de Grado de Licenciatura no publicado, Universidad Central de Venezuela. Caracas, Venezuela.

González L. (s.f.) Actualizaciones sobre el diagnóstico y tratamiento del papiloma humano. Monografía no publicada, Sociedad Anticancerosa de Venezuela, Caracas, Venezuela.

Isla, V. (2002) El cáncer que no debe matar. Revista Agenda Salud, Chile. Isis Internacional. 25

Kotler, P .Roberto, E. (1993) Mercadotecnia social Editorial Diana México. 2da edición

Kotler, P, Armstrong G, (2003) Fundamentos de Marketing. Prentice Hall. México, 6ta edición.

Manual de procedimientos para el funcionamiento de los laboratorios de citología, adscritos al programa de control del cáncer de cuello uterino (1999). Monografía no publicada, Sociedad Anticancerosa de Venezuela, Caracas, Venezuela.

Mohammad Naghi, N, Santiago I (1993) Mercadotecnia Social. Edit. Limusa México

Ministerio de Sanidad y Asistencia Social(1997) Reunión de consenso sobre el manejo de lesiones intraepiteliales de cuello uterino

Márquez, O. Montilla I. (2001) Prevención primaria de infección por Virus del Papi-loma Humano (VPH): Un enfoque conductual.

Montilla T. La citología cervical. Importancia .Toma de muestra, Informe Citológico

Oberling C, (1961) El Cáncer. Argentina. Editorial Universitaria Buenos Aires

Prevención del cáncer cervical en las comunidades de escasos recursos. (2000) Revista Out Look vol.18

Sánchez ,P (2002). Cáncer de cérvix uterino .Monografía no publicada, Sociedad Anticancerosa de Venezuela, Caracas, Venezuela.

Reproducibilidad diagnostica del Papanicolaou en dos zonas de México: Necesi-dad de mecanismos de control de calidad. (1996)

Robles ,S. White, F. y Peruga ,A. (1996) Tendencias de la mortalidad por cáncer de cuello de útero en las América. Monografía no publicada, Sociedad Anticancerosa de Venezuela, Caracas, Venezuela.

Universidad Católica Andrés Bello(2006) Anuario estadístico 2005- 2006.

Vioque J. (1994) Distribución de la mortalidad por cáncer de cérvix en España (1991- 1986) Un estudio ecológico

Wilkinson (s.f.) La guerra contra el cáncer. Monteavila editores. Caracas.

Heller, E (2003) Psicología del color. Editorial Pili. Barcelona.

Fuentes Electrónicas:

Asociación Argentina de marketing, consultada el 19 de junio del 2007 de la World Wide Web:

<http://www.aam-ar.com/institucional/historia.asp>

Sociedad Anticancerosa de Venezuela, consultada en octubre del 2006 de la World Wide Web <http://www.sociedadanticancerosa.org>

Liga Argentina de la Lucha contra el Cáncer Consultada en Febrero del 2007 de la World Wide Web: <http://www.lalcec.org.ar>

National Cancer Institute Consultada en Octubre del 2006 de la World Wide Web :<http://www.cancer.gov>

Organización Panamericana de la Salud consultada en diciembre del 2006 de la World Wide Web: http://www.paho.org/default_spa.htm

Sociedad Canadiense del cáncer consultada en enero del 2007 de la World Wide Web http://www.bc.cancer.ca/ccs/internet/frontdoor/0%2C%2C3278_langId-en%2C00.html

Universidad Católica Andrés Bello .Consultada en mayo del 2007 de la World Wide Web www.ucab.edu.ve

Sitio web de la vacuna Gardasil de Merck, consultada el 17 de diciembre del 2006 de la la World Wide Web:
<http://www.gardasil.com/index.html>

Publicación médica PMFarma, artículo de Gardasil consultado de la la World Wide Web: <http://www.pmfarma.com/noticias/noticias/noti.asp?ref=7676>

Reseña Histórica de la UCAB, consultada el 7 de junio del 2007 de la la World Wide Web: <http://www.ucab.edu.ve/ucabnuevo/index.php?seccion=127>

Mipunto.com, artículo del 50 aniversario de la Universidad Católica Andrés Bello de la la World Wide Web:
http://www.mipunto.com/venezuelavirtual/temas/4to_trimestre03/ucab.html

Universia, artículo referente al arraigo universitario, consultada el 10 de febrero del 2007 de la la World Wide Web:
http://servicios.universia.edu.ve/redisenio/contenidos/especiales/arraigo_univ/detalle.php?id_content=9934

Influencia Ignaciana en la UCAB, consultada el 30 de junio del 2007 de la la World Wide Web: <http://www.ucab.edu.ve/prensa/ucabista/oct99/p19.htm>

La compañía de Jesús en México, consultada el 19 de marzo del 2007 de la World Wide Web: <http://www.sjmex.org/index.php?accion=1>

Sitio web de College board, artículo sobre la generación Y. Consultada en mayo del 2007 de la de la World Wide Web:
<http://oprla.collegeboard.com/ptorico/academia/diciembre03/conociendo.html>

Las 7 puertas del marketing social, consultada el 21 de julio de la World Wide Web:

[http://www.buildinitiative.org/communications/CommunicationsPlanning/sevendoor
s.htm](http://www.buildinitiative.org/communications/CommunicationsPlanning/sevendoor
s.htm)

Revista Producto, descripción de los jóvenes entre los 18 y los 24 años, consultado el 21 de julio del 2007 de de la World Wide Web:

<http://www.producto.com.ve/260/notas/portada4.html>

Revista Producto, edición de la generación Y y sus consumos, consultado de la World Wide web: <http://www.producto.com.ve/265/notas/portada.html>

Barreras psicológicas a la práctica del PAP, consultado el 15 de enero del 2007 de la World Wide web: <http://www.urucan.org.uy/uilayer/pccu/revchil75.pdf>

Academia Biomédica Digital VITAE, consultada en junio del 2007 de la World Wide web: <http://vitae.ucv.ve/>

El trabajo titulado Incidencia de Virus de Papiloma Humano cervical en el Hospital Universitario “Dr. Angel Larralde”. Consulta de colposcopia 2001- 2004, consultado en marzo del 2007 de la World Wide Web:

[http://caibco.ucv.ve/caibco/caibco/vitae/VitaeVeintidos/Congreso/ArchivosPDF/Cod
igo151.pdf](http://caibco.ucv.ve/caibco/caibco/vitae/VitaeVeintidos/Congreso/ArchivosPDF/Cod
igo151.pdf)

Sitio web de Datanalisis, reporte sobre descripción demográfica. Consultado en julio del 2007 de la World Wide Web:

<http://www.datanalisis.com/detalle.asp?id=9&plantilla=14>

ANEXO A

Instrumento 1. Entrevista semiestructurada para los especialistas.

INSTRUMENTO #1. Guía de entrevista semiestructurada

Unidad de Análisis: Expertos

Buenos días (tardes). A continuación pasaré a aplicarle una entrevista para conocer algunos aspectos sobre el cáncer de cuello uterino con el objetivo de identificar los principales elementos que deben ser comunicados para la incentivar la prevención de esta enfermedad. Esta entrevista es con fines académicos. **Muchas gracias por su colaboración.**

Nombre y Apellido

Profesión

Institución

- ☐ ¿Qué es el cáncer de cuello uterino?
- ☐ ¿Cuáles son las causas de esta enfermedad?
- ☐ ¿Cuál es la edad en la que las mujeres son más propensas a sufrir esta enfermedad?
- ☐ ¿Cuáles son los principales factores de riesgo?
- ☐ En su opinión y basado en su experiencia, ¿cuál es el sector socioeconómico más afectado por esta enfermedad? ¿Por qué?
- ☐ ¿Cree usted que en Venezuela existen suficientes campañas informativas acerca de este tipo de cáncer?
- ☐ Considera usted que existe un gran desconocimiento de esta enfermedad en la población femenina? ¿Por qué?
- ☐ ¿Qué es el VPH?
- ☐ ¿Cuáles considera son las edades en las que se está más propenso a adquirir este virus?
- ☐ ¿Cuáles medidas recomendaría para la prevención de el VPH?

- o ¿Por qué se considera el factor de riesgo que más relación tiene con el cáncer de cuello uterino?
- o ¿Qué elementos clave de ambas afecciones debe comunicarse a la población femenina a fin de incentivar su prevención?
- o En base a su experiencia, ¿cuál o cuáles son los medios de comunicación idóneos para comunicarse con el grupo femenino más afectado?
- o Qué recomendación final puede dar para el desarrollo de una estrategia de comunicación para incentivar la prevención del cáncer de cuello uterino en jóvenes con edades comprendidas entre 18 y 22 años.

Muchas gracias por su colaboración

ANEXO B

Instrumento 2. Encuesta a estudiantes de la UCAB.

Esta encuesta es realizada con fines meramente estadísticos. Las respuestas que seleccionen serán confidenciales. Se agradece responda de manera sincera. Gracias por su tiempo y su opinión.

Edad:___ Fecha de nacimiento_____ Lugar de Nacimiento_____

Estado Civil: Soltera___ Casada___ Divorciada___

Escuela a la que pertenece:_____ Carrera /Mención:_____

Año que cursa:_____ ¿Tiene hijos? SI___ ¿Cuántos? _____ NO___

o ¿CONOCE QUÉ ES EL CANCER DE CUELLO UTERINO?

Si___ No___

o ¿A QUIENES AFECTA ESTA ENFERMEDAD?

Niñas___ Jóvenes___ Adultas___ Ancianas___ No sabe___

o ¿CUÁL ES LA PRINCIPAL CAUSA DE MUERTE DE MUJERES EN VENEZUELA

Cáncer de mama___ Cáncer de cuello uterino___ Cáncer de Pulmón___

Cáncer de Piel___

o ¿CONOCE COMO SE PUEDE PREVENIR EL CANCER DE CUELLO UTERINO?

Si___ No___ Cómo_____

o ¿ALGÚN FAMILIAR HA PADECIDO ALGÚN TIPO DE CÁNCER?.

Si___ No___

TIPO DE CÁNCER_____.

FAMILIAR_____

o ¿EN SU FAMILIA CONOCEN QUE ES EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO?

Si___ No___

o ¿ACUDE REGULARMENTE AL MÉDICO?

Si___ No___

o ¿CON QUE FRECUENCIA?

Mensual___ Trimestral___ Semestral___ Anual___

o ¿EL CONSULTORIO ESTÁ UBICADO EN UNA INSTITUCIÓN PÚBLICA O PRIVADA?

Privada___ Pública___

o ¿ACUDE REGULARMENTE AL GINECÓLOGO?

Si___ No___

o ¿CON QUE FRECUENCIA?

Mensual___ Trimestral___ Semestral___ Anual___

- o ¿EL CONSULTORIO ESTÁ UBICADO EN UNA INSTITUCIÓN PÚBLICA O PRIVADA?
Privada____ Pública____
- o ¿CONOCE USTED QUE ES EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO?
Si____ No____
- o ¿CONOCE CÓMO SE DETECTA EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO?
Análisis de Sangre____ Examen ginecológico____ Examen general____
- o ¿SABE USTED CUÁNTOS TIPOS DE VIRUS DE PAPILOMA HUMANO EXISTEN?
Si____ No____
- o ¿CONOCE USTED SI EXISTE ALGUNA VACUNA CONTRA EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO?
Si____ No____
- o ¿CONOCE USTED SI EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO TIENE ALGUNA RELACIÓN CON EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO?
Si____ No____
- o ¿HA RECIBIDO INFORMACIÓN SOBRE EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN LA UNIVERSIDAD?
Si____ No____
- o DE RESPONDER AFIRMATIVO INDIQUE POR CUÁL MEDIO
El Ucabista Internet Correo electrónico Foros Profesores Estudiantes
- o ¿CONSIDERA QUE ES IMPORTANTE RECIBIR INFORMACIÓN SOBRE EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO?
Si____ No____
- o ¿ÉSTA DISPUESTA A ASISTIR A ACTIVIDADES EN LAS QUE SE LE INFORME SOBRE EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO?
Si____ No____
- o ¿QUE ACTIVIDAD RECOMENDARÍA USTED?

—

ANEXO C

Transcripción de la entrevista al Dr, Azuaje el 27 de julio del 2007

AM: ¿Qué es el cáncer de cuello uterino?

RA: Cáncer de cuello uterino es una enfermedad proliferativa de la zona, específicamente llamada el cérvix o cuello uterino que es la parte más inferior del útero, el que está en contacto con la vagina.

AM: ¿Cuáles son las causas que, originan el cáncer de cuello uterino?

RA: Mira, el cáncer de cuello uterino, como todos los cánceres es una enfermedad multifactorial, o sea, no hay una causa específica aunque últimamente se está dando mucha importancia al virus del Papiloma Humano como la principal, digamos causa, pero hay muchos factores implicados como la falta de aseo, la promiscuidad, bueno, e incluso hereditarias también.

AM: ¿Cómo definiría el VPH?

RA: El VPH, o virus, del papiloma humano es una enfermedad de transmisión sexual, tanto en el hombre como en la mujer claro

AM: ¿Y por qué se vincula el VPH con el cáncer de cuello uterino?

RA: Porque se sabe que el virus del papiloma humano hay diferentes tipos, más de 100, de los cuales algunos tienen la posibilidad de producir cambios en la célula los llamados oncogénicos, virus de VPH oncogénicos que son, sobre todo el 16 y 18, son los que más producen cambios en las células, cambios que llevan al inicio de una enfermedad como el cáncer.

AM: ¿A qué edad se está más propenso a desarrollar el cáncer de cuello uterino?

RA: A partir de la cuarta década de la vida generalmente, pero no se ha, incluso se han visto casos de mujeres de 20-25 años también se pueden ver en mayores de 60 pero la, digamos la década más importante: los 40-50 años.

AM: ¿Se puede decir que en alguna edad en particular las mujeres están más propensas a ser contagiadas de VPH?

RA: Cónchale las edades varían, depende es de, la cantidad de parejas sexuales que se tengan o se hayan tenido en realidad.

AM: Bien, ¿Cuáles serían los factores de riesgo para el desarrollo de este cáncer?

RA: Factores, bueno, la promiscuidad es el principal, claro, hay otros, como te digo, asociados pues al cáncer como tal como fumar y una mala alimentación.

AM: ¿Qué medidas deberían aplicarse en la lucha contra el VPH?

RA: hay que educar bien a la gente de todas las edades, explicarles bien el mensaje, que esté claro para las personas todo sobre este virus.

AM: ¿A qué edad cree que se le debería enseñar a las personas del cáncer de cuello uterino?

RA: Hay no hay edad, puede empezarse incluso desde primaria a enfocar la, digamos la importancia de la prevención y más adelante pues otros detalles.

AM: ¿Cómo le parece debe llegarse a ese público, me explico, de diseñarse una campaña para enseñarles sobre el cáncer de cuello uterino cuál es el mejor medio y el mensaje?

RA: Este, bueno, hay que informarles en sus términos, sería bueno, si, así en sus palabras para que entiendan, explicarles bien. Las charlas son buenas para eso, hablarles, mucho, si la televisión y eso funciona pero no es lo mismo.

AM: ¿Considera que existe conocimiento de la enfermedad, del cáncer de cuello uterino y el VPH en la sociedad?

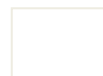
RA: Eh, bueno , realmente en la población venezolana la primera causa de muerte en la mujer venezolana es el cáncer de cuello uterino cosa que ya debería haber estado superada, como en algunos países desarrollados, pero ¿Qué pasa? que muchas , digamos muy poca información a veces de las mujeres, los mismos miedos a veces de las mujeres de hacerse una citología anual que es el principal método para digamos, disminuir la mortalidad por cáncer de cuello uterino ¿Por qué? Porque se descarta o se diagnostica cualquier tipo de lesión a tiempo y se puede tratar.

AM: ¿Considera entonces que el principal problema es de comunicación, porque no se les enseña?

RA: El problema es de educación, de información a las masas, eh, de programas sanitarios.

AM: ¿Cuál es el sector socioeconómico que está más propenso a desarrollar cáncer de cuello uterino?

RA: Bueno, definitivamente el cáncer de cuello uterino es una enfermedad social porque se ve sobre todo en la, digamos la parte de menos recursos, muy raro verlo en pacientes de alto, de alta digamos niveles económicos y definitivamente hay algo ahí también involucrado; como por ejemplo la nutrición, el fumar, la promiscuidad ¿Ok? Muchos detalles. Pero sobre todo, lo más importante es el conscientizar que, una citología anual es igual a no mortalidad por cáncer.



ANEXO D

**Transcripción de la entrevista al Dr, Gallardo el 27 de julio del
2007**

AM: ¿Qué es el cáncer de cuello uterino?

JG: Ok, eso lo pueden definir como una degeneración celular de, digamos lo que es la estructura anatómica, a nivel microscópico únicamente, después incluso a nivel macroscópico del cuello de la matriz. ¿Ok? y son alteraciones celulares anómalas donde hay cambio en la estructura celular, eh cambia la relación entre el núcleo y el citoplasma, son células anómalas, se multiplican más rápido, entonces por eso se forma un tumor a raíz de esto, de esta degeneración.

AM: ¿Y cuáles son las causas de esta alteración?

JG: Mira, las causas son múltiples, incluso hay factores, eh hereditarios ¿Ok? se pueden considerar factores hereditarios, no es el primero ni por su puesto, actualmente le damos más importancia a las infecciones por el Virus del Papiloma Humano, no todas las cepas porque están descritas más de 100 cepas, sino un grupo de estas cepas, o subtipos del virus que son los que tienen incidencias directas en la producción o aparición más rápida de las lesiones premalignas y malignas del cuello de la matriz, ehm, factores químicos, infecciosos de otra índole, las infecciones crónicas, infecciones a repetición también pueden ocasionar alteraciones celulares que puedan ir hacia el cáncer de cuello uterino, no todas las causas de, por supuesto, no son las causas de, no todas las causas de cuello uterino está relacionada el virus del papiloma humano ¿ok?

El virus del Papiloma Humano, antes no sabíamos tanto de él, actualmente se le da mucha más importancia eh.

AM: Los factores de riesgo los principales en el desarrollo del cáncer de cuello uterino ¿cuáles serían?

JG: Mira, factores de riesgo: Promiscuidad ¿ok?, tenemos mala higiene, infecciones a repetición, pero, incluso algunos factores genéticos, hay familias donde es más factible que puede haber cáncer de diferente tipo, ya no solamente de cuello uterino ¿no? ya van a los factores genéticos, eh , básicamente son problemas químicos e infecciosos ¿ok?

AM: ¿Cuál es el sector socioeconómico que está más afectado por esta enfermedad? ¿Se puede decir que afecta a un nivel más que a otro o no hay relación directa?

JG: Si hay algo más de relación, pero a veces, más esa relación está referida al diagnóstico, ya sea precoz o tardío. En condiciones socioeconómicas más bajas el diagnóstico puede ser algo más tardío que en posiciones económicas un poquito más elevadas, eh realmente pues en promiscuidad y eso se puede decir que hay más, o decimos que hay más en las condiciones, clases sociales más bajas, sin embargo pues a la hora de la verdad uno no ve si es así.

Hay tanta promiscuidad en sectores socioeconómicos más elevados que en los bajos, lo que pasa es que en los niveles más elevados no es tan evidente, se oculta mejor, se saben disimular más.

AM: ¿Pero cree que sea porque hay mayor conocimiento de la enfermedad y toman precauciones?

JG: Mira la promiscuidad es más hoy en día, promiscuidad entre comillas ¿no? hay más liberación sexual, incluso hoy en día se sabe de adolescentes que compiten en quién pierde primero la virginidad , todo eso. Y sobre todo hay es, hay factores familiares, tiene que haber: orientación y educación familiar, por supuesto, con el ejemplo se educa también ¿no? y lo demás es información.

AM: ¿Considera que hay conocimiento en la población general de lo que es el cáncer de cuello uterino? ¿Cree que hay campañas lo suficientemente clara para prevenirlo? ¿Información en el colegio?

JG: No, información hay, lo que pasa es que tal vez no llega a todos los estratos sociales, eh por su puesto, de vez en cuando se ven ciertas promociones aunque no sean muy llamativas a nivel de los medios de comunicación social, más en la prensa escrita que aparecen de vez en cuando artículos, sobre todo por el VPH últimamente aparecen con bastante frecuencia. claro no todo el mundo lee la prensa y cuando la leen leen las noticias y las páginas rojas y las páginas amarillas o rosa ¿ok? y eso es lo que más leen, eh la última página y después la hoja de sociales y entonces, sí deberían de existir, mayor información y que penetrara realmente a donde se necesita que penetre, yo diría tal vez a nivel de los liceos , a la universidad ya deberían llegar con la información adecuada ya, pero a nivel de los liceos, incluso comenzar en los últimos años de primaria para la población tanto masculina como femenina en los estudiantes de bachillerato, enseñarles los riesgos y la prevención, osea como pueden prevenir todo esto.

Decirles que no tengan sexo no es tan táctico, eso es algo que va, ya no son razones sociales ¿no? pero si que se cuiden ¿ok?

AM: Doctor, ¿Qué es el VPH?

JG: Es un virus ¿ok? Se conoce así, como virus del papiloma humano ,em, los virus son digamos, gérmenes , intermedio entre las bacterias y los hongos, normalmente no tienen un tratamiento específico, hay diferentes cepas o grupos de este virus, como te dije antes, no todos están relacionados con el cáncer de cuello uterino, otros incluso, pueden estar pero no causan alteración.

Normalmente se hace una citología que es la manera de detectar o diagnosticar precozmente las alteraciones (tos, perdón) y en la citología se van a dar una

serie de alteraciones a nivel microscópico como lo son la aparición de unas células típicas de la infección por VPH

AM: ¿Por qué se considera que es un factor de riesgo relacionado con el cáncer de cuello uterino?

JG: Porque precisamente se ha visto que desarrollan cáncer de cuello uterino en mayor proporción la personas infectadas con este virus. y se dan alteraciones, incluso, a nivel celular que de acuerdo a la etapa en que se encuentre la infección o al tiempo que tenga la infección, va a ser lo que da los estadios en los que está la infección maligna.

AM: ¿Cuál es la edad considera usted que las mujeres tienen mayor tendencia a desarrollar este cáncer y a cual el VPH?

Bueno para serte sincero no creo que haya una edad específica, eh, así como una adulta digamos, puede tener este tipo de cáncer también se puede dar en muchachas jóvenes, se trata, digamos, más de los factores de riesgo que de una edad en la mujer.

AM: ¿Cuál elemento considera clave comunicar para prevenir esta enfermedad?

JG: Educación sexual, primero y aplicar protección durante la relación sexual, utilizar preservativo sobre todo, evitar la promiscuidad. Educación desde el punto de vista sexual y eso tiene que iniciar incluso en la familia, evitar la infección y después evitar la propagación, porque el que sabe que está infectado no lo dice, porque no lo va a decir, y suele dar alteraciones principalmente en la mujer, el hombre también es infectado por este virus, claro, hay menos riesgos, las lesiones son más tardías y son básicamente a nivel del tejido urinario, es por eso que a el, a la pareja en la que a la mujer se le encuentra el virus se recomienda la consulta con un urólogo.

AM: ¿Y a lo que algunos estudios refieren, que el condón no protege completamente del VPH?

JG: Si pero algo es mejor que nada ¿no?, no protege totalmente claro, lo ideal es, mira, tener una sola pareja, eso es lo ideal, porque si andas con X más parejas es más factible que te puedas infectar, ahora, no es que protege completamente el preservativo, pero peor es no usarlo. Esa es la protección, ahora lo importante es prevenir la promiscuidad

AM: Ya para terminar, ¿Tiene alguna recomendación final para el desarrollo de una estrategia comunicacional para los jóvenes?

JG: Lo que pasa es que el joven cree que nunca va a ser afectado por nada, por supuesto, tiene toda la vida por delante, cree que va a durar eternamente ¿no? entonces cree y muchas veces las campañas no llegan de manera adecuada o no le dan importancia, tal vez esta estaría enfocada, no a la televisión como tal sino más a los liceos en eso me orientaría más en ese sentido que es donde más podría, incluso tener información sexual como tal ya dentro de las áreas biológicas donde se de, se impartan materias o temas relacionadas con la, no solamente de esto, el HIV y todo pues.



ANEXO E

Transcripción de la entrevista a la Dra. Valdez el 27 de julio del 2007

AM: ¿Qué es el cáncer de cuello uterino?

LV: El cáncer de cuello uterino es una de las principales causas de muerte en la mujer en Latinoamérica ¿no? y nosotros en Venezuela es la segunda causa de muerte ¿ok?. Ehm, en los últimos tres años está siendo desplazada por otro tipo de cáncer que es el cáncer de mama en la mujer, porque bueno, se ha intensificado más las, bueno la información sobre el cáncer y el VPH ¿Ok? cáncer de cuello uterino.

Eh, es un cáncer que, si se quiere decir que es un cáncer ginecológico, el más frecuente pero el más fácil de diagnosticarse y el de más fácil tratamiento ¿ok? Ehm Muchas veces verdad, la paciente con solamente una citología se diagnostica, la citología nos da una presunción diagnóstica, osea, nos dice si es probable que la paciente pueda tener o no, se verifica con una biopsia y normalmente nosotros tenemos estadios, antes de que sea un carcinoma invasivo, que vaya a un tratamiento como radioterapia o quimioterapia tenemos estadios del cáncer de cuello uterino, que son donde la citología nos da la bondad de descubrirlos a tiempo y que el tratamiento sea sólo una incisión pequeña que se hace a nivel del cuello uterino o una histerectomía, eso dependiendo del caso.

Entonces ahí tenemos las lesiones intraepiteliales de bajo grado ¿verdad?, lesiones intraepiteliales de grado intermedio ¿verdad?, entonces en las primeras estaríamos incluyendo: el NIC I, que antes se les decía NIC, los NIC, ya esa nomenclatura que se llama neoplasia intraepitelial, esa nomenclatura ya no existe, sino que ahora se llama LIE, así como lo escucha, L-I-E, y de bajo grado o de alto grado ¿Ok?.

Los LIE de bajo grado tenemos, la simple infección por el VPH, que uno toma una citología y ya el patólogo te esta diciendo bueno, que hay signos de un VPH, el diagnóstico definitivo es la colposcopia más la biopsia, cuando el patólogo te

reporta ya con la biopsia que existe VPH ya el diagnóstico es definitivo, y las infecciones de VPH ya en estos LIE de bajo grado son, eh, pueden ser asintomáticas pues, osea, la paciente ni se imagina que lo tiene porque es una infección, es un virus que va colonizando la vagina, o el cuello uterino o la vulva, no sólo afecta al cuello, también afecta a la vagina y afecta a la vulva ¿verdad? y al resto ¿ok? y una, una segunda etapa de la enfermedad es cuando ya vemos las lesiones que son verrugas muy sugestivas, bueno cuando ya existen estas verrugas ya no hay otra cosa ¿no? esta es la segunda fase de la enfermedad, cuando existen ya las verrugas y el cáncer de cuello uterino.

AM: ¿Existe algún tiempo promedio entre una fase y la otra o depende de cada paciente?

LV: Para las lesiones, las lesiones de, pre-malignas, vamos a decirles así , antes del cáncer invasor, bueno, se dice que puede existir entre 15 a 20 años, por eso es que es un cáncer que tu lo, osea, esas lesiones tú las puedes tener cinco años, y puede estar ahí latente ¿verdad?, latente y ellas no pasan a otra fase porque es muy muy pobre pues la invasibilidad, son invasivos cuando ya son carcinomas invasivos que ya no hay nada que hacer , por eso se dice que es un cáncer, bueno, desde mi punto de vista, es una palabra así que no es muy apropiada, pero es un cáncer noble ¿no? porque con el simple hecho de hacerse el despistaje con una citología lo podemos canalizar, y el tratamiento es definitivo, si se, si se realiza en esta fase.

Entonces la primera fase son los LIE de bajo grado, donde está el VPH y el NIC I que son lesiones que son pre-malignas, que inclusive el VPH, el tratamiento en esa fase del VPH es un tratamiento, ¿Por qué? Porque no tenemos cura para el VPH, la cura del VPH la hace el mismo sistema inmunológico, nuestro sistema de defensa ¿verdad? eh llega un momento en que si lo tienes, si una paciente lo llega a tener allí, desde el punto de vista asintomático ¿verdad? eh , el sistema

inmunológico lucha, lucha contra el virus porque el virus quiere incluirse dentro de la célula para el poder replicarse pues dentro de la célula y hacer o formar el cáncer o el papiloma o las verrugas.

Sin embargo el sistema inmunológico tiene un tiempo ¿verdad? en ese equilibrio hasta que llega un momento que al sistema inmunológico no sé que es lo que le pasa “pum” se hace un desfase y el virus penetra en la célula pues, entonces allí es cuando tenemos la segunda fase que son los condilomas, que son lesiones, eh verrugosas a nivel de cuello uterino, a nivel de la vagina y a nivel de la vulva, son lesiones tumorales pues, porque no son una sino racimos de condilomas ¿verdad? eso se exagera muchísimo durante el embarazo.

Muchas de estas pacientes que tienen esos VPH asintomáticos cuando se embarazan, que es uno de los estados donde el sistema de defensas decae, porque el embarazo, a pesar de que el bebé, es de la mujer pues, es de ella misma, no es igual pues, tiene células diferentes, entonces es como una forma de rechazo a algo que no es suyo ¿verdad? entonces el sistema inmunológico tiene que disminuir sus defensas ¿verdad? entonces ahí aprovecha el VPH, entonces tu ves muchas pacientes, sobre todo muchas adolescentes embarazadas jóvenes con tremendas tumoraciones condilomatosas a nivel de la vagina y de la vulva.

Entonces en esas lesiones pre-malignas tenemos las lesiones de alto grado que son las que antes llamamos NIC II y NIC III, ya aquí el tratamiento es tratamiento quirúrgico de una vez, se hace una conización del cuello uterino que es solamente tomar a través de un colposcopio que es como un microscopio donde uno puede ver más de frente y más, y mejor el cuello y la lesión.

Ahora, nosotros con la, con el descubrimiento, pues del VPH, el VPH es probable que haya existido toda la vida, lo que pasa es que con las técnicas este, de,

técnicas modernas, muchas técnicas donde se pudo determinar los virus es que ahora nosotros, o se hace la relación entre el VPH y el cáncer de cuello uterino.

AM: ¿Cuáles considera que son los factores de riesgo para desarrollar cáncer de cuello uterino?

LV: Bueno, este, los factores de riesgo son: verdad, la edad, generalmente pacientes entre 25 y 64 años, ese es el promedio de edad ¿no? a pesar de que no se escapan ¿verdad? jóvenes con cáncer de cuello uterino, yo hice un cono el sábado de una paciente de 25, de 26 años(rectifica) con una lesión de alto grado, con una lesión que esta a punto de pasar “pal” otro lado pues, para que sea un carcinoma invasivo, pero la edad promedio está entre los 25 y los 64 de edad.

Ahorita con esta “explosión” que hay de adolescentes embarazadas, mira ya es probable que esta estadística, porque esto es estadística, de 25 a 64 años es porque, desde el punto de vista estadístico, las pacientes que se mueven por cáncer de cuello uterino que están registradas en el ministerio están en esta edad ¿ok?

AM: ¿Cuáles son los factores de riesgo a considerar en esta enfermedad?

Tenemos la multiparidad, las relaciones sexuales precoces, pues, se dice que las relaciones sexuales antes de los 15 años, eso significa que esa paciente es probable que vaya a tener múltiples parejas sexuales ¿verdad? esa es otra, eh. El VPH por supuesto, que está metido ahí, las infecciones por el virus del papiloma humano, eh, ¿Qué otra cosa? la multiparidad, eh.

AM: ¿Cree que influye el nivel socioeconómico?

LV: Sí, por supuesto.

AM: ¿Por qué?

LV: Bueno, porque generalmente las pacientes de bajo nivel socioeconómico son aquellas pacientes que ¿verdad? jovencitas comienzan a tener relaciones por una u otra razón, adolescentes que es probable, bueno, quieran incursionar o tengan carencias pues de tipo económico y bajo nivel cultural pues.

AM: ¿Cuales son las causas de esta enfermedad?

LV: Bueno, las causas principales es la infección por el virus del VPH ¿verdad?, aunque se dice que nosotros tenemos una predisposición genética, osea, si hay una persona en línea directa, mamá, hermanas con cáncer de cuello uterino ¿verdad? tenemos predisposición a tener cáncer, o a desarrollar cáncer, una predisposición genética ¿ok?

AM: ¿Qué elementos considera importantes para informar a la población del cáncer de cuello uterino?

LV: Mira lo primero son evitar las relaciones sexuales precoces en los adolescentes ¿Por qué? bueno, porque precisamente allí es donde está el problema ¿verdad? y es un problema que lleva a otro ¿verdad? y sin embargo, si el adolescente comienza y está informado sobre los riesgos y como debe prevenir las enfermedades, a pesar de que el VPH inclusive con el condón no es muy seguro, se ha determinado que no es tan seguro pues, el uso del condón no te puede decir que tu pareja ¿verdad?, pueda tener, si lo tiene, la pareja tiene VPH y el condón que llega sólo hasta la parte superior del pene ¿verdad? no vaya a ser que otro tipo de secreciones que puedan salir pues, que puedan infectar, no es tan seguro pues, pero sin embargo, si la muchacha sabe ¿verdad? que las relaciones sexuales, y si las van a tener por favor pon las condiciones para que sea estable, osea evitar pues, la promiscuidad y todas esas cosas que te lleva a tener varias parejas sexuales, que alguna de esas lo tiene pues, y generalmente y lo más común es que el hombre sea asintomático.

En nuestra población, es probable que, si un 10 o 15% de todos los hombres tengan, sean portadores sanos del VPH, pero como somos nosotras las mujeres que desarrollamos más rápidamente la afección, bueno por la afinidad que tiene ese virus a nuestras células en la vagina, nuestras células del cuello y es probable que por eso lo desarrollemos, además el aspecto pues, la vagina pues, que es un órgano que está interno, está húmedo, que no lo vemos, entonces eso también nos predispone a tener este tipo de infecciones.

AM :¿Qué medio específico de comunicación considera para emitir este mensaje?

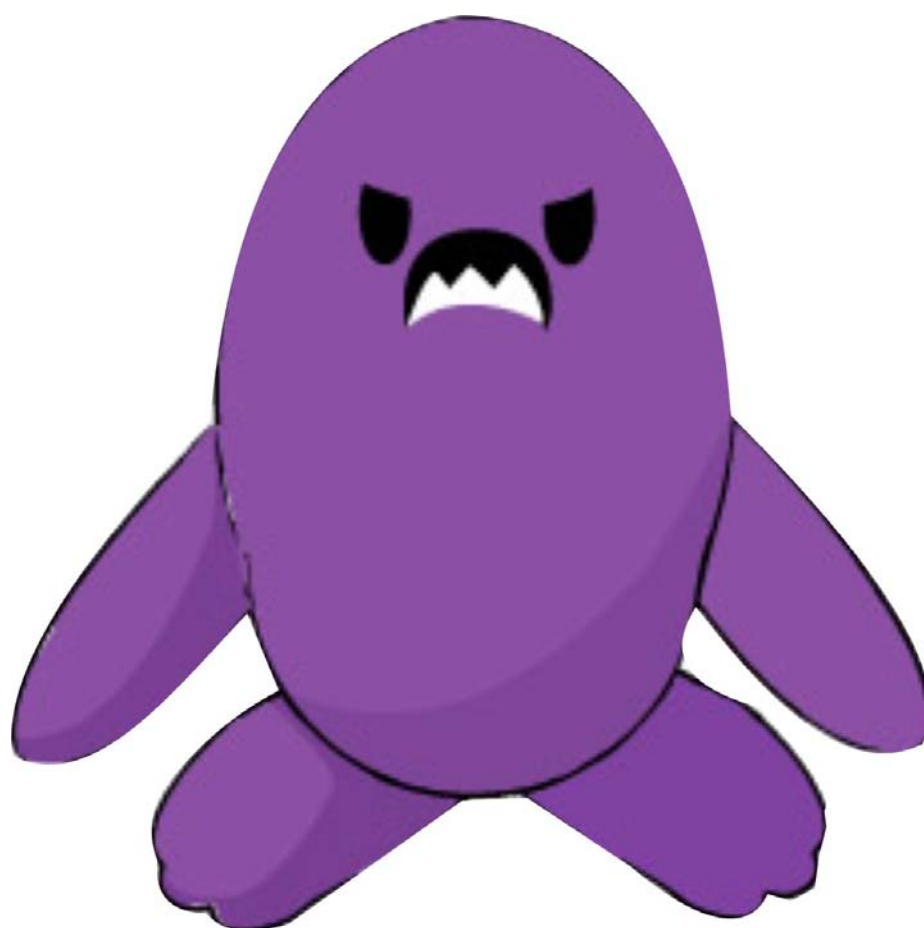
LV: Bueno, mira , este yo pienso que la televisión sería el medio ideal, porque bueno es más accesible, hasta los estratos más pobres tienen, tienen un televisor ¿verdad? Sin embargo yo pienso que la radio también, debe tomar, debe retomarse pues el papel de la radio y , inclusive charlas ¿verdad? que se puedan dictar a nivel de los colegios, o sea entrenar a los adolescentes para que se preparen pues, generalmente lo que les viene y con toda esta “explosión” desde el punto de vista de información que se tiene a través del internet, de la televisión, ¿verdad? que donde el sexo es lo que predomina o sea que la información que están, el diskette que están metiendo ¿verdad? es que si no tienes sexo no estás en nada.

O sea toda, toda la información que tu veas, tú lo debes saber más que yo porque estás estudiando esto ¿no? es que tu ves una propaganda y ahí está el sexo, entonces todo esto pues, a música, yo pienso, que si podemos utilizar esos medios para dar información sobre este problema, que es un problema de salud pública, ya el VPH es un problema de salud pública, el VPH es una infección y se considera tan frecuente que ya es un problema de salud pública ¿Por qué? Porque el VPH produce cáncer de cuello uterino, está asociado al cáncer de cuello uterino y a la mortalidad, porque ojalá pudiésemos descubrir a todas las pacientes en esas primeras etapas de la enfermedad, hay mujeres jóvenes, de 40 años que ya tienen un cáncer invasivo, o sea, que ya el cáncer les pasó del cuello a la vejiga

o al recto, osea que de ahí va a quimioterapia y después a morirse pues, porque ya no hay cura.

ANEXO F

Diseño del personaje



ANEXO G

Afiche versión: “Intriga”

no es tan

RUIDO

como parece...

Prepárate
Para jugar
con el





ANEXO H

Afiche versión: “Uno cards”

El cáncer de cuello uterino **no**
es un juego...Pero si lo fuese
tendrías todas las de ganar.



Consulta con tu ginecologo para mayor informacion.

ANEXO I

Afiche versión: “Piedra, papel o tijeras”

El cáncer de cuello uterino **no es un juego...** Pero si lo fuese tendrías todas las de ganar.



Consulta con tu ginecologo para mayor informacion.

ANEXO J

Afiche versión: “Coco”

si no Le tienes miedo al COCO
mucho menos Deberías tenerLe
miedo al cáncer de
cuello uterino

El cáncer de cuello uterino **no es un juego**...Pero si lo fuese tendrías todas las de ganar.

Consulta con tu ginecologo para mayor informacion.



ANEXO K

Dummie versión: “Escondite”



ANEXO I

Dummie versión: “Víbora de la mar”



ANEXO J

Modelo del volante y afiche del foro.

Foro: Instrucciones para ganarle al cáncer de cuello uterino.

Temas/Exponentes:



DÍA /MES/ HORA
Lugar:

**El cáncer de cuello uterino no es un juego...Pero si lo fuese
tendrías todas las de ganar.**

ANEXO K

Stand



ANEXO L

Cronograma de actividades

	Sem 1	Sem 2	Sem 3	Sem 4	Sem 5	Sem 6	Sem 7	Sem 8	Sem 9	Sem 10	Sem 11	Sem 12	Sem 13	Sem 14	Sem 15	Sem 16
Actividad																
Impresión de afiches y material informativo																
Hacer los Dummies																
Contactar a los especialistas para los foros																
Hacer las piñatas																
Recortar las calcomanías																
Revisión del material a utilizar																
Pegar afiches de intriga																
Revisión del material de la segunda fase																
Retirar afiches de intriga																
Colocar afiches finales de la campaña																
Contactar a la prensa para que cubra la campaña																
Colocar dummies																
Entregar folletos																
Anunciar el foro																
Realizar el foro																
Armar stand en la feria																
Colocar piñata 1																
Finalizar la campaña																
Evaluar Feedback																
Recoger afiches																
Llevar los fondos recolectados																
Publicar artículo en el Ucabista																