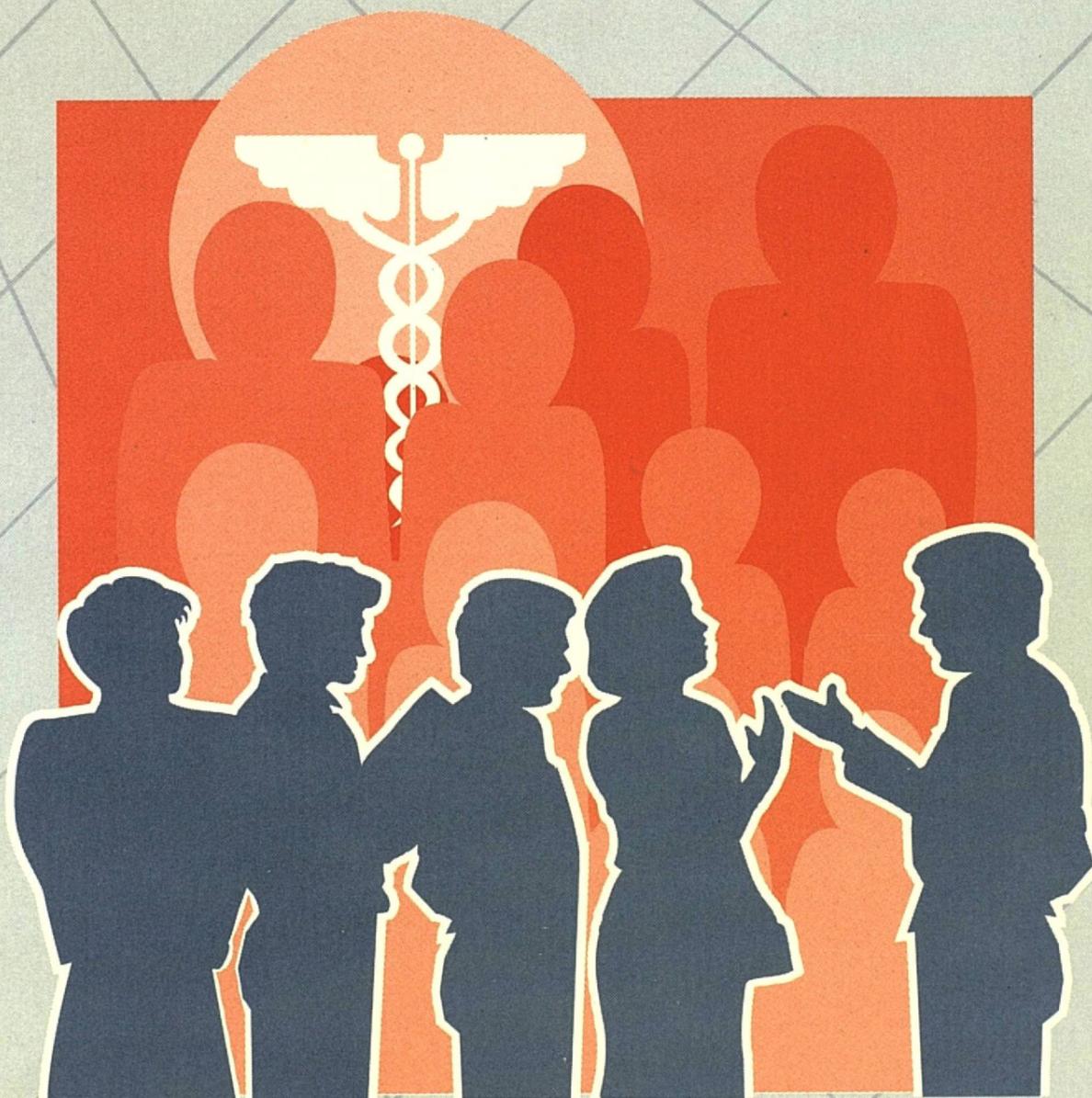


Esp
INCAP
MDE
146a



**INSTITUTO DE NUTRICIÓN DE CENTRO AMÉRICA Y PANAMÁ -INCAP/OPS-
ASOCIACIÓN DE NUTRICIONISTAS DE GUATEMALA - ANDEGUAT-**

CURSO DE EDUCACIÓN A DISTANCIA SOBRE COMUNICACIÓN EN SALUD



Unidad II

**Plan de Comunicación:
Definición de Problemas
y Objetivos**

CURSO DE EDUCACIÓN A DISTANCIA SOBRE COMUNICACIÓN EN SALUD



Unidad II Plan de Comunicación: Definición de Problemas y Objetivos

Esta unidad fue tomada y adaptada del
Manual de Herramientas para la Comunicación de AED

Unidad II: Plan de Comunicación: Definición de Problemas y Objetivos

CRÉDITOS

ADAPTACIÓN Y PRODUCCIÓN ACADÉMICA:

Licda. Victoria Valdés
Licda. Verónica Molina

INCAP-PANAMÁ
INCAP-SEDE

AGRADECIMIENTOS:

Dr José Antonio Solís
Dr. Hernán L. Delgado

OPS/OMS
INCAP

DISEÑO Y DIAGRAMACIÓN:

D.G. Roberto A. Pérez García INCAP

ORGANIZADO POR:

**Instituto de Nutrición
de Centro América y Panamá
(INCAP)**
**Organización Panamericana de la Salud
(OPS)**

Licda. Verónica Molina

Licda. Norma Alfaro

Licda. Gabriela Rosas

**Asociación de Nutricionistas de
Guatemala
-ANDEGUAT-**

Licda. Evelyn Mayorga de Ortíz

Licda. Aída Arzú

Licda. Claudia Nieves

Dra. Clara Zuleta de Maldonado

Licda. Elena Hurtado

Licda. Patricia De León Toledo

Licda. Karin Estrada de Ramirez

Contenido

I. INTRODUCCIÓN	3
II. OBJETIVOS DE APRENDIZAJE DE LA UNIDAD	4
III. COMPONENTES DE UN PLAN DE COMUNICACIÓN PARA LA SALUD	5
A. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA DE SALUD	5
1. Revisión de los datos disponibles	5
2. Antecedentes del problema:	6
3. Tipos de información que usted debe idealmente tener:	7
4. ¿Dónde buscar información?	7
5. Identifique actividades existentes y vacíos	9
B. METAS Y OBJETIVOS DEL PROGRAMA DE COMUNICACIÓN	14
1. Meta general	14
2. El objetivo	14
C. PUBLICO AL QUE IRA DIRIGIDO	15
1. Público principal o audiencia primaria	15
2. Público secundario o audiencia secundaria	16
3. Describa su audiencia seleccionada	16
4. Por qué segmentar la población	20
D. ANALISIS DEL COMPORTAMIENTO	21
1. Conducta ideal	21
2. Conducta actual	25
3. Conducta factible	26
a. Determinación de las conductas factibles	27
b. Conceptos adicionales en la descripción de la conducta factible	27
c. Cómo se pueden establecer las prioridades de las conductas	28
4. Factores que influyen en el cambio de comportamientos	34
5. Etapas en la adopción de nuevos comportamientos	38

E. OBJETIVOS DE COMUNICACIÓN	41
1. Cómo redactar objetivos de comunicaciones	42
a. Exposición	42
b. Conocimiento	42
c. Ensayo	42
d. Adopción	42
2. Consejos adicionales para redactar objetivos	42
IV. TRABAJO PRÁCTICO	44

III. COMPONENTES DE UN PLAN DE COMUNICACIÓN PARA LA SALUD

A. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA DE SALUD

1. Revisión de los datos disponibles

Los factores de riesgo que afectan la situación de salud de los adultos y ancianos se encuentran en las conductas, hábitos y estilos de consumo que genéricamente constituyen aquello considerado como estilos de vida no saludables. El tabaco, el consumo excesivo de bebidas alcohólicas, la obesidad, estilos de vida sedentarios, la tensión, el consumo y abuso de drogas son altamente prevalentes. Aunque no se han llevado a cabo muchos estudios sobre la prevalencia de estos factores de riesgo en los países de América Latina y el Caribe, pueden consultarse algunos datos recientes respecto de ciertas poblaciones seleccionadas en varios de estos países.

En la mayoría de países del mundo no desarrollado, las prevalencias de las enfermedades crónicas no transmisibles se han incrementado en forma continua, en los últimos 20 a 30 años. En el caso de Guatemala y el resto de los países de Centroamérica, se observa claramente una bipolaridad epidemiológica-nutricional, con las enfermedades infecciosas y carenciales como las principales causas de morbi-mortalidad materno infantil y un incremento en la prevalencia e incidencia de las enfermedades crónicas no transmisibles en adultos, tales como enfermedad coronaria del corazón, diabetes mellitus, cáncer y osteoporosis. La importancia de estas condiciones se refleja en las tasas de prevalencia de enfermedades. Según la OPS, la razón entre las tasas de mortalidad por causas no transmisibles/transmisibles ha aumentado en las últimas décadas en todos los países, en el caso de Centroamérica de 0.96 en 1980-85 a 3.1 en 1990-95. La polarización epidemiológica que se ha dado en las Américas en las últimas décadas, ha comenzado a ser alarmante en los servicios de salud donde la morbilidad debido a enfermedades crónicas no transmisibles ocupa un espacio cada vez mayor, tanto por los cambios demográficos como por las modificaciones en los estilos de vida.

Con la información actualmente disponible sobre los cambios que vienen ocurriendo en la Región, se puede observar que están tomando forma dos importantes tendencias: a) transición del predominio de mortalidad por enfermedades infecciosas y



Unidad II:
Plan de Comunicación:
Definición de Problemas
y Objetivos

NOTAS

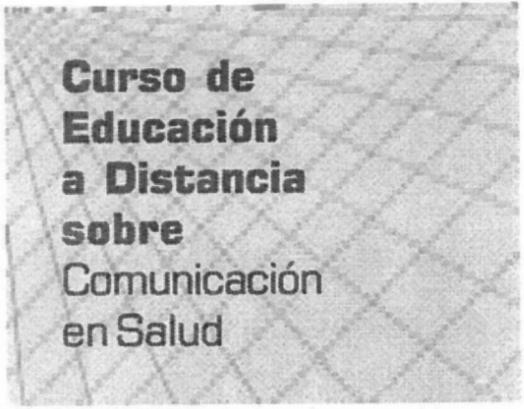
NOTAS

parasitarias a mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles, especialmente enfermedades cardiovasculares crónicas, tumores malignos, accidentes y violencia; y b) aumento gradual de la morbilidad debida a patologías actuales y a la urbanización desordenada asociada con factores de alto riesgo para la salud derivados de estilos de vida interrelacionados en complejas redes causales.

Para planificar un programa de comunicaciones que encare estos problemas debidamente, el primer aspecto que debe aclarar, es determinar si el problema puede resolverse mediante la comunicación. Si la respuesta es afirmativa, la planificación provee las bases para el proceso de comunicación en salud y contribuye a evitar costosas correcciones a mitad de camino. Para esto reúna información sobre los antecedentes del problema.

2. Antecedentes del problema:

- ¿De qué problema de salud se trata?
- ¿Quién está afectado y cómo?
- ¿Están conscientes las personas de que el problema las puede afectar?
- ¿Cuáles son sus opiniones en materia de salud?
- ¿Quién está interesado en el problema?
- ¿Qué actividades han realizado para tratar de solucionar el problema?
- ¿Los medios de comunicación u otras organizaciones están haciendo algo?
- ¿Qué podemos decir o hacer para aliviar el problema?
- ¿A quién?
- ¿Qué queremos conseguir?
- ¿Cuáles son los recursos disponibles?



recién ahora han comenzado a suscitar la atención de los planificadores de salud.

Si bien las fuentes tradicionales de información tales como bibliotecas, hospitales y organismos de gobierno, universidades y organizaciones voluntarias y de profesionales de la salud están conscientes de muchos de estos problemas, han carecido de recursos para recopilar sistemáticamente los datos necesarios.

Por este motivo, los planificadores de la salud, los médicos, las organizaciones comunitarias y las personas que trabajan en el sector deben ser imaginativas y creativas en su búsqueda de estadísticas básicas y datos secundarios. Existen también diversos lugares para empezar a buscar información sobre medios de comunicación preferidos y hábitos y fuentes de información confiables que son acreditadas por las potenciales audiencias seleccionadas.

NOTAS

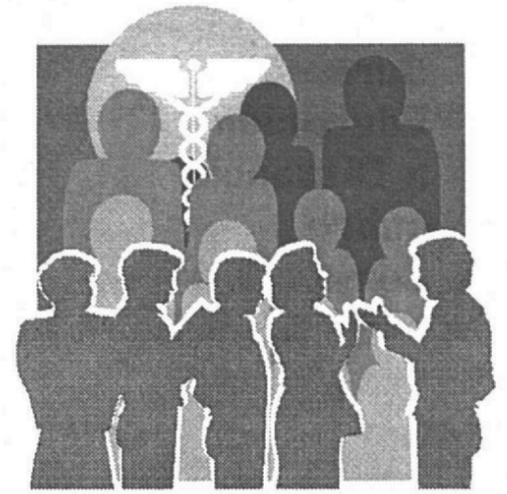
- Las agencias de publicidad nacionales y extranjeras y los centros de investigación de la opinión pública, los periódicos, las estaciones de radio y televisión, disponen a menudo de datos secundarios sobre audiencias y consumo de los medios. Estos datos pueden adquirirse directamente; en el caso de programas de desarrollo sin fines de lucro, están a veces disponibles libre de costo.
- Las organizaciones eclesióásticas y otras organizaciones no-gubernamentales (ONG) generalmente recolectan datos sobre el uso de los medios por parte de los grupos con los que están trabajando dentro del contexto de programas específicos de desarrollo tales como los comedores populares, educación de adultos o actividades para mejorar las relaciones padres-hijos.
- Los organismos gubernamentales que trabajan en programas de desarrollo interrelacionados, tales como desarrollo rural, alfabetización de adultos, el medio ambiente, sector informal, empleo y saneamiento, recogen a menudo los datos de encuestas sobre formas de obtener información de poblaciones seleccionadas que pueden aplicarse a los programas de comunicación en salud.

- Falta de confianza por parte de las madres en su capacidad para amamantar.

Después de discutir la información relacionada con estas cuestiones los miembros del equipo de comunicación para la salud añadieron lo siguiente a la definición del problema:

- Los niños de madres de menor educación, zonas rurales y bajo ingreso tienen el mayor riesgo, ya que cuando no se les amamanta lo suficiente, sufren episodios de diarrea y desnutrición con mucha frecuencia y no crecen bien. Sus madres intentan darles el pecho al poco tiempo de nacer y están convencidas de la importancia de hacerlo, pero sus hábitos en este respecto son la causa de que no puedan amamantar suficiente tiempo para proporcionar a sus hijos el alimento que necesitan.
- Entre los factores problemáticos están la falta de confianza en la cantidad y la calidad de la leche materna y quizás también malos consejos por parte del personal médico.
- **Servicio/Oferta.** Tanto los servicios sanitarios como las farmacias promueven el uso de fórmulas y no existen grupos de apoyo que alienten a las madres a continuar amamantando.
- **Económicos.** Algunas madres trabajan en el campo y les es difícil llevar a sus hijos con ellas.
- **Social.** Falta de confianza en la experiencia de mujeres de mayor edad que han amamantado a sus hijos con éxito.
- **Cultural.** La cultura y la religión apoyan la lactancia materna.
- **Otros.** Poco espacio entre un embarazo y otro, y la creencia de que continuar amamantando mientras se está embarazada es malo para el lactante.

Una buena definición del problema puede ahorrarle tiempo y dinero, y servir para asegurar que su plan de comunicación aborda las principales causas del problema.



Unidad II:
Plan de Comunicación:
Definición de Problemas
y Objetivos

NOTAS

C. PÚBLICO AL QUE IRÁ DIRIGIDO

Un programa efectivo de comunicación para la salud debe estar dirigido a los segmentos de población que tienen mayores probabilidades de responder al mismo, y a los que tengan mayor necesidad de recibir ayuda. El proceso de identificación y definición de audiencias deberá llevar a establecer las prioridades para la audiencia, decidir cuál segmento de la audiencia es más importante; decidir cuáles audiencias son importantes pero menos críticas debido a la relación riesgo/estado de salud, a la influencia o vinculación que tienen con la audiencia seleccionada primaria o a la limitación de recursos del programa; decidir quienes no integran la audiencia seleccionada por el programa, lo que constituye un valioso ejercicio de economía de recursos.

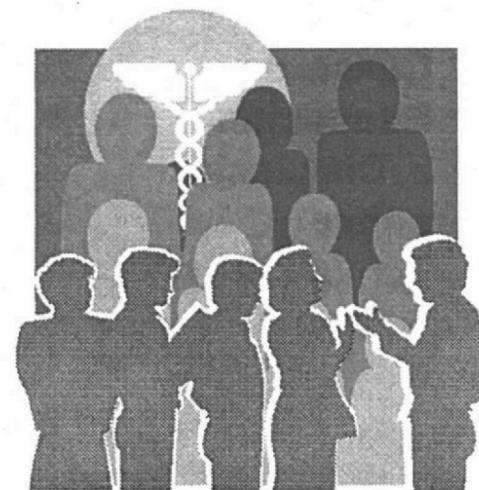
En este apartado aprenderá a identificar tanto los segmentos primarios como los secundarios.

1. Público principal o audiencia primaria

El público principal de la investigación consta de (1) las personas que son más afectadas por el problema, (2) las que responden mejor a los intentos de cambios de comportamiento, y (3) las personas a quienes se puede llevar el mensaje con mayor facilidad.

Usted separa estas personas del resto de la población con la intención inicial de conocerlos mejor, cuales son las causas de la incidencia del problema de salud tratado en estas personas, por qué se comportan como lo hacen frente al problema (conducta actual), cuáles son sus gustos y preferencias en cuanto a actividades, uso del tiempo libre, grupos a los que pertenece; los medios de comunicación que más escuchan, ven o leen, quiénes influyen en ellos y cómo pueden ser persuadidos de un cambio.

Lo que queremos decir, es que luego de seleccionar su audiencia meta usted tendrá que desarrollar una investigación que le permita conocer los factores que afectan las conductas, escoger mejor los medios de comunicación y otros canales por los que llegará a la audiencia, desarrollar un slogan, elegir las personas que llevarán el mensaje (informantes claves), adecuar los servicios a las necesidades de la audiencia entre otras cosas. Asegúrese de que el instrumento de investigación esté diseñado de manera que pueda medir estos aspectos.



Unidad II:
Plan de Comunicación:
Definición de Problemas
y Objetivos

NOTAS

2. Público secundario o audiencia secundaria

El público secundario es (1) personas que puedan ayudarle a descubrir formas de influir sobre el público principal; y (2) sus aliados, es decir los encargados de formular políticas, los líderes de la comunidad y las autoridades sanitarias.

Pocos mensajes son apropiados para todos las personas incluidas dentro del "público en general", dada la diversidad de intereses, necesidades, preocupaciones y prioridades dentro de los distintos sectores del público. Intentar alcanzar a todos y cada uno con un sólo mensaje o estrategia puede diluir su mensaje de tal modo que será atractivo únicamente para una reducida franja de la población.

3. Describa su audiencia seleccionada

Tanto la audiencia primaria como la secundaria se describen tratando de pensar en todas las características de la gente. Esto lo ayudará a dividir al "público" en grupos más manejables o audiencias seleccionadas. Estas características son:

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

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

NOTAS

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

EJEMPLO 1

Inmunización infantil (público principal)

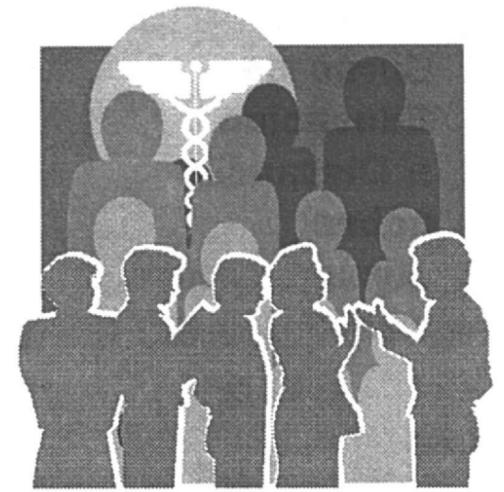
El Ministerio de salud de un país Centroamericano realizó un programa de comunicación para aumentar el número de niños que recibían todas las vacunas. El sector de población seleccionado inicialmente fue el siguiente:

Las madres con hijos menores de cinco años de edad

Al preguntarse quién era más afectado por el problema de falta de vacunación, los miembros del equipo se dieron cuenta de que el sector más vulnerable lo constituían los niños de menos de un año de edad. Por ejemplo, el peligro de contraer el sarampión es mayor durante el primer año de edad, es decir en el período desde que desaparece la inmunidad que el niño recibe de la madre hasta el momento en que el niño es lo suficientemente grande para sobrevivir un ataque de dicha enfermedad. Por lo tanto el equipo decidió que la campaña debía tener mayor impacto en los niños menores de un año, y se propuso concentrar su esfuerzo en:

Las madres con hijos menores de un año

Más tarde los miembros del equipo se preguntaron quién era el segmento de la población que mejor iba a responder al programa de comunicación que planeaban. Las cifras indicaban que aproximadamente un 80% de los niños habían recibido por lo menos una vacuna a través del sistema de salud, sin embargo solamente un 17% de los bebés habían completado la serie de vacunas antes de cumplir el año de edad, y, por lo general, solamente un 30% de los niños acaban recibiendo todas las vacunas. Por otra parte, un estudio cualitativo llevado a cabo por investigadores en una universidad local reveló que las madres de dichos niños estaban conscientes de la importancia de la vacunación, sabían a dónde y cuándo debían ir para recibir vacunas, y estaban lo suficientemente convencidas de que las vacunas daban resultado como para haber probado vacunar a sus hijos al menos una vez. Dicha información llevó a la decisión de concentrarse en lo siguiente:



Unidad II:
Plan de Comunicación:
Definición de Problemas
y Objetivos

NOTAS

NOTAS

Las madres de niños de menos de un año de edad que han recibido al menos una vacuna

Si se lograba que al menos a la mitad de las madres que habían comenzado a vacunar a sus hijos completaran toda la serie de vacunas, se podría doblar la cobertura. Al reducir el tamaño del público al que iba a dirigirse la campaña y concentrarse en un público específico resultó mucho más fácil formular las siguientes preguntas de investigación:

- ➔ **¿Por qué las madres que llevan a vacunar a sus hijos una vez no vuelven al centro de salud para completar la serie de vacunas?**
- ➔ **¿Qué les impide volver?**
- ➔ **¿Qué beneficios animarían a las madres a volver a dicho centro?**
- ➔ **¿Cuál sería la mejor forma de dar a conocer estos beneficios a las madres?**

El equipo examinó con más detalle la información de la cual se disponía para saber como reducir aún más el segmento de población en que debía concentrar su investigación, y pudo identificar los siguientes cuatro grupos principales de madres, de acuerdo a su conducta:

- **Falta de uso por ignorancia.** Las madres que no están conscientes de que existen vacunas y nunca han vacunado a sus niños.
- **Falta de uso consciente.** Las madres que saben que existen vacunas pero nunca han vacunado a sus hijos.
- **Uso a modo de prueba.** Las madres que vacunan a sus hijos una vez antes del año de edad pero no completan la serie de vacunas correspondiente a dicho año.
- **Uso continuado de vacunas.** Las madres que vacunan a sus niños antes de cumplir el año y completan toda la serie de vacunas.

Los miembros del equipo decidieron que necesitaban entender con mayor claridad las diferencias entre el uso continuado, el uso a modo de prueba y la falta de uso. Para lograr esto focalizan aún más sus preguntas de la forma siguiente:

- ➔ **¿Qué anima a las madres en el grupo de uso continuado a completar la serie de vacunas?**

NOTAS

- ➔ ¿Apoyan los padres la vacunación? ¿Por qué si? ¿Por qué no?
- ➔ ¿Qué se puede hacer para que la apoyen?
- ➔ ¿Cuál es la mejor forma de dirigirse a ellos?
- ➔ ¿Inspira confianza y respeto el personal de salud? ¿Por qué si? ¿Por qué no?
- ➔ ¿Qué puede hacer el personal de salud para animar a las madres a que continúen la serie de vacunas?
- ➔ ¿En qué se diferencian las madres que completan la serie de vacunas de las que no la completan?

Después de revisar las publicaciones, informes, estudios y sondeos sobre el tema, el equipo identificó los siguientes segmentos de población en que iba a concentrar su labor investigadora:

Principal: Las madres que han vacunado a sus hijos una vez antes del año de edad pero que no completaron la serie de vacunas correspondiente al primer año.

Secundario: Las madres que vacunaron a sus hijos antes del año de edad y completaron toda la serie de vacunas.

Los padres y esposos que influyen en las decisiones de la familia.

El personal de salud que vacuna a los niños.

4. Por qué segmentar la población

En los ejemplos anteriores el equipo utilizó estudios existentes para concentrar su investigación en conductas más concretas y segmentos de población más específicos. Al reducir aún más su área de estudio antes de comenzar la investigación, pudieron utilizar mejor sus recursos y presentar las preguntas de forma más clara.

Las tres razones principales para realizar esta segmentación son:

- Decidir la asignación de recursos
- Diseñar estrategias de comunicación
- Crear los mensajes que se van a difundir

Para que la investigación y los programas sean más efectivos hay que elegir segmentos viables, lo que permite:

- Escoger programas y públicos con los que sea posible trabajar, para poder concentrarse en cambios de conducta factibles.

- Ayudar a incrementar la confianza y la credibilidad del personal de educación sanitaria
- Ayudar a demostrar la efectividad de una metodología de comunicación basada en investigación.

Sin embargo, no siempre es posible o deseable concentrar todos los esfuerzos en uno o dos segmentos de la población, ya que por razones políticas o igualitarias quizás haya también que dirigirse a sectores de población que probablemente no vayan a responder al esfuerzo informativo. En dichos casos, puede utilizar el siguiente criterio para decidir qué parte de sus recursos debe utilizar con diferentes segmentos. Al principio puede que decida gastar el dinero en el sector que sufre el mayor riesgo, y que vaya a responder más fácilmente y con mayor rapidez, y luego, después de haber hecho impacto en el segmento principal, puede planear programas para ponerse en contacto con la población menos accesible, ya que le será más fácil la tarea cuando dicha población vea que un sector ya ha adoptado el nuevo comportamiento. Esto va en concordancia con lo que estudiamos en la teoría de difusión de innovaciones.

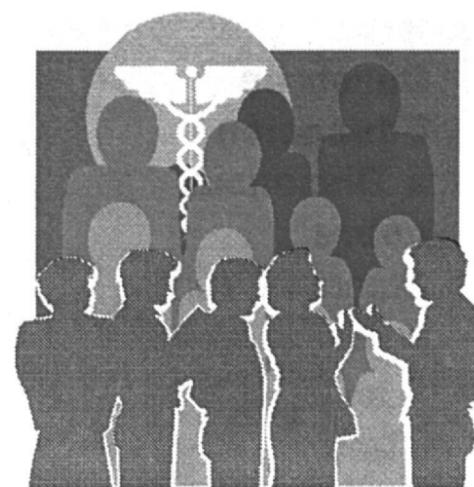
D. ANÁLISIS DEL COMPORTAMIENTO

Usted ya ha definido el problema que abordará en su programa de comunicación para la salud, la población más afectada (público principal), y otras personas relacionadas con dicho problema. En esta sección identificará las conductas que desea que el público adopte.

La siguiente explicación resume las tres categorías de conducta que puede utilizar al planear su programa de comunicación.

1. Conducta ideal

Mientras investiga la conductas actuales de su público objetivo usted debe elaborar un listado de las conductas ideales. La conducta ideal normalmente es la primera o primeras que le vendrán a la mente a su equipo de educación sanitaria al pensar en la "mejor" opción, o la que se considera médicamente "óptima". Por ejemplo, los médicos pueden pensar que todas las madres de bajo ingreso deben amamantar a sus hijos sin utilizar ningún otro suplemento alimenticio sólido o líquido durante los seis primeros meses. Sin embargo, una conducta ideal puede ser difícil de poner en práctica, como se demuestra en el ejercicio del lavado de manos. Las madres que trabajan en fábricas o en el campo quizás no puedan llevar a sus hijos con ellas. El programa de comunicación para la salud tiene que encontrar la forma de ayudar a dichas



Unidad II:
 Plande Comunicación:
 Definición de Problemas
 y Objetivos

NOTAS

madres a buscar las mejores alternativas (bombear de antemano la leche materna o utilizar suplementos nutritivos). Antes de comenzar su investigación estará en condiciones de identificar únicamente algunas de las conductas ideales técnicamente factibles que pueda utilizar como modelo para abordar el problema de salud.

Las conductas ideales son objeto de dos análisis que ayudan a definir las conductas factibles y finalmente la forma en que los mensajes serán difundidos por el plan de comunicación. El primer análisis consiste en confrontar cada conducta ideal con cada uno de los factores que afectan el comportamiento identificados por las teorías que repasamos en la primera unidad. De este análisis se deducen los obstáculos y beneficios que facilitan o entorpecen la adopción de un comportamiento promovido.

El segundo análisis consiste en puntuar cada comportamiento a fin de elegir las conductas factibles. Para ello, se utiliza un instrumento conocido como balanza o escala de análisis del comportamiento.

A continuación se presenta un ejemplo de la forma en que se llega a determinar las conductas ideales.

NOTAS

EJEMPLO 2

Determinación de las conductas ideales

El equipo del Ministerio de Salud del país que preparaba el programa de inmunización, estaba listo para determinar cuáles eran las conductas ideales en su programa, con el fin de concentrar sus tareas de investigación. Para ello comenzó escribiendo en un rotafolio los cuatro segmentos de población objeto de su estudio, y después de consultar con especialistas en salud hicieron la siguiente lista de conductas ideales para cada segmento:

PÚBLICO	CONDUCTA IDEAL
Las madres que han vacunado a sus hijos una sola vez antes de cumplir el año y no han completado la serie de vacunas correspondiente al primer año.	Que los niños reciban la serie completa de vacunas antes de cumplir su primer año
Las madres que vacunaron a sus hijos antes de que cumplieran el primer año y completaron toda la serie de vacunas	Que se conviertan en ejemplo y modelo de otras madres de la comunidad
Los padres y esposos que influyen en las decisiones que se toman en la familia	Que elogien a las madres que completan las series de vacunas y llevan a sus hijos a vacunarse.
El personal de salud que recomienda las vacunas	Que feliciten a los padres que traen a sus hijos a vacunar; y que se aseguren de que éstos saben cuando les toca volver a la siguiente serie de vacunas

EJERCICIO INTRATEXTO 2

Curso de
Educación
a Distancia
sobre
Comunicación
en Salud

Liste los pasos que se requieren para la conducta ideal para los padres y para el personal.

NOTAS

PÚBLICO	CONDUCTA IDEAL	PASOS A SEGUIR
PADRES	Que elogien a las madres a que completen las series de vacunas y lleven a sus hijos a vacunar.	
PERSONAL DE SALUD	Que feliciten a los padres que traen a sus hijos a vacunar y que se aseguren que estos saben cuando les toca volver a la siguiente serie de vacunación.	

NOTAS

Factores que afectan el comportamiento actual		
Factores	Si/No	No se sabe/ Hay que investigarlo más
¿No se lleva a cabo la conducta por otras razones?	Si	
Si la respuesta es afirmativa indicar las razones: - Miedo de los efectos secundarios - No se ven los resultados de la vacuna		
¿Tiene el público otras conductas similares?		X*
Si la respuesta es afirmativa indicar cuáles:		
¿Lleva a cabo el público conductas en conflicto con la conducta ideal?	Si	
Si la respuesta es afirmativa indicar las conductas que estén en conflicto y actúen como impedimento: - El uso de tés de hierbas que las madres creen que curarán las enfermedades que se presenten - Uso de curanderos locales		
Después de completar este cuadro, el equipo supo exactamente lo que necesitaba para ampliar su investigación y así poder contestar las siguientes preguntas: ● ¿Qué conductas conflictivas tienen los individuos del segmento de población? ● ¿Practican otras conductas similares? ¿Cuáles? ¿Cómo? ● ¿Qué otros pasos forman parte de la conducta actual?		

3. Conducta factible

La conducta factible es el comportamiento que desde un punto de vista realista puede esperar promover con su programa de comunicación. Tras realizar un cuidadoso análisis de la conducta actual puede proponer cambios específicos que mejoren la situación sanitaria y que estén de acuerdo con lo que el público considera aceptable y cree que puede hacer. Aunque a veces no se parezca en nada a la conducta ideal original, dicha conducta factible permitirá lograr el cambio de comportamiento factible que se desea, y que tendrá impacto en términos de salud. Una conducta es factible cuando tiene un gran impacto en la salud, sus beneficios son observables de manera inmediata por la audiencia, tiene un costo relativamente bajo para su audiencia, requiere que se realice pocas veces para obtener un buen resultado, muestra una ventaja con respecto a otras conductas, se asemeja lo más posible a conductas actuales de la audiencia objetivo y es lo menos posible compleja de realizar.

NOTAS

Algunas conductas tienen mayor efecto que otras en el problema de salud seleccionado. Los encargados de los programas de comunicación para la salud con frecuencia incluyen en sus programas conductas y mensajes que no están relacionados científicamente con un problema de salud específico. Por ejemplo, aunque el hervir el agua a veces se considera importante para *prevenir la diarrea en los bebés*, no es necesario para *tratar la deshidratación*. En ese caso, el agua hervida no tiene efecto alguno en la efectividad de la rehidratación durante los episodios de diarrea. Por otra parte el alto precio en cuestión de tiempo, esfuerzo, y materiales que supone hervir el agua y dejar que se enfríe antes de mezclar las sales que se vayan a poner en ella, puede que resulte excesivamente alto y un obstáculo serio para hacer que la madre adopte el hábito de la rehidratación.

c. **Cómo se pueden establecer las prioridades de las conductas**

Es particularmente importante que el establecimiento de prioridades lo haga un equipo interdisciplinario compuesto de las personas que lleven a cabo la investigación operacional, los que pongan en práctica el plan de comunicación, y por lo menos un experto en el área de salud que se escoja.

Cada disciplina tiene su propia perspectiva sobre el problema de salud y todas son importantes. Los miembros del equipo deben reconocer que no existe una solución perfecta y que el establecimiento de las prioridades será el resultado de un proceso de negociación entre todos ellos, por lo que deben seguir los siguientes pasos al establecer las prioridades y seleccionar la conducta factible en que se centrará el plan de comunicación.

- **Revisión de la conducta ideal.** Revisen los pasos que el público seleccionado debería tomar en condiciones ideales para prevenir o tratar el problema de salud. Consideren los obstáculos y los beneficios de cada componente de la conducta. Durante esta revisión, los miembros del equipo pueden añadir conductas correctas que no se hayan incluido con anterioridad en la descripción de la conducta ideal, pero que fueron identificados durante la investigación operacional como algo apropiado y necesario para adoptar y mantener la conducta deseada. Por ejemplo, en un programa que promueva alimentos ricos en vitamina A, los miembros del equipo pueden añadir la receta de un plato con alto contenido de esta vitamina que ya esté siendo preparado por las madres.

NOTAS

- ¿Tiene la conducta ideal consecuencias desfavorables para la persona que la realiza?
- ¿Es la conducta ideal incompatible con los hábitos actuales del público (normativa sociocultural o prácticas aceptables)?
- ¿Hay que realizar la conducta ideal durante un período de duración excesivamente largo?
- ¿Exige la conducta ideal un costo excesivamente alto en términos de tiempo, energía, condición social, materiales o fondos?
- ¿Es la conducta excesivamente compleja (no se puede dividir fácilmente en un número razonable de pasos)?

Finalmente, los miembros del equipo tienen que analizar la pregunta principal: ¿Es la conducta ideal realmente necesaria para hacer mella en el problema de salud? Si la respuesta es NO, no la incluyan como conducta factible. Si la respuesta es SI, los miembros del equipo deberán analizar si existe una conducta intermedia entre la conducta ideal y la conducta actual que permita mejorar el problema de salud, y tratar de decidir cuál es dicha conducta intermedia con la asesoría del especialista. Por ejemplo, en un programa de salud básica los miembros del equipo interdisciplinario decidieron que la madre debía lavarse las manos antes de dar de comer a su hijo, antes de preparar la comida, después de usar la letrina, después de cambiar un pañal, al llegar a la casa de la calle y antes de cocinar o tocar el agua para beber, lo que suponía hacerlo un total de 26 veces al día. En este caso el precio de la conducta ideal era sin duda excesivamente alto para las madres en términos de tiempo, esfuerzo y gasto de agua. Los miembros del equipo consultaron a un epidemiólogo para saber en qué momento lavarse las manos tendría el mayor efecto en la morbilidad infantil relacionada con la diarrea, y la conducta factible que se eligió fue que la madre se lavara las manos *antes de preparar y servir la comida de los niños menores de tres años*.

En algunos casos la conducta ideal no puede tener un efecto en el problema de salud porque es difícil o diferente de la conducta actual. En este caso se deberá incluir una descripción de la conducta factible, y el programa de comunicación tendrá que crear estrategias para introducir dicha conducta y enseñar al público a llevarla a cabo, teniendo en cuenta que el programa de comunicación necesitará más tiempo para alcanzar sus metas que otro programa en que el público ya esté practicando partes o elementos de la conducta ideal o conductas similares a la conducta ideal.

Los objetivos de la comunicación, los mensajes, el fin de la capacitación, la supervisión y las evaluaciones acumulativas u operacionales se definen en base a la conducta factible.

NOTAS

CATEGORÍA	CATEGORÍA
Costo de adoptar la conducta <ol style="list-style-type: none"> Exige recursos que no se tienen o un esfuerzo excesivo Exige grandes recursos o esfuerzo Exige considerables recursos o esfuerzo Exige algunos recursos o esfuerzo Exige pocos recursos o esfuerzo Exige solamente los recursos que se tienen 	Persistencia (Duración) <ol style="list-style-type: none"> Exige persistencia durante un periodo de tiempo excesivamente largo Exige persistencia durante un considerable periodo de tiempo Exige persistencia durante una semana o más Exige persistencia durante varios días Exige persistencia durante un día Puede lograrse en un breve periodo de tiempo
Similitudes con las conductas actuales <ol style="list-style-type: none"> No se está haciendo nada parecido Se está haciendo algo bastante parecido Se está haciendo algo ligeramente parecido Se está haciendo algo parecido Se están haciendo varias cosas parecidas Se están haciendo varias cosas muy parecidas 	Posibilidad de observar la conducta <ol style="list-style-type: none"> No puede ser observada desde fuera Es muy difícil de observar Es difícil de observar Puede observarse Puede observarse fácilmente Es obvia

Se aplicó esta escala dando a cada conducta una puntuación del 1 al 6, según los criterios establecidos para cada categoría en el cuadro anterior, y luego el total de la puntuación fue comparado con la puntuación correspondiente a otras conductas, lo que simplificó la difícil tarea de seleccionar una o unas pocas conductas. La conducta con mayor puntuación es más factible de ser promovida. La puntuación fue la siguiente:

CATEGORÍA	PUNTUACIONES				
	JUGUETES	HECES	MANOS	AGUA	BIBERÓN
1. Efecto de la conducta sobre la salud	2	3	4	4	2
2. Complejidad de la conducta	3	2	2	2	3
3. Efectos positivos de la conducta	1	2	3	3	1
4. Frecuencia de la conducta	1	2	2	3	1
5. Costo de adoptar la conducta	1	1	2	2	1
6. Duración (persistencia)	1	1	1	1	1
7. Posibilidad de observar la conducta	5	5	4	4	5
8. Similitud con las conductas actuales	2	1	3	3	2
9. TOTALES	16	17	21	22	16

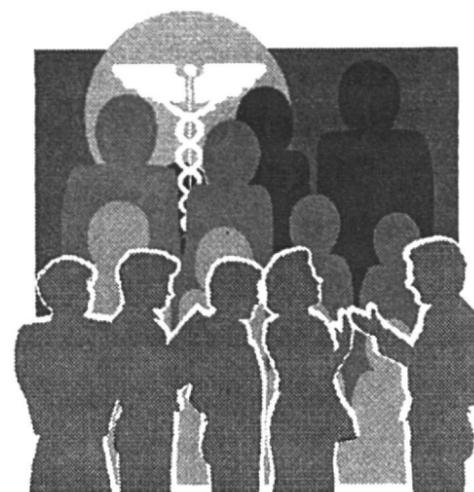
Los miembros del equipo revisaron las puntuaciones y decidieron concentrarse en las dos situaciones con puntuación más alta relacionadas con la conducta de la madre: lavarse las manos y guardar el agua de beber en envases cubiertos.

En la investigación se descubrió que el índice de enfermedad era cinco veces más alto cuando las madres no se lavaban las manos, que cuando no se cubrían los envases de agua de beber. También se descubrió que a los niños menores de tres años se les daba pocas veces agua para beber. Estos hallazgos llevaron a los miembros del equipo a concentrarse principalmente en hacer que las madres se lavaran las manos, aunque continuaron prestando atención detallada y sistemática a lo que le iban a pedir a las madres que hicieran. Se quería llegar a un punto medio entre la gran diferencia que la nueva conducta iba a representar en términos de la morbilidad infantil por causa de diarrea, y la complejidad y el alto costo que suponía esta conducta para las madres. Por dicha razón los miembros del equipo optaron por dos estrategias: aumentar la costumbre de lavarse las manos y hacer que las familias construyeran, instalaran y usaran un «grifo de fabricación casera» (*Tippy Tap*). Se trata de un dispositivo barato y fácil de montar utilizando una gran botella de plástico que reduce la cantidad de agua que se usa para lavarse las manos; es decir ayuda a racionar el agua, con lo que hay menos necesidad de traer agua de la fuente.

En este punto del análisis, el equipo se concentró en definir los pasos necesarios para que las madres se lavaran las manos de forma correcta en los momentos cruciales del día, así como para mantener el estado del grifo casero en condiciones sanitarias. Para hacer esta evaluación los miembros del equipo se lavaron las manos utilizando los elementos que normalmente se encuentran en los hogares de estas mujeres, y descubrieron que en cada lavada se usaban 600 cm³ de agua y dos minutos, así como que las madres tenían que lavarse las manos 26 veces al día (frecuencia) para mantenerse en condiciones higiénicas. Debían lavarse las manos, entre otras veces, cada vez que, usaran la letrina o cambiaran un pañal, antes de preparar la comida, antes de comer, antes de dar comida al niño, al entrar en la casa, antes de acostarse y antes de cocinar y beber agua. Esto suponía un total de 52 minutos lavándose las manos y el uso de 16 litros adicionales de agua al día. Era obvio que habría que pensar más sobre este asunto antes de decidir que el punto central del programa de comunicación sería el lavado de manos en momentos cruciales de la rutina diaria, ya que dicha conducta representaba un alto «costo» para las madres.

Los miembros del equipo necesitaban encontrar un punto intermedio entre la situación ideal y la conducta actual de las madres, por lo que pidieron a un epidemiólogo que les indicara los momentos en que dicha conducta ideal tendría el mayor efecto en la morbilidad relacionada con la diarrea. Basándose en la asesoría del epidemiólogo se redujo el requisito de lavarse las manos a lo siguiente: antes de preparar la comida y antes de dar de comer a los niños menores de tres años. El uso de la escala también ayudó a los miembros del equipo a reducir como sigue el número de pasos necesarios para lavarse las manos utilizando el grifo casero:

1. Tener a mano los materiales necesarios para lavarse las manos
 - a. Tener instalado el grifo casero
 - b. Tener suficiente agua
 - c. Tener el jabón atado al grifo casero



Unidad II:
Planteamiento de Comunicación:
Definición de Problemas
y Objetivos

NOTAS

2. Tirar de la cuerda en la parte superior de la botella hasta que el mango se llene de agua
3. Mojarse las manos con la corriente de agua que sale del mango
4. Jabonarse las manos
5. Frotarse las manos
6. Tirar de la cuerda de nuevo hasta que el mango se llene de agua
7. Enjuagarse las manos con el agua que sale del mango
8. Secarse las manos con una toalla o trapo limpio

Según se muestra en la siguiente gráfica.

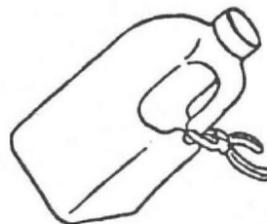
Forma de fabricar un recipiente inclinable

Elementos necesarios

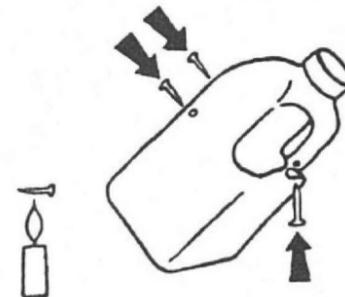
- una botella de plástico
- un clavo
- una pequeña lata vacía
- una cuerda
- un palito
- unas tenazas
- una vela
- fósforos
- una pastilla de jabón



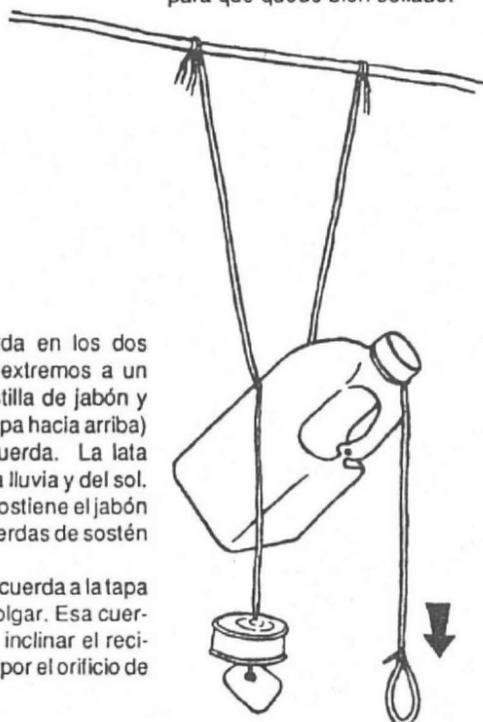
1 — Use una botella de plástico con agarradera (asa) hueca. Con cuidado, caliente la base de la agarradera con una vela, haciéndola girar hasta que esté brillante y suave por todos lados.



2 — Retire la vela y sin demora "pinche" la base blanda de la agarradera con las tenazas para sellarla herméticamente con el fin de evitar el paso de agua. Mantenga las tenazas en ese punto hasta que se enfríe el plástico para que quede bien sellado.



3 — Caliente la punta de un clavo pequeño con una vela. Uselo caliente para hacer un pequeño orificio en el borde externo de la agarradera, en el punto encima de la parte sellada. Caliente el clavo otra vez y haga dos orificios más grandes en la parte de atrás de la botella. Los orificios deben quedar más o menos en la mitad de la botella, a una distancia aproximada de 2 cm. Esos orificios se emplearán para enhebrar una cuerda para colgar el recipiente. Los orificios deben estar suficientemente separados para sostener la cuerda y quedar colocados de tal manera que la botella "llena" cuelgue en un ángulo de 45°.



4 — Enhebre la cuerda en los dos orificios y amarre los extremos a un palo. Amarre una pastilla de jabón y una lata vacía (con la tapa hacia arriba) con otro pedazo de cuerda. La lata protegerá el jabón de la lluvia y del sol. Amarre la cuerda que sostiene el jabón y la lata a una de las cuerdas de sostén en la parte de arriba. Amarre otro pedazo de cuerda a la tapa de la botella y déjela colgar. Esa cuerda se puede tirar para inclinar el recipiente para sacar agua por el orificio de la agarradera.



5 — Vierta agua en el recipiente inclinable hasta que llegue casi al nivel de los orificios de la parte de atrás de la botella. Use el palito para colgar el recipiente en el baño o afuera en un árbol. El recipiente estará listo para su uso.

El recipiente inclinable de calabaza fue ideado originalmente por el Dr. Jim Watt y Jackson Masawi del centro rural de la Universidad de Zimbabwe, África. El de plástico fue diseñado por Ralph Garnet y el Dr. Jim Watt en Canadá.

Diálogo sobre la Diarrea publicación de AHRTAG, R.U.; edición en español por GRUPO CID con la asesoría de CED, OPS/OMS 7

NOTAS

4. Factores que influyen en el cambio de comportamientos

Para ayudarnos a elaborar mensajes, declaraciones de apoyo, slogan y otros componentes de la estrategia creativa es necesario conocer como afectan los factores identificados por las teorías del comportamiento. Para ello, cada conducta ideal debe

NOTAS

- **Autoeficacia:** el convencimiento de poder adoptar la nueva conducta.
- **Emociones:** los sentimientos positivos (placer, entusiasmo, diversión) o negativos que se esperan, si se adopta la nueva conducta.
- **Percepción de la normativa social:** la presión social (de toda la sociedad o de parte de ella), para adoptar o dejar de adoptar una conducta. También la reacción que se espera de la comunidad si se adopta la nueva conducta, y si se piensa que dicha conducta está en oposición a una normativa social en existencia.
- **Servicios relacionados con el problema de salud:** el tipo de servicio que proporciona el centro de salud constituye un obstáculo o una ventaja para el cambio de comportamiento (ejemplo: una experiencia positiva).
- **Percepción del problema de salud:** el conocimiento que el segmento de población a quien va dirigido el programa de comunicación, tiene sobre el problema de salud y lo que sabe sobre la forma correcta de enfrentar dicho problema.
- **Compatibilidad de comportamientos:** si la población cree que la nueva conducta es consecuente con la forma en que actúa normalmente y si realiza conductas que sean similares u opuestas.

Puede que todos los factores que hemos visto, o quizás solamente algunos de ellos afecten una conducta en particular. Normalmente, no todos influyen en la adopción de una conducta y verán que existen diferentes factores que dan lugar al mismo tipo de conductas en diferentes públicos, como pueden ser la población urbana y la de la periferia de la ciudad.

Los resultados de su investigación le ayudarán a descubrir qué factores pueden influir en las conductas que está tratando de cambiar y entenderá cómo influyen si observa la forma en que cada uno de ellos representa un obstáculo o un beneficio respecto al cambio de conducta.

Los miembros del equipo procedieron a preparar las siguientes preguntas de investigación para obtener la información que necesitaban sobre aspectos específicos de las conductas actuales.

Conocimientos

- ¿Qué saben las madres sobre la protección que les proporcionan a sus niños las vacunas contra las enfermedades?
- ¿Saben que necesitan ir cinco veces al centro de salud para completar la serie de vacunas de sus hijos?
- ¿Conocen el lugar, la fecha, el día de la semana y la hora en que tienen que volver para la próxima vacuna?

Resultados que se esperan

- ¿Conocen los efectos secundarios que pueden resultar de las vacunas y qué se debe hacer al respecto?
- ¿Creen las madres que las vacunas son efectivas?
- ¿Conocen a algún niño que recibió la vacuna y contrajo la enfermedad de todas formas?
- ¿Creen que la enfermedad que se evita con la vacuna es un aspecto normal de la niñez?
- ¿Creen que la enfermedad representa un peligro real para sus hijos?

NOTAS

5. Etapas en la adopción de nuevos comportamientos

Con el fin de ayudarse a dosificar los mensajes, es decir, cuales difundirá primero y cuales posteriormente, o cuáles promoverá en una porción del público y cuales en otra porción que se encuentre más cerca o más alejado del cambio de conducta; es necesario sondear en qué etapa de la adopción de un comportamiento se encuentra el público meta.

El modelo de *Etapas en la adopción de nuevos comportamientos* da por hecho que es posible que los individuos no piensen en cambiar su conducta porque quizás no están conscientes del problema o de la forma en que éste afecta sus vidas. Puede que acepten el problema sin saber que tiene solución. También es posible que se enteren de la existencia del problema (conciencia), y reconozcan que existe una solución (conocimientos), pero que no tomen ninguna decisión. O que decidan que quieren cambiar de conducta (intención) e intenten adoptar el comportamiento nuevo (acción), y que finalmente sean capaces de mantener dicho comportamiento por un período largo de tiempo (mantenimiento).

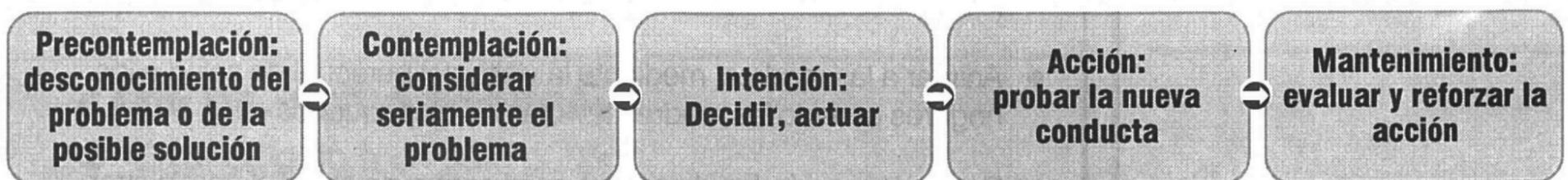
Este modelo supone que la gente no pone mucho énfasis en el cambio en un principio, y luego sus intenciones se vuelvan más firmes, hasta que llegan a adoptar la conducta de forma poco consecuente en un principio, y luego se convierte en una parte integral y rutinaria de sus vidas.

El paso por cada una de estas etapas puede variar mucho de segmento a segmento de población y de individuo a individuo. Algunas personas pueden estancarse en la misma etapa durante meses o años, mientras que otras pueden avanzar y retroceder de una etapa a otra, saltarse etapas, o eliminar algunas que consideren innecesarias. En cualquier caso todos corremos el riesgo de retroceder en los avances logrados.

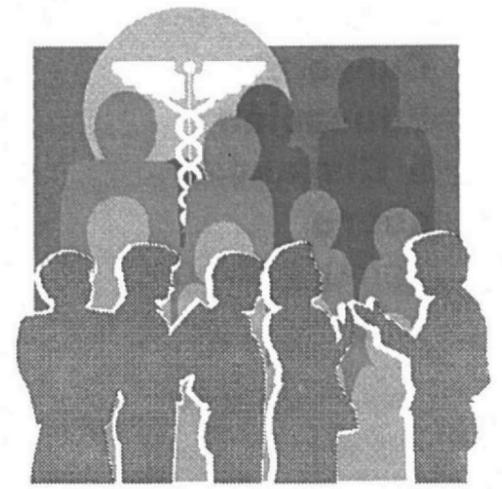
El equipo de educación sanitaria puede concentrar mejor sus esfuerzos si entiende las etapas del modelo de adopción de nuevos comportamientos (Teoría de Etapas del Cambio). Con frecuencia los miembros del equipo establecen el objetivo de «sensibilizar» al público y hacerles más conscientes de la situación o proporcionarles mayor conocimiento, cuando en realidad el público ya está en la etapa de desear cambiar de comportamiento, pero no tiene la capacidad o la confianza necesaria en sí mismo para pasar de la intención a la acción. Para que un plan de comunicación sea efectivo hay que averiguar en qué etapa del proceso se encuentra el público, para concentrar la intervención en dicho punto.

El personal médico con frecuencia cree que el público necesita el nivel de conocimientos que es pertinente solamente para los profesionales, como conceptos relacionados con la teoría de los microbios y la forma en que funcionan las inmunizaciones, o el ciclo de vida de un parásito, y es posible que el público necesite entender algunos de dichos conceptos para cambiar su conducta, pero con más frecuencia sus preocupaciones son de un orden mucho más práctico. Por ejemplo, es posible que las madres piensen que necesitan saber más sobre los efectos secundarios y las edades en que es apropiado administrar cada vacuna a sus niños, y que no estén interesadas en conocer nada específico sobre la enfermedad contra la que se está vacunando a sus hijos.

Las etapas en la adopción de nuevos comportamientos son:



En los programas de comunicación efectivos, primero se determina en qué etapa del cambio de comportamiento se encuentra la población para poder «enseñarles lo que necesitan» en ese momento concreto, es decir para ayudar al público a pasar a las siguientes etapas y finalmente lograr mantener la nueva conducta. Para poder hacer esto, es esencial realizar una investigación cuidadosa.



Unidad II:
Plan de Comunicación:
Definición de Problemas
y Objetivos

NOTAS

Los objetivos suelen organizarse como una secuencia que conduce al logro de una meta más amplia. La forma más sencilla de redactar objetivos de comunicación, es en término del modelo de efecto de las comunicaciones que puede ser por medio de: exposición, conocimiento, ensayo y adopción.

1. Cómo redactar objetivos de comunicaciones

a. Exposición

“X porcentaje de la audiencia meta habrá escuchado un programa de radio sobre las tres dosis para inmunizar dentro de X tiempo de iniciado el plan de comunicaciones.”

b. Conocimiento

“Luego de X cantidad de tiempo de iniciado el programa de comunicación, X porcentaje de la audiencia meta indicará que los niños necesitan tres dosis para completar su serie de inmunizaciones.”

c. Ensayo

“X porcentaje de la audiencia meta informará que ha obtenido las sales de rehidratación oral al cabo de X tiempo de iniciado el plan.”

d. Adopción

“X porcentaje de la audiencia meta informará que frecuentemente lleva a su hijo para vacunarse al transcurrir X tiempo de iniciado el programa.”

2. Consejos adicionales para redactar objetivos

Existen tres tipos de objetivos con fines educativos: cambios en el conocimiento, cambios en creencias/actitudes, y cambios de conducta. Los tres tipos son importantes, pero los objetivos relativos a los cambios de *conducta* son esenciales para lograr la meta del programa (por ejemplo, mejorar el estado de salud), por lo tanto los miembros del equipo generalmente comienzan describiendo los objetivos en términos de las *conductas* que desean que el público realice, teniendo en cuenta las que se consideran factibles. Cada objetivo referente a conductas puede estar integrado de uno o dos objetivos de conocimiento o creencias, por ello los miembros del equipo tienen que formular antes que nada los objetivos relativos a las conductas, y luego preguntarse «¿Qué es lo que el público necesita saber o creer para llevar a cabo esta conducta?». La respuesta serán los objetivos de conocimiento o actitudes.

IV. TRABAJO PRÁCTICO

1. Seleccione un problema de Salud o nutrición dentro de su área de experiencia y del que tenga alguna información y descríballo.
2. Identifique el segmento de la población que usted investigaría para buscar cambios que mejoren el problema que seleccionó y conteste las siguientes preguntas. (10 puntos)

Segmento principal:

- a. ¿Quién está más afectado por el problema?
- b. ¿Quién responderá mejor al intento de cambio?
- c. ¿A quién se puede comunicar el mensaje?

Segmento secundario:

- d. ¿Quién puede proporcionar ideas sobre como alentar el cambio de conductas en el segmento de población principal?
- e. ¿Qué aliados tenemos que puedan ayudar a resolver el problema?

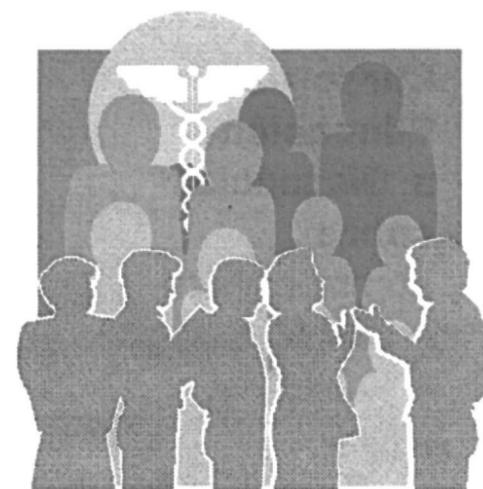
3. Utilizando la hoja de trabajo No. 1 (siguiente página), especifique cuales serían las conductas ideales para: (15 puntos)
 - a. el segmento principal
 - b. el segmento secundario
4. Con la hoja de trabajo No. 2, haga un desglose de la conducta ideal de las dos poblaciones, con los respectivos pasos para determinar la complejidad de la misma. (15 puntos)
5. Complete las hojas de trabajo No. 3 , 4 , 5 y 6. (15 puntos c/u)

HOJA DE TRABAJO NO. 1

Especificación de las conductas ideales

Segmentos de población y conductas ideales

PÚBLICO	CONDUCTA IDEAL
Principal	
Secundario	



Unidad II:
Plan de Comunicación:
Definición de Problemas
y Objetivos

HOJA DE TRABAJO NO. 2

División de la conducta ideal y los pasos para llevarla a cabo

Curso de
Educación
a Distancia
sobre
Comunicación
en Salud

Público: _____

Conducta ideal: _____

Pasos:

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

7. _____

8. _____

9. _____

División de la conducta ideal y los pasos para llevarla a cabo

Público: _____

Conducta ideal: _____

Pasos:

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

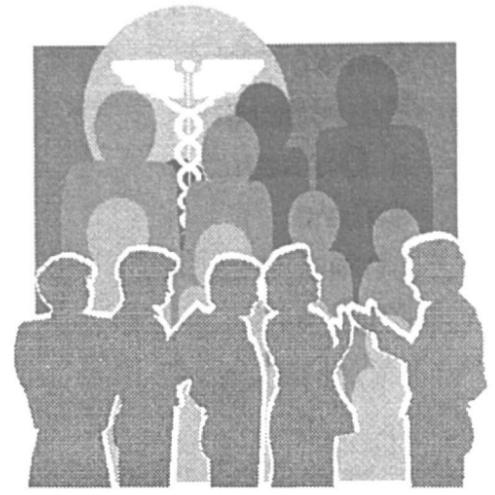
5. _____

6. _____

7. _____

8. _____

9. _____



Unidad II:
Plan de Comunicación:
Definición de Problemas
y Objetivos

División de la conducta ideal y los pasos para llevarla a cabo

Público: _____

Conducta ideal: _____

Pasos:

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

7. _____

8. _____

9. _____

División de la conducta ideal y los pasos para llevarla a cabo

Público: _____

Conducta ideal: _____

Pasos:

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

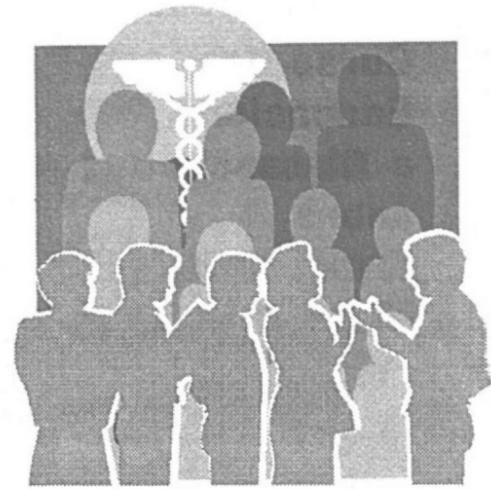
5. _____

6. _____

7. _____

8. _____

9. _____



Unidad II:
Plan de Comunicación:
Definición de Problemas
y Objetivos

HOJA DE TRABAJO NO. 3

Comprensión de la conducta actual

Curso de
Educación
a Distancia
sobre
Comunicación
en Salud

Público: _____

Conducta ideal: _____

FACTORES	SI/NO	NO SE SABE/ HAY QUE INVESTIGARLO MÁS
¿Es difícil de llevar a cabo la conducta ideal debido a falta de destrezas/conocimientos?		
Si la respuesta es afirmativa indicar qué destrezas:		
¿No se lleva a cabo la conducta por otras razones?		
Si la respuesta es afirmativa indicar las razones:		
¿Tiene el público otras conductas similares?		
Si la respuesta es afirmativa indicar cuáles:		
¿Está llevando a cabo el público conductas en conflicto con la conducta ideal?		
Si la respuesta es afirmativa indicar las conductas que estén en conflicto y actúen como impedimento:		

HOJA DE TRABAJO NO. 4

Obstáculos para adoptar las conductas y beneficios de las mismas

¿POR QUÉ DEBE EL PÚBLICO ADOPTAR ESTA CONDUCTA?	¿CUÁLES SON LOS POSIBLES OBSTÁCULOS PARA ADOPTAR ESTA CONDUCTA?	¿CUÁLES SON LOS POSIBLES BENEFICIOS DE ADOPTAR ESTA CONDUCTA?

HOJA DE TRABAJO NO. 5

Factores que influyen en el cambio de conducta

Conducta ideal: _____

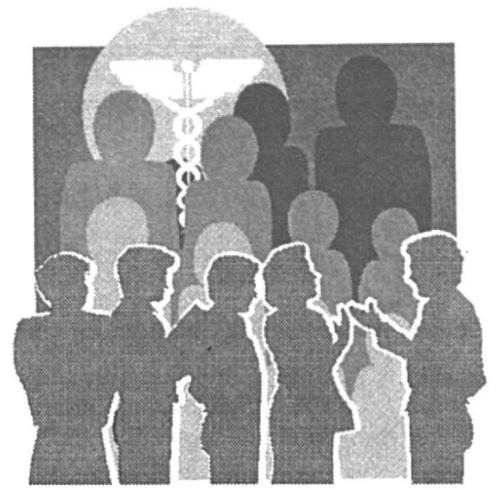
ENFOQUE CONDUCTISTA	BENEFICIOS	OBSTÁCULOS	ESTADO DE LA INVESTIGACIÓN
1. Los resultados que se esperan			
2. Intención			
3. Imagen de sí mismo			
4. Conocimientos			
5. Autoeficacia			
6. Emociones			
7. Percepción de la normativa social			
Otros factores			
8. Servicios de salud			
9. Conocimientos			
10. Compatibilidad de conductas			

HOJA DE TRABAJO NO. 6

Etapas en la adopción de conductas

Basándose en la información que tiene del público a quien desea dirigirse (su público principal y secundario), ¿en qué etapa de adopción de la nueva conducta clasificaría a dicho público?. Indique el porcentaje aproximado de público en cada etapa. Si considera que no tiene suficiente información para poder clasificarlo, anótelos aquí.

PÚBLICO PRINCIPAL	%	PÚBLICO SECUNDARIO	%
1. Precontemplación		1. Precontemplación	
2. Contemplación		2. Contemplación	
3. Intención		3. Intención	
4. Acción		4. Acción	
5. Mantenimiento		5. Mantenimiento	



Unidad II:
Plan de Comunicación:
Definición de Problemas
y Objetivos